

WIDER-Barcelona news

Director: J. R. Armengol-Miró

Número 5 • Marzo 2013

6º CURSO INTERNACIONAL DE N.O.T.E.S. WIDER-BARCELONA CIRUGÍA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES Barcelona 3 y 4 de Diciembre, 2012

C. L. Ruiz de Villalobos y Jordi Montaner

En la sala de actos del Pabellón Docente del Hospital Universitario Vall d´Hebron de Barcelona, se celebró el Curso Internacional de NOTES- W.I.D.E.R.- BARCELONA que, en esta ocasión llegaba a su 6ª edición. Se contó con la participación de una gran cantidad de expertos nacionales e internacionales, gastroenterólogos, endoscopistas clínicos y cirujanos, interesados por las ventajas que presenta la cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (CETON) y las técnicas terapéuticas intervencionistas, derivadas o relacionadas con ella (TETON).

Con el soporte y dotación del proyecto WIDER-BARCELONA, Hospital Universitario Vall d´Hebron (Universidad Autónoma de Barcelona), Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d´Hebron, OLYMPUS Endoscopia, Laboratorios INIBSA y la colaboración de la Obra Social de la Fundación “la Caixa”. El Curso tuvo un programa de dos días, con una actividad teórica, en forma de conferencias sobre los temas más candentes de NOTES, y otra de carácter práctico, llevada a cabo por un equipo de profesionales del staff organizador y profesores invitados que se realizó en dos quirófanos de cirugía experimental situados en el Institut de Recerca del Hospital, con videotransmisión a la Sala de actos y discusión interactiva entre los equipos de las Salas y el Panel de Discusión. También se celebró un Simposio Cena con la presencia del doctor Boi Ruiz, Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya donde intervinieron como ponentes los doctores Zhou Pinghong (R.P. China) y Sergey Kantsevov (EEUU).

Los principales objetivos del Curso son comprender y valorar las posibilidades así como las limitaciones técnicas e instrumentales que presenta hoy NOTES, familiarizarse con la instrumentación y aprendizaje en el Laboratorio Animal, valorar las dificultades técnicas de las distintas aplicaciones, comprender las diferentes variedades anatómicas durante las transmisiones en vivo, entender la posible selección de candidatos en el futuro, las diferentes vías de abordaje transluminal y de procedimientos combinados, así como revisar las posibilidades de aplicación en los Comités Éticos de cada Centro.

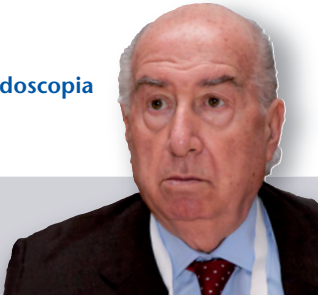
El 6º Curso Internacional de NOTES-W.I.D.E.R.- BARCELONA fue dirigido por José Ramón Armengol-Miró, Manuel Armengol Carrasco y Antonio J. Torres García y coordinado por Jorge Olsina, Juan Dot, Joaquín Balcells y Monder Abu Suboh Abadía. El Curso contó con la presencia de cerca de 200 especialistas de todo el mundo.



Sergey Kantsevov durante su intervención en la cena-simposio de bienvenida.

José Ramón Armengol-Miró
Jefe de Servicio de Aparato Digestivo-Endoscopia
del Hospital Universitario Vall d’Hebron
Director del Instituto Wider-Barcelona

“Este Curso ha sido el más prolífico en ideas y conclusiones y, a la vez, muy “suculento” en las exposiciones”



Antonio J. Torres García
Jefe del Servicio de Cirugía
del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

“Hemos abordado lo más actual en diagnóstico y tratamiento mínimamente invasivo de las enfermedades más prevalentes”



Manel Armengol Carrasco
Jefe del Servicio de Cirugía General
del Hospital Universitario Vall d Hebron

“Año tras año, el Curso ha contado con profesionales de todo el mundo que lideran el desarrollo de NOTES”



Zhou Pinghong
Centro de Endoscopia.
Hospital Universitario Zhongshan de Fudan,
Shanghai. (R.P. China)

“Puede que en Occidente se trabaje de forma distinta. En reuniones como ésta podemos poner en común nuestros puntos de vista”



Sergey Kantsevov
Institute for Digestive Health & Liver Disease.
Mercy Medical Center. Baltimore. Maryland (EEUU)

“El overstitch es un nuevo sistema de sutura endoscópica que nos permite usar agujas curvadas y maniobrar mucho mejor”



WB

WIDER-Barcelona

World Institute for Digestive Endoscopy Research in Barcelona

Institut de Recerca Hospital Universitari Vall d'Hebron

Hospital Universitario Vall d'Hebron • Paseo de la Vall d'Hebron, 119-129 • 08035 Barcelona

Tel. 93 274 61 00 • director@wider-barcelona.org

www.wider-barcelona.org

PRESENTE Y FUTURO DE NOTES



José Ramón Armengol-Miró
(Barcelona)



Abraham Mathew (E.E.U.U.)



Kiyokazu Nakajima (Japón)

Inauguración del Curso

La inauguración del 6º Curso Internacional de NOTES-W.I.D.E.R.-BARCELONA fue presidida por los doctores Armengol Carrasco, Roigé, Navas, Armengol-Miró y Torres García.

Tras unas breves palabras de bienvenida a los participantes, de agradecimiento al Hospital por su ayuda y de buenos deseos para todos del profesor Armengol-Miró, el doctor Armengol Carrasco se congratuló de la oportunidad y la posibilidad de experimentar NOTES en humanos que cada vez es una realidad más prometedora, gracias a la generosidad y el tesón de Armengol-Miró. El profesor Torres García recordó las ventajas y los avances de NOTES y la oportunidad, representada por su 6º Curso, de conocer diferentes aspectos y métodos de los ponentes invitados. Jaume Roigé, director médico del Hospital Universitario Vall d'Hebron, señaló en su intervención las ventajas y oportunidades que brinda NOTES a los pacientes, en especial en el tratamiento de patologías abdominales, y confirmó la ayuda del Hospital y de la Dirección al profesor Armengol-Miró, pionero de NOTES. Finalmente, el doctor José J. Navas, gerente del Hospital Universitario Vall d'Hebron dio la bienvenida a todos y agradeció al profesor Armengol su continua dedicación, trabajo y compromiso por NOTES.

Después de inaugurado oficialmente el 6º Curso de NOTES, se constituyó una mesa en la que actuaron como moderadores los doctores Armengol-Miró, Armengol Carrasco, Torres García, Zhou Pinghong (R.P. China) y Evgeny Nikonov (Rusia).

En primer lugar, el doctor Abraham Mathew (EEUU) ofreció un bien documentado video sobre una resección del divertículo de Zenker.

A continuación el doctor Kiyokazu Nakajima (Japón) pronunció una conferencia magistral en la que trató de la disección submucosa del esófago bajo presión constante automáticamente controlada, señalando su factibilidad y seguridad.

El doctor Sergey Kantsevov (EEUU), por su parte, habló de los nuevos instrumentos de sutura, destacando el sistema Overstitch y sus potenciales aplicaciones (cierre de fistulas, reducción de anastomosis gastroyeyunal dilatada, fijación de stents, cierre de perforación yatro-génica, etc.), afirmando que hoy el uso de instrumentos de sutura es fácil y que Overstitch ha multiplicado sus ventajas en comparación con los disponibles anteriormente.



Mesa de la Inauguración oficial compuesta por Manel Armengol Carrasco, Jaume Roigé, José J. Navas, José Ramón Armengol-Miró y Antonio J. Torres García.

En ella, el doctor Mohammad Al-Haddad (EEUU) trató de las complicaciones que pueden derivarse de NOTES y de la necesidad de emplear unas técnicas refinadas. Los beneficios que presenta NOTES son evidentes: menor peligro de infección postoperatoria, menor posibilidad de adherencias intraabdominales y de hernias, menos dolor y mejor cosmética. Su uso está indicado cuando las vías abdominales no son las mejores o presentan dificultades, cuando se trata de pacientes con obesidad mórbida, en estado crítico, que no toleran la anestesia general o con infecciones en la pared abdominal. Existe una experiencia relativamente corta de NOTES que se encuentra en fase experimental con modelos animales pero sin fecha exacta para llegar a utilizarla habitualmente en humanos.

En cuanto a complicaciones, durante la aplicación de NOTES se puede producir sangrado o lesión de algún órgano y en el periodo postoperatorio, infección o una respuesta sistémica inflamatoria. Por otra parte, en general, la incidencia de infección clínica con NOTES es baja y la proporción de contaminación peritoneal es comparable a la que puede darse con laparoscopia o laparotomía, si bien es recomendable tomar precauciones cuando se utiliza la vía transvaginal y en el caso de colonización bacteriana gástrica el uso de un inhibidor de la bomba de protones.

La doctora Annette Fritschen-Raven (Alemania) tuvo dos intervenciones, la primera de ellas para tratar de un estudio sobre profilaxis de la infección por NOTES y la segunda de la técnica y equipamiento para una biopsia de espesor completo.

Para una buena proyección de NOTES en el futuro indicó la necesidad de prevenir las infecciones, desarrollar el instrumental adecuado, reconocer y tratar las complicaciones intraperitoneales como hemorragias y otros acontecimientos adversos y realizar estudios clínicos prospectivos multicéntricos para comparar NOTES con la laparoscopia estándar. Respecto a la biopsia por vía rápida (Fast-track biopsy), señaló que es factible, para lo cual es necesario disponer de prototipos y de un buen material histológico a través de un análisis de la neuromusculatura. Recomendó el cierre mediante clips Ovesco.



J. R. Armengol-Miró (Barcelona), Manel Armengol Carrasco (Barcelona), Evgeny Nikonov (Rusia) y Antonio J. Torres García (Madrid).

NOTES Experimental

La primera sesión estuvo presidida por los doctores Armengol Carrasco (Barcelona), Armengol-Miró (Barcelona) Juan Manuel Herreras (Sevilla) y por la doctora Sha Weihong (R.P. China).



Mohammad Al- Haddad (EEUU)



Annette Fritschen-Raven (Alemania)



Juan Dot (Barcelona)



Paul G. Curcillo (EEUU)



Tomas Hucl (República Checa)



Jesús Garijo (Madrid)

Juan Dot (Barcelona) habló de la gastro-yeyunostomía endoscópica, indicando que el bypass gastroduodenal es una técnica quirúrgica utilizada para tratar las obstrucciones gástricas benignas o malignas y que una alternativa para la ejecución de una anastomosis gastroyeyunal mínimamente invasiva es NOTES porque consigue el acceso peritoneal para realizar procedimientos quirúrgicos sin incisiones.

En una nueva intervención, el doctor Mohammad Al-Haddad explicó algunas técnicas de cierre y afirmó que los objetivos de dichas técnicas son el control absoluto del cierre, la seguridad y la eficacia y que en el caso del cierre de una gastrostomía los endoclips solos no son suficientes.

Siguiendo con este mismo tema, el doctor Tomas Hucl (República Checa) presentó un estudio comparativo de cierre OTSC mucosal versus serosal.

El cierre OTSC serosal es factible, seguro y efectivo, comparable al cierre mucosal aunque requiere una mayor tecnología y puede necesitar ayuda laparoscópica. Parece que no añade beneficios notables al cierre mucosal y, en cualquier caso, están pendientes los resultados de otros estudios.

Alternativas a NOTES. Acceso por puerto único

El doctor Paul G. Curcillo (EEUU) ante una mesa moderada por los doctores Starkov, Morales Conde, Balsells y Veloso, pronunció una conferencia magistral sobre cirugía de puerto reducido y la posible combinación de todas las plataformas en el futuro.

El doctor Curcillo planteó la cuestión de la creencia tradicional de que una gran incisión era sinónimo de un gran cirujano, una pequeña incisión de un mejor cirujano pero si no existiera incisión, como en el caso del puerto único, ¿se podría seguir hablando de un cirujano?

A continuación, presentó un estudio comparativo de apendectomía laparoscópica versus apendectomía laparoscópica por puerto único, señalando que los resultados fueron similares con ambas técnicas si bien la segunda resultó más costosa al requerir instrumentos más caros, resultando que la apendectomía laparoscópica por puerto único es factible y segura en un contexto de pacientes seleccionados y que son necesarios más estudios y experiencia con más pacientes.

Jesús Garijo (Madrid) habló de cirugía intragástrica por puerto único, un tema que, según dijo, está muy bien documentado y en el que se han hecho grandes avances. Señaló la existencia de muchas publicaciones de Japón y Corea en las que se muestra la resección de tumores gástricos mediante NOTES híbrido. “El abordaje por puerto único es factible y seguro”, afirmó, “y remite la resección del tejido afectado con una mínima agresión de la pared gástrica”.

Rafael Villalobos (Lleida) se preguntó si la apendectomía por puerto único está justificada y explicó su experiencia con incisión única. Por su parte, el doctor Senol Carilli (Turquía) presentó un estudio comparativo de métodos de retracción con imanes, endorretractores y una y dos suturas en la colestectomía laparoscópica de una sola incisión, concluyendo que



Rafael Villalobos (Lleida)



Aspecto de la sala.



Manel Armengol Carrasco, José Ramón Armengol-Miró y Juan Manuel Herreras.

la técnica con tres trocres es efectiva en la colestectomía laparoscópica de puerto único.

En su segunda intervención el doctor Carilli se refirió a una nueva forma de reparación de la hernia inguinal con laparoscopia de puerto único, totalmente extraperitoneal (TEP), que ofrece una buena cosmética y significa un avance hacia la reducción de la cirugía invasiva.



Senol Carilli (Turquía)



Salvador Morales (Sevilla)

Marc Martí (Barcelona) habló de la cirugía colónica por puerto único, sus limitaciones (obesidad, cirugía previa, tumores tipo “bulky”) y sus indicaciones (colitis ulcerativa refractaria, enfermedad de Crohn, poliposis adenomatosa, cáncer de colon) y de la colectomía total por puerto único, así como de los aspectos técnicos (el instrumental, los movimientos de cámara, etc.).

Salvador Morales (Sevilla) ofreció sus experiencias en cirugía de colon por puerto único, comparando la extracción por orificios naturales versus la vía transumbilical y concluyendo que la resección de colon por puerto único con extracción del espécimen por orificios naturales es posible, reproducible y segura y supone menos complicaciones quirúrgicas.

La cirugía radical de colon mínimamente invasiva sin estoma y sin incisión de asistencia fue el tema tratado por Eloy Espin (Barcelona) que dijo que se puede realizar en cirugía primaria y de urgencia y que, a largo plazo, la función resulta similar a la anastomosis coloanal primaria.

Óscar Vidal (Barcelona) presentó resultados y estado actual de la adrenalectomía por puerto único, señalando que esta técnica permite extraer la glándula completa sin dificultad, ofrece buenos resultados cosméticos, menos dolor postoperatorio y disminución de hernias, sin dañar vasos epigástricos, musculatura o nervios.



Marc Martí (Barcelona)



Eloy Espin (Barcelona)



Óscar Vidal (Barcelona)



Eduardo Targarona (Barcelona)

Finalizó este bloque de ponencias Eduardo Targarona (Barcelona) que trató de técnicas e indicaciones de la esplenectomía por puerto único, afirmando que es el método estándar de oro para el tratamiento de las enfermedades del bazo que requieren esplenectomía.

Se realizó una sesión paralela con video transmisión desde el Instituto de Investigación por el Grupo de Trabajo. (Acceso y bloqueo, técnicas de tunelización, miotomía y reducción gástrica), y una transmisión del servicio de Endoscopia Digestiva. POEM, con los doctores Zhou Pinghong (R.P. China) y Harohiro Innoue (Japón), seguida desde la sala de conferencias.



Zhou Pinghong (R.P. China)



Harohiro Innoue (Japón)

Simposio: Acalasia- POEM

Un simposio dedicado a la Miotomía Endoscópica por Vía Oral (POEM) para el tratamiento de la acalasia fue moderado por los doctores Sha Weihong (R.P. China), Sandra Castro (Barcelona) y Jorge Olsina (Barcelona) y contó con la intervención de Jeffrey L. Ponsky (USA), Stavropoulos Stavros (USA), Harohiro Innoue (Japón) y Zou Pinghong (R.P. China).

Tras pasar revista a la historia, métodos, resultados y estado actual de POEM y comparar esta técnica con las terapias tradicionales como nitratos, balón de dilatación, inyección de botox, etc. se destacaron las ventajas de POEM que no necesita acceso abdominal,



Stavropoulos Stavros (EEUU)

no produce cicatrices ni dolor, además preserva los mecanismos de antirreflujo y proporciona una rápida recuperación. Aunque serán necesarios más estudios se concluyó que es una técnica a tener en cuenta entre los tratamientos de elección para la acalasia.

Nuevas indicaciones y tecnologías en las enfermedades biliopancreáticas

Una mesa dedicada a las patologías biliopancreáticas fue moderada por los doctores Francisco Pellicer (Sevilla), Louis de Giau (México), José Olmedo (Ciudad Real) y Josep Llac (Barcelona).

En ella Jeffrey L. Ponsky trató de las modernas estrategias para los cálculos del conducto biliar como la colangiopancreatografía endoscópica retrógada (ERCP). Andrés Cárdenas (Barcelona) habló del manejo endoscópico de las complicaciones biliares después del transplante de hígado que no sólo inciden en la supervivencia sino que tienen un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Un diagnóstico y una intervención precoz reducen la morbilidad como resultado de dichas complicaciones. Leonardo Sosa (Venezuela) resaltó la eficacia de la ecografía endoscópica (EUS) que es una herramienta diagnóstica muy importante en la evolución de la pared digestiva en el cáncer de páncreas y en los patrones diagnósticos de los tumores subepite-



Jeffrey L. Ponsky (EEUU)



Andrés Cárdenas (Barcelona)



Leonardo Sosa (Venezuela)

liales y mesenquimáticos y ofreció una serie de interesantes videos sobre el tema. Juan Gornals (Hospitalet del Llobregat) se refirió al tratamiento endoscópico de los seudoquistes pancreáticos, a la mejor elección de stent y a la utilización de prótesis tubulares. Per-Ola Park (Suecia) mostró asimismo diferentes opciones de drenaje de los abscesos pancreáticos.

Por último, Monder Abu Suboh (Barcelona) mostró su experiencia en el manejo mínimamente invasivo de necrosis pancreática y colecciones de fluido, indicando que EUS es el método preferido para localizar y dirigir el drenaje en ausencia de protuberancia visible por endoscopia.



Juan Gornals (Hospitalet del Llobregat)



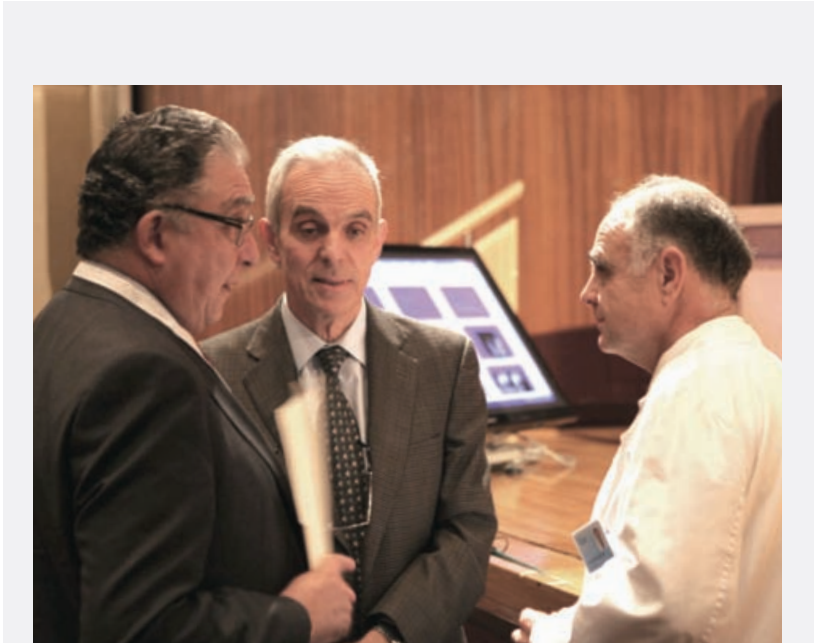
Per-Ola Park (Suecia)



Monder Abu Suboh (Barcelona)



Sandra Castro (Barcelona) y Sha Weihong (R.P. China).



Antonio J. Torres García, José J. Navas y Manel Armengol Carrasco.



José Ramón Armengol-Miró, Andrés Cárdenas y Luis Carlos Sabbagh.



Louis de Giau (México), Josep Llac (Barcelona) y José Olmedo (Ciudad Real).

Primera jornada. Lunes

SIMPOSIO CENA DE BIENVENIDA

En CaixaForum se celebró la cena-simposio de bienvenida que combinó el acontecimiento social con un simposio científico. Contó con la presencia del doctor Boi Ruiz, Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya que dedicó unas palabras a todos los congresistas.

Presidieron el simposio los doctores José Ramón Armengol-Miró, Alberto Montori (Italia), y Jeffrey Ponsky (EEUU) y actuaron como moderadores Sha Weihong (R.P. China) y Dong Ki Lee (S. Korea).

Los ponentes fueron Zhou Pinghong (R.P. China) y Sergey Kantsevov (USA). El primero habló del estado actual de la resección endoscópica en China, cuyo hospital de Shangai es un centro de referencia para todo el país y para muchos investigadores extranjeros. El doctor Kantsevov afirmó que finalmente se está cumpliendo el sueño de los gastroenterólogos con los importantes avances que se han producido en la evolución de la cirugía de NOTES con instrumentos nuevos muy sofisticados y multifuncionales.

El doctor Armengol-Miró agradeció a todos los asistentes su presencia y colaboración en el 6º Curso Internacional NOTES-WIDER-Barcelona y los emplazó para una nueva edición en 2013.



Mesa presidencial: J. R. Armengol-Miró, Dong Ki Lee, Sha Weihong, Alberto Montori y Jeffrey L. Ponsky.



José Ramón Armengol-Miró.



Especialistas de todo el mundo se reunieron en la cena-simposio de bienvenida.



Sergey Kantsevov.



Boi Ruiz. Conseller de Salut. Generalitat de Catalunya.



Zhou Pinghong durante su intervención.



José Ramón Armengol-Miró y Jaume Roigé.



Zhou Pinghong.



José Ramón Armengol-Miró y Sergey Kantsevov.



Ponencia de Zhou Pinghong.



Harohiro Innoue y Jean Escourrou.



José Ramón Armengol-Miró y Boi Ruiz.



Kiyokazu Nakajima y Senol Carilli.



Paul G. Curcillo, José Ramón Armengol-Miró y Ricardo Zorrón.



Ángeles Bresca y Antonio J. Torres.



Sergey Kasin, José Ramón Armengol-Miró, Yuri Starkov, Evgeny Nikonov, Boi Ruiz y Sergey Kantsevov.



Mohammad Al- Haddad y Abraham Mathew.



Miquel Masachs, Monder Abu Suboh, Jordi Armengol, José Ramón Armengol-Miró, Sergey Kantsevov y Ana Benages.



Zhou Pinghong y Alberto Montori.



Felipe Martínez-Alcalá y Jaume Boix.



Jordi Armengol Bertrolí, Ángeles Bresca, José Ramón Armengol-Miró y Mª José Reche.



Manel Armengol Carrasco y Jaume Roigé.



Kiyokazu Nakajima, Alberto Montori, Armengol-Miró y Harohiro Innoue.



Armengol-Miró y Stavropoulos Stavros.



Marc Martí, Joan Dot y Sandra Castro.



Armengol-Miró y Juan Morote.



Guillermo Domínguez, José Ramón Armengol-Miró y Jorge Juan Olsina.



Per-Ola Park, José Ramón Armengol-Miró y María Bergstöm.



Francisco Pellicer y Daniel Delgado Bellido.



Joan Maria Pou, Armengol-Miró y Sarbelio Rodríguez.



José Ramón Armengol-Miró con Jeffrey L. Ponsky y su esposa.



Eduardo Segal.



Cen Rongying, Sha Weihong, Armengol-Miró, Xiaoguang Zhang, Zhou Pinghong y Dong Ki Lee.



Leopoldo López Rosés y José Olmedo.



Louis de Giau y Fernando Rojas.



Guillermo Cacho, Jesús Espinel y Vicente Lorenzo-Zúñiga.



Ana Benages, Armengol-Miró y Lluís Bracons.



Carlos Giménez Antolín y Jaume Boix.



José Carlos Salord, Guillermo Domínguez y Enrique Castillo.

**Visita a la Exposición
"Antes del diluvio. Mesopotamia, 3500-2100 a.C."**



Visita Museo. Salord, Alonso Mailló y Herreras entre otros.



La exposición contaba con 400 piezas arqueológicas.



Visita Museo.



Visita Museo. Abraham Mathew, Dimitri Coumaros y Paul G. Curcillo entre otros.



Mesopotamia fué la primera cultura del antiguo Oriente Próximo.



Visita Museo. Montori, Dong Ki Lee, Zorrón, Carilli, Nakajima y Mathew.



Vista exterior del edificio CaixaFórum.



Visita Museo. Proyección audiovisual.

Segunda jornada. Martes

MESA DE NOTES CLÍNICO



Sandra Castro (Barcelona), Cen Rongying (R.P. China), Luís Carlos Sabbagh (Colombia), Sergey Kasin (Rusia), Alberto Testoni (Italia).



Francesc Vallribera Valls (Barcelona)

La segunda jornada del 6º Curso Internacional de NOTES-WIDER BARCELONA se inició con una mesa, dedicada a NOTES clínico, presidida por los doctores Sandra Castro, Cen Rongying (R.P. China), Luís Carlos Sabbagh (Colombia), Sergey Kasin (Rusia) y Alberto Testoni (Italia).

Tomó la palabra, en primer lugar, el doctor Francesc Vallribera Valls (Barcelona) que habló de TEM (Microcirugía Endoscópica Transanal) con la que existe aún poca experiencia. Se ha utilizado en drenaje de abscesos pélvicos, estenosis rectales, exéresis total mesorectal híbrida y flap de avance en fístulas supraesfintéricas, pero sólo hay constancia de uno o dos casos o como en sigmoidectomía transanal asistida de la que no existe referencia de ningún caso. No obstante, son evidentes las ventajas de TEM ya que posibilita el trabajo con dos equipos con la consiguiente disminución del tiempo quirúrgico, facilita la disección mesorectal del tercio inferior, permite una adecuada sección del recto con margen de resección y la extracción transanal de la pieza quirúrgica con integridad de la pared abdominal. Según Vallribera, es una técnica en la que se ha puesto grandes esperanzas ya que es factible y segura aunque se tiene constancia de pocos casos por lo que será preciso adquirir más experiencia.

A continuación, presentó un video sobre tecnología robótica en resección transanal, uno de los grandes retos de futuro.



José Noguera (Palma de Mallorca)

José Noguera (Palma de Mallorca) trató sobre la evolución de la cirugía mínimamente invasiva a través de los sucesivos cambios de los instrumentos ópticos, como el endocameleon (sistema rígido con aplicaciones flexibles), el endoeye (videolaparoscopio quirúrgico) y el endoscopio flexible quirúrgico. La evolución de los instrumentos quirúrgicos significó también una disminución de su diámetro y una mejor articulación y rotación. Asimismo, la evolución de los accesos dio paso a una sola incisión y a un solo puerto de entrada.

El doctor Alberto Testoni (Italia) habló de la técnica Esophyx para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Esta técnica consiste en la reconstrucción de la unión gastroesofágica y la recuperación del ángulo de His mediante una funduplicatura trans oral mínimamente invasiva (TIF), a través de un endoscopio introducido por la boca del paciente que restaura el ángulo de His de forma similar al tratamiento quirúrgico pero evitando incisiones. Hasta ahora el tratamiento de la ERGE era farmacológico o quirúrgico. El tratamiento médico se basa en la supresión del ácido segregado al estómago con medicamentos como los inhibidores de la bomba de protones (PPI) pero un largo tratamiento de este tipo tiene potenciales efectos adversos como disfagia, hinchazón, gases y retraso en el vaciado gástrico. Los resultados de estudios prospectivos observacionales sobre la funduplicatura transoral con Esophyx TIF 2.0 muestran una significativa mejora de la ERGE a corto plazo en casi todos ellos.



Alberto Testoni (Italia)

Sin embargo hay datos contradictorios sobre los resultados funcionales y la tasa de complicaciones es del 3% al 5% (sangrado, perforación esofágica, absceso mediastínico, pneumotorax). En Estados Unidos se están haciendo más ensayos sobre Esophyx y se estudia cambiar algunas de las características de los instrumentos como acortar su longitud para una mayor facilidad de maniobra dentro de la cavidad gástrica o reducir su diámetro para disminuir el riesgo de daño esofágico y el malestar del paciente.



Ricardo Zorrón (Alemania)

Ricardo Zorrón (Alemania) presentó una ponencia sobre NOTES transvaginal y otra sobre NOTES transrectal, ilustradas con el pase de videos. Señaló que con NOTES las complicaciones se pueden evitar ya que permite una visión directa de los instrumentos, es una técnica cuidadosa con la coagulación, el acceso vaginal es directo y se adapta a la forma del laparoscopia. La vía transcolónica es para la cirugía colorrectal, la vía transvaginal no ofrece ninguna complicación y la transgástrica es evitable. En cuanto al futuro próximo, se refirió a un NOTES adaptable, afirmando que muy pronto será posible disponer de instrumentos flexibles con los que se podrá alcanzar cualquier objetivo.

Respecto a NOTES transcolónico dijo que podía ser el futuro de la cirugía colorrectal, si bien parece difícil de conseguir porque los orificios naturales en apariencia son extraños y misteriosos, se trata de una técnica más cara y por otra parte, la laparoscopia ofrece buenos resultados.

Sin embargo, piensa que la disección transrectal es técnicamente factible para TME (Escisión Total del Mesorecto) laparoscópica, puede utilizar la tecnología de puerto único disponible y permite la extracción transorificial del espécimen y la anastomosis.



Guillermo Domínguez (Argentina)

Será preciso hacer un mayor seguimiento de esta técnica para asegurar la adecuación oncológica.

A continuación Guillermo Domínguez (Argentina), afirmó la excelencia de la cirugía con imanes, especialmente en la colecistectomía transumbilical. Sus ventajas son: bajo costo, cuida el medio ambiente, permite no tener que cruzar las manos, excepto en el caso del imán interno el resto es reutilizable, evita el sangrado y el derrame de bilis, es cien por cien eficaz y no tiene complicaciones. Por otro lado, la incisión vertical transumbilical ofrece mejor cosmética, menos tiempo y menores complicaciones al hacer menos disección.

En cuanto al imán interno puede ser reposicionado, no causa heridas, puede llegar hasta donde sea necesario, es un instrumento tradicional y, una vez sujeta la vesícula, es poco frecuente que se suelte. La cirugía con imanes es limpia y segura. El imán y la pinza curva logran un adecuado campo operatorio, sin derrame de bilis y, al conservar indemne la pared de la vesícula, se evita la caída de litos. Las indicaciones para la colecistectomía con imanes son: niños y adultos con BMI (índice de masa corporal) menor de 40, litiasis vesicular sintomática, pólipos y colecistitis aguda o crónica.



El Curso gozó de gran interactividad. Imágenes de intervenciones de los doctores Montori (Italia), Ponsky (EEUU), Sáenz (Chile) y Torres García (Madrid).

Lecturas especiales

La cuarta sesión fue moderada por los doctores Martínez Alcalá (Sevilla), López Rosés (Lugo), Cacho Acosta (Madrid), Boix Valverde (Barcelona), Cárdenas (Barcelona) y Castillo Begines (Burgos).

Dong Ki Lee (R.Soud Korea) habló del manejo endoscópico de la estenosis biliar benigna (BBS) mediante stents metálicos autoexpandibles (SEMS) y MCA. El tratamiento endoscópico agresivo plantea una serie de interrogantes como: cuántas sesiones son necesarias, qué duración deben tener, qué dificultades ofrece la eliminación o qué problemas tienen los SMS completamente cubiertos (FCSEMS). Respecto a éstos últimos, surgen otras preguntas sobre duración y permeabilidad del stent, la garantía de que se pueda eliminar, la posibilidad de recaída de la estenosis y la falta de datos de seguimiento controlado a largo plazo. Las conclusiones son que el enfoque progresivo/clásico, en principio, es efectivo, generalmente seguro y se puede repetir. Es el tratamiento de primera elección o después del fallo con un solo stent de plástico.

Per-Ola Park (Suecia) presentó una ponencia sobre fuga anastomótica y opciones del tratamiento endoscópico. Los determinantes del éxito de la MCA son asegurar las rutas de rescate del imán, la distancia de la estenosis y las características del imán (forma y fuerza). Se trata de una técnica menos traumática que la anastomosis quirúrgica o la formación de estoma (produce menos inflamación y fibrosis).



Dong Ki Lee (R. Soud Korea)



Joaquín De la Peña (Santander)



Alberto Montori (Italia)



María Bergstöm (Suecia)

En conclusión, el tratamiento con stents de la fuga de anastomosis, después de un bypass gástrico por laparoscopia, es sencillo y seguro dando lugar a una pronta movilidad y recuperación.

Joaquín De la Peña (Santander) presentó la mejora de la disección endoscópica submucosa (ESD) mediante hidrodissección. Señaló que hasta los últimos años del siglo XX, el único tratamiento para los tumores malignos del tracto digestivo había sido la resección quirúrgica y que ahora se dispone de la hidrodissección.

Sin embargo, existen una serie de dificultades en la curva de aprendizaje y presenta algunas complicaciones. Antes de aplicar el tratamiento en humanos sería necesaria tener la experiencia de haber realizado más de 30 disecciones supervisadas. Se trata de una técnica muy laboriosa, que requiere bastantes horas y muchos cambios de instrumentos.

También presenta una alta tasa de complicaciones como hemorragias y perforaciones y se precisa anestesia general cuando se trata del esófago y del estómago. En resumen, la ESD mediante hidrodissección es una técnica para expertos, para endoscopistas a tiempo completo acostumbrados a usar la endoscopia terapéutica y con entrenamiento intensivo con animales. Los nuevos instrumentos como el cuchillo Hybrid Water-Jet mejoran la técnica pero requieren un periodo de aprendizaje no inferior al 25% del tiempo total de la intervención.

Alberto Montori (Italia) explicó el encuentro de la endoscopia digestiva con la cirugía abdominal y el impacto que causó la primera, señalando que los mismos principios de la endoscopia han inspirado la difusión de la cirugía mínimamente invasiva, vía laparoscópica, lo cual representa un gran progreso en cirugía gastrointestinal.

Por su experiencia en este tema, afirmó que la laparoscopia es una herramienta excepcional tanto diagnóstica como terapéutica. Si en otros tiempos, la cirugía se usó para arreglar problemas de la endoscopia o de la radiología intervencionista, después se ha visto que algunas complicaciones de la cirugía pueden ser tratadas de forma efectiva por la endoscopia. La evolución de las nuevas técnicas implica la investigación sobre pacientes y el desarrollo de la práctica clínica a menudo contiene elementos de investigación. Montori afirmó que los nuevos procedimientos deben ser comparados con otros ya existentes para conocer los potenciales beneficios y riesgos que tienen para el paciente y las nuevas técnicas deben ser evaluadas cuidadosamente. Por otra parte, hoy todavía existe una discusión entre gastroenterólogos y cirujanos acerca de quién debe realizar la endoscopia pero el profesor Montori cree que ha llegado el momento de que cirujanos y gastroenterólogos colaboren para que exista una relación más estrecha entre estas especialidades. Piensa que una aproximación multidisciplinar para unir los mejores procedimientos de la endoscopia y de la cirugía irá en beneficio de los pacientes y que, teniendo en cuenta el desarrollo de la endoscopia digestiva, la elección entre tratamiento endoscópico y quirúrgico para la misma patología está resultando hoy cada vez más y más fácil.

Endoscopia terapéutica endoluminal

La quinta sesión dedicada a Endoscopia terapéutica endoluminal fue moderada por los doctores Pou Fernández (Barcelona), Rodríguez Muñoz (Madrid), Alonso Mailla (Alicante) y Rodríguez Sánchez (Ciudad Real).

La doctora María Bergstöm (Suecia) habló de la colocación de stents en la úlcera duodenal perforada, indicando que para lograr unos buenos resultados es necesario un diagnóstico precoz, una pronta intervención y un drenaje abdominal de líquido y aire. La técnica a emplear para comprobar el diagnóstico puede ser laparoscopia o gastroscopia.

Las ventajas del tratamiento con stents son que causa menos trauma quirúrgico, se consigue una más rápida ingesta oral, más pronta movilidad y, probablemente, menor estancia hospitalaria.

Los inconvenientes son: riesgo de emigración del stent, necesidad de una segunda intervención para eliminarlo y una habilidad especial para colocar debidamente el stent.

En el futuro, ante la sospecha de úlcera perforada, si el paciente está “sano” hay que hacer una laparoscopia. Si existe úlcera duodenal perforada puede ser difícil de cerrar o fácil con cierre quirúrgico (sutura). En el caso de pacientes con comorbilidad o alto riesgo quirúrgico, se recomienda la gastroscopia y si hay úlcera duodenal perforada hay que emplear un stent duodenal cubierto.

El doctor Raffaele Manta del equipo de la doctora Rita Conigliaro (Italia), por ausencia de ésta presentó una ponencia sobre aproximación endoscópica a las fístulas post quirúrgicas. Las fístulas del tracto gastrointestinal pueden aparecer por causa de dehiscencia anastomótica después de la resección esofágica, por perforación, después de una maniobra endoscópica o tras un evento traumático o de cirugía bariátrica.

Antes de colocar un stent en el tratamiento de fístulas o fugas puede ser útil hacer un estudio contrastado del esófago con gastrografin, elegir la sedación y/o analgesia que se empleará y seleccionar el stent más apropiado (cubierto o parcialmente cubierto). En el caso de fístulas y estenosis el stent de elección puede ser completamente cubierto, mientras que el problema surge cuando no hay estenosis porque la emigración del stent es más fácil y más frecuente (65%). En los casos benignos como fuga, perforación o dehiscencia de la línea de grapas, es necesario usar un stent desmontable cubierto.

En conclusión, en el tratamiento con stents para fugas o fístulas los stents han de ser completamente cubiertos con un drenaje adecuado de la cavidad torácica. Si existen dificultades para eliminar el stent se puede usar forceps y APC (Argon plasma coagulation) o la técnica de “stent-in-stent”. En todos los casos, la buena colaboración entre gastroenterólogos y cirujanos es esencial.

Dimitri Coumaros (Francia) tuvo dos intervenciones. En la primera, trató del manejo endoscópico del esófago de Barret con lesiones neoplásicas superficiales. Dijo Coumaros que si antes predominaba el carcinoma de células escamosas, ahora la mayoría de adenocarcinomas son tumores esofágicos.

Su pronóstico es generalmente grave porque a menudo el diagnóstico llega demasiado tarde. Sin embargo, la detección precoz debería ser posible ya que muchos de los casos de adenocarcinoma se desarrollan a partir de una condición previa, el esófago de Barret.



Boix Valverde (Barcelona), Cacho Acosta (Madrid), López Rosés (Lugo), Castillo Begines (Burgos) y Martínez Alcalá (Sevilla).



Eduardo Rodríguez (Ciudad Real), German Alonso (Alicante), Sarbelio Rodríguez (Madrid) y Joan María Pou (Barcelona).



Dimitri Coumaros (Francia)

En los pacientes que lo sufren se deben considerar como factores de riesgo de adenocarcinoma asociados: la edad (50 o más años), ser de raza blanca, de sexo masculino, sufrir GERD crónico, hernia de hiato, un elevado índice de masa corporal y distribución intra-abdominal de la grasa. En cuanto a la terapia endoscópica en pacientes con esófago de Barret, se sugiere que la ablación sea considerada en un grupo seleccionado con bajo grado de displasia y que la resección endoscópica de la displasia nodular de esófago de Barret se haga para determinar el estadio de la displasia antes de pensar en otra terapia ablativa endoscópica. Asimismo, se recomienda que la erradicación con resección endoscópica o RFA (radiofrequency ablation) sea considerada en casos de alto grado de displasia por su superior eficacia y su perfil de eventos adversos en comparación con la esofagectomía.

En su segunda intervención, Coumaros habló de stents colónicos, esofágicos y gastroduodenales en el manejo de las obstrucciones malignas. Señaló que la frecuencia del adenocarcinoma aumenta mientras que la del carcinoma de células escamosas disminuye. Un 5% de los pacientes logran una supervivencia de 5 años. La radioquimioterapia (RCT) ha progresado mucho. Sin embargo, un diagnóstico tardío supone empezar a tratar la enfermedad en una etapa avanzada. El tratamiento paliativo tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de los pacientes. En cuanto a los stents, los totalmente cubiertos son preferibles a los parcialmente cubiertos para evitar el crecimiento excesivo de los tumores y permitir su eliminación. Un estudio retrospectivo con 201 pacientes tratados con stents de cáncer colorrectal obstructivo y no curable demostró que los stents fueron seguros y efectivos en un 75% de los pacientes que de este modo pudieron evitar la colostomía. Un 12% tuvieron complicaciones, 11 emigraciones, 12 perforaciones y una reobstrucción. Bevacizumab, antiangiogénico que se utiliza habitualmente en el cáncer de colon o recto avanzado, aumentó veinte veces el riesgo de perforación. Para finalizar, Coumaros afirmó que no se dispone de recomendaciones a largo plazo basadas en datos científicos y que bevacizumab aumenta el riesgo de perforación en pacientes con stents colónicos.

Después de una mesa de debate sobre los temas tratados en la quinta sesión hubo una nueva video transmisión desde el Institut de Recerca con interactividad con la sala de actos del Hospital General, los equipos de las Salas y el Panel de Discusión.

Mesa obesidad

Los doctores Antonio J. Torres García (Madrid), J. Manuel Fort (Barcelona), Roberto Foguel (USA) y Ricardo Zorrón (Alemania) actuaron de moderadores en una mesa dedicada a obesidad.

En ella el doctor Antonio J. Torres trató de nuevas técnicas en cirugía bariátrica, recordando las alternativas terapéuticas como dietas, actividad física, ayuda psicológica, tratamiento farmacológico, procedimientos quirúrgicos y endoscópicos.

En cuanto a la cirugía bariátrica, se trata de una alternativa terapéutica con excelentes resultados basados en la experiencia y en un tratamiento seguro. Acerca de nuevas técnicas de cirugía bariátrica habló de la gastrectomía vertical (manga gástrica) que es muy efectiva, de la plicatura gástrica que logra éxito en más del 60% de los casos, aunque habrá que esperar más tiempo y más estudios, de SADI-S (Single Anastomosis Duodeno-Ileal by pass), una alternativa metabólica y del tratamiento endoscópico.

Con respecto a NOTES y obesidad, el doctor Torres manifestó que hay que ser optimistas y también se refirió a la cirugía robótica como una nueva forma de operar que puede ser una ayuda inestimable.



Antonio J. Torres (Madrid)



Carmen Balaguer (Barcelona)

La doctora Carmen Balaguer (Barcelona) presentó un video sobre gastrectomía vertical por puerto único versus puerto reducido. En principio, la experiencia preliminar es prometedora aunque se está pendiente de resultados a más largo plazo. La intervención por puerto único es factible y segura en casos seleccionados. La intervención por puerto reducido amplía el número de pacientes.

Algunas de las controversias y dudas que surgen se refieren al tipo de dispositivo para gastrectomía por puerto único, a la localización del dispositivo y a sus ventajas clínicas y estéticas (menor dolor y recuperación rápida).



Salvadora Delgado (Barcelona)

A continuación, la doctora Salvadora Delgado (Barcelona) explicó la gastrectomía de manga gástrica vía NOTES híbrida. En pacientes de alto riesgo quirúrgico o super obesos la gastrectomía vertical sería el primer paso pero habría un 80% de pacientes que necesitarían un segundo paso. La técnica quirúrgica requerida contempla la colocación de trocates, liberación del epiplon de mayor curvatura gástrica, sección de vasos cortos y ligamento frenogástrico hasta identificar pilar izquierdo, liberación de adherencias de la cara posterior gástrica y colocación de sonda de calibración. Por su parte, NOTES supone romper dogmas establecidos durante décadas en cirugía ya que se perfora intencionadamente una viscera sana para acceder a la cavidad abdominal. Si las ventajas potenciales de NOTES son bien conocidas también puede hablarse de barreras potenciales como: el acceso a la cavidad peritoneal, el cierre vaginal, gástrico e intestinal, la prevención de

infección, el desarrollo de instrumentos de sutura y anastomosis, la orientación espacial, el desarrollo de plataformas robóticas multitarea, el manejo de las complicaciones intraperitoneales y hemorragias, los episodios fisiológicos adversos y el entrenamiento. Los objetivos de la cirugía por puerto único son: mejor cosmética, reducción de lesiones de la pared abdominal y del dolor postoperatorio, menor tiempo de recuperación y dar tiempo al desarrollo tecnológico de NOTES. Sus limitaciones son una mayor dificultad técnica y pérdida de la triangulación. La técnica de elección para mujeres con una masa corporal inferior a 50 es la manga gástrica. Las contraindicaciones son: índice de masa corporal superior a 50, hepatomegalia y/o esplenomegalia y cirugía pélvica previa. Los procedimientos combinados híbridos serían los recomendados.

Roberto Foguel trató de la gastroplastia endoscópica vertical, ilustrando su intervención con un video. Señaló que parece ser un método seguro y efectivo para la pérdida de peso y supone una significativa mejora del índice de masa corporal y de la calidad de vida del paciente.

Su orientación en el futuro deberá contemplar un avance en los aspectos técnicos y tecnológicos, lograr una experiencia multicéntrica, conseguir un seguimiento prolongado de los resultados y una larga experiencia con un gran número de pacientes.

Ricardo Zorrón ofreció también un video sobre nuevas aplicaciones de NOTES y cirugía bariátrica de puerto único.



Roberto Foguel (EEUU)

El perfil de los casos bariátricos es el de unos pacientes y una enfermedad compleja. Los desafíos técnicos para el cirujano son la exposición, el movimiento limitado, la visualización, el grapado y la sutura y la necesidad de volver a entrenarse. Para obtener unos buenos resultados se precisa cirujanos con experiencia, un equipo adecuado y unos pacientes bien seleccionados. Las nuevas técnicas en cirugía de la obesidad hoy disponibles son: NOTES por vía transvaginal o transgástrica, cirugía de la obesidad por puerto único, bandas, gastrectomía vertical y bypass gástrico. La gastrectomía vertical con NOTES por vía transvaginal requiere un tiempo de 90 a 100 minutos. No presenta complicaciones intraoperatorias, ni postoperatorias, ni mortalidad.

La cirugía bariátrica llevada a cabo totalmente con la técnica NOTES aún está algo lejos de ser una realidad, aunque se está progresando en conocimiento e instrumentos.



Ricardo Zorrón (Alemania), Roberto Foguel (Estados Unidos) y José Manuel Fort (Barcelona).



José Ramón Armegol-Miró, Antonio J. Torres García y Harohiro Innoue.



Jaime Boix (Barcelona)

Jaime Boix habló del tratamiento endoscópico de las complicaciones de la cirugía bariátrica que presentan cuatro aspectos: presencia de cuerpos extraños por inclusión de material, pérdida de función, aparición de estenosis y el más grave, infección. La aportación de la endoscopia a la obesidad mórbida puede reparar fallos que se producen durante el procedimiento quirúrgico. En cada caso, la mortalidad es diferente pero el propósito es llegar a una mortalidad inferior al 1%. La presencia de cuerpos extraños se solventa con facilidad. La pérdida de función es un problema que se produce en la tercera parte de los pacientes. La estenosis es una de las complicaciones más frecuentes que se puede solventar endoscópicamente en más del 90% de los casos. La infección puede deberse a un fallo de la sutura.

Es importante que el diagnóstico sea precoz y se haga el tratamiento lo antes posible. Las prótesis de cierre pueden ser de plástico, biodegradables o metálicas expandibles. Es importante que estén diseñadas para que no emigren y queden perfectamente ancladas.

Existen prótesis especiales para la cirugía bariátrica que se pueden retirar sin problemas. Se busca que el procedimiento endoscópico sea definitivo para cerrar fístulas y evitar fugas. Como conclusión, señaló Boix que la endoscopia puede ser útil en el tratamiento y complicaciones de la cirugía bariátrica mediante métodos endoscópicos mixtos de cierre.

Mesa de robótica

La última sesión del 6º Curso de NOTES estuvo dedicada a la robótica. La mesa fue moderada por los doctores Juan Morote (Barcelona), Javier Naval (Barcelona), Eloy Espín (Barcelona), Carlos Palazuelos (Santander) y Enrique Laporte (Barcelona).

En primer lugar, Marcos Gómez Ruiz (Santander) trató de las aportaciones de la tecnología robótica a NOTES, refiriéndose especialmente a la TRS (Cirugía Transoral Robótica) aplicada a la cirugía de faringe, lengua, paladar, laringe y epiglotis y se extiende a nivel de la cirugía maxilo-facial. La cirugía robótica por puerto único requiere el sistema DA VINCI que supone menor sangrado, menos cicatrices y menos dolor postoperatorio. Gómez Ruiz se refirió también a la cirugía robótica transanal que permite resear pólipos y cuyos beneficios potenciales son: imagen tridimensional, mayor ergonomía, mínimas cicatrices, menor sangrado y disección más sencilla del tercio inferior. Asimismo, mostró un video sobre una de las principales indicaciones: la resección total del mesorecto.

Afirmó que este año se empieza un estudio piloto con modelos humanos y que en el futuro se podrán hacer intervenciones transanales con una mínima incisión.



Marcos Gómez Ruiz (Santander)

Juan Morote (Barcelona) dedicó su intervención a la prostatectomía radical robótica (PRR) que, según dijo, ocupa el 70% de la utilización que se está dando al robot. El cáncer de próstata (CP) es su diana más clara. El CP es el más prevalente en los países industrializados pero el tercero en mortalidad, gracias a la conjunción de un marcador como el PSA (antígeno prostático específico) y a la prostatectomía radical. Se ha logrado llegar de un 10% a un 67% de supervivencia a los 5 años. El CP tiene un desarrollo lento (de 10 a 15 años) y es posible diagnosticarlo en fase precoz. Sin embargo, la prostatectomía radical tiene dos desagradables consecuencias: incontinencia urinaria y disfunción eréctil. La PR con asistencia de un robot permite reducir estas secuelas. Aunque no existen aún estudios randomizados que comparen la PRR con la laparoscopia u otros métodos, sus resultados son indudablemente buenos.

El doctor Francesc Vallribera trató de la resección de colon y recto por laparoscopia robótica y sus ventajas e inconvenientes, presentando un video sobre una resección mesorectal.



Juan Morote (Barcelona)

Las ventajas son un mejor control oncológico, mejor postoperatorio, disminución de fugas y posiblemente de anastomosis y también un posible mejor manejo del mesorecto. Sin embargo, la cirugía robótica requiere un aprendizaje que no es fácil. Aplicada al cáncer de recto es posible, segura, factible y similar a la cirugía laparoscópica. Entre otras ventajas, permite una recuperación más rápida de la función eréctil y no presenta diferencias significativas con otros abordajes. No obstante, es una tecnología cara que no ha demostrado una superioridad justificada. Sin duda, harán falta más estudios y análisis y en el futuro habrá que centrarse más en el paciente y no en el procedimiento.

José Manuel Fort (Barcelona) cerró la sesión con una ponencia sobre robótica aplicada a la cirugía de la obesidad.

Concretamente, señaló que una de sus mejores indicaciones es la obesidad mórbida y comentó algunos casos comparándolos con el uso de la laparoscopia convencional. Si bien la técnica quirúrgica es similar los tiempos operatorios son diferentes.



José Manuel Fort (Barcelona)

El tiempo en la laparoscopia es más corto mientras que la cirugía robótica es más lenta. Los resultados antropométricos son similares y el índice de masa corporal va descendiendo de forma similar. En cuanto a complicaciones operatorias, con la laparoscopia hubo un mayor número de fugas y sangrados y con la cirugía robótica la sutura es más precisa.

En conclusión, las ventajas de la robótica son: mayor comodidad para el paciente, visión 3 D, mejor acceso, mejor visión de la zona, no precisa ayudantes (con 1 ó 2 cirujanos se puede hacer) y menor posibilidad de fugas.

El doctor Fort terminó diciendo que se debe considerar al robot como un instrumento adicional, ni exclusivo ni excluyente, que presenta algunas ventajas.

Al finalizar la séptima sesión, se clausuró el 6º Curso Internacional de NOTES-W.I.D.E.R.-BARCELONA, tras dos jornadas de intenso trabajo que, como en anteriores ediciones, contribuyó a ampliar los conocimientos y posibilidades de NOTES y sus aplicaciones futuras.



Dimitri Coumaros.



Video transmisión desde el Institut de Recerca.



Salvador Morales conversa con Ramón Martori.



Roberto Foguel, Luís Carlos Sabbagh y Leonardo Sosa en uno de los coffee-break.

RESUMEN

Doctor José Ramón Armengol-Miró

Jefe de Servicio de Aparato Digestivo-Endoscopia.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.
Director del Instituto Wider-Barcelona. Co-director del Curso

El profesor Armengol-Miró resume sus impresiones sobre el Curso.

Este 6º Curso ha sido el más prolífico en ideas y conclusiones y, a la vez, muy “suculento” en las exposiciones. Ha sido un Curso de un alto, muy alto nivel, no sólo por los ponentes nacionales e internacionales de primera fila que han participado sino por los temas tratados.

Después de la primera sesión dedicada al presente y futuro de NOTES en la que intervinieron Mohammad Al-Haddad y Abraham Matthew de Estados Unidos, la doctora Fristcher- Raven de Alemania, Juan Dot de Barcelona, Tomas Hucl de Chequia, y de la inauguración oficial, presidida por la gerencia y la dirección médica del Hospital, representadas por los doctores Navas y Roigé, y los tres co-directores del Curso, el doctor Kiyokazu Nakajima de Japón impartió una conferencia magistral, mostrando los adelantos realizados en su centro de endoscopia quirúrgica experimental de Osaka (SPACE), como son una serie de prototipos que están desarrollando con la colaboración de importantes firmas de Japón y, sobre todo, el sistema de control automático para mantener la presión de CO2 en las cavidades que se exploran (colon, abdomen o tórax). El doctor Sergey Kantsevov que es un constante colaborador nuestro y un maestro en técnicas de sutura hizo una puesta al día de las nuevas técnicas de sutura endoscópica para NOTES.

Después, se pasó a una sesión dedicada al acceso al peritoneo mediante “single port”, moderada por el doctor Curcillo, y con la participación del doctor Senol Carilli de Turquía, especialista de gran experiencia en esta patología. También habló el doctor Salvador Morales sobre importantes aportaciones en técnicas modernas. Todos los que intervinieron en este simposio (doctores Villalobos, Marti, Espín, Vidal y Targarona) de dos horas de duración, dedicado al acceso por “single port”, tuvieron una gran aceptación.

Durante la comida de trabajo, se efectuaron dos transmisiones en directo desde el Laboratorio Animal y desde la Unidad de Endoscopia, a las que se unieron los doctores Kantsevov, Zhou e Innoue.

A continuación, hubo un simposio sobre la técnica de tunelización transesofágica para el tratamiento de la acalasia (POEM), en el que el doctor Innoue disertó sobre los métodos y resultados actuales, el doctor Stavros de Estados Unidos trató del estado de esta técnica hoy en su país, y también intervino el doctor Ponsky que dirige todo el año un curso sobre esta técnica. Finalmente, el doctor Zhou de la Republica China se refirió a los expertos y experiencias acerca de la misma, después de haber mostrado su gran pericia y rapidez al realizar el POEM en humanos durante las demostraciones.

En la mesa sobre nuevas indicaciones y tecnologías en enfermedades bilio-pancreáticas, el doctor Ponsky habló de la transición entre pasado y futuro en el tratamiento endoscópico de los cálculos biliares, el doctor Cárdenas del manejo de las complicaciones biliares después del transplante hepático, el doctor Sosa, experto mundial en el manejo diagnóstico de la ultrasonografía endoscópica habló de EUS en el diagnóstico y aproximación del cáncer de páncreas y también intervinieron los doctores Gornals y Per-Ola Park que trataron respectivamente del tratamiento de pseudoquistes y del drenaje de los accesos pancreáticos. Por último, el doctor Monder Abu Suboh mostró un video sobre la nueva técnica con lumen en el tratamiento de los pseudoquistes de páncreas.

Cena-Simposio

Al término de la primera jornada se celebró en el Museo CaixaFórum una cena-simposio que presidió el *conseller de Salut*, doctor Boi Ruiz. El doctor Zhou de Shangai habló sobre el estado actual de la resección endoscópica en China y el doctor Kantsevov expuso un nuevo concepto: el quirófano portátil para el tratamiento endoluminal por endoscopia, es decir, el sueño esperado por los gastroenterólogos para la realización de técnicas NOTES.

Segunda Jornada

En la segunda jornada se trató del TEM, presente y futuro, que corrió a cargo de nuestro cirujano de cáncer y recto, el doctor Francesc Vallribera. Ricardo Zorrón de Brasil, ahora trabajando en Alemania, presentó técnica y complicaciones de NOTES transvaginal. El ensayo clínico de colecistectomía vía puerto único y vía transvaginal con endoscopia flexible fue ofrecido por el doctor Noguera.



José Ramón Armengol-Miró durante su discurso de clausura de la Cena-Simposio.

El doctor Testoni habló de fundoplication endoluminal mediante Esophyx, técnica que desarrolla desde hace años. Nuevamente el doctor Zorrón tomó la palabra para explicar NOTES por vía transrectal como futuro de la cirugía colorrectal. La sesión prosiguió con una serie de conferencias magistrales, por una parte, sobre el uso de técnicas especiales para el tratamiento de las estenosis biliares que corrió a cargo del doctor Dong Ki Lee de Corea del Sur. Per-Ola Park de Suecia habló del tratamiento de las distintas complicaciones de fugas en las anastomosis. A continuación el doctor Joaquín de la Peña de Santander, que tiene un laboratorio experimental de primera fila, nos habló sobre las mejoras en las técnicas de disección endoscópica submucosa con hidrodisección. El doctor Montori concluyó estas charlas tratando del paso de la endoscopia flexible a la endoscopia de la cirugía abdominal actual.

En cuanto a la sesión dedicada a la endoscopia terapéutica endoluminal, destacar las intervenciones de las doctoras Bergstöm y Conigliaro y del doctor Coumaros, que habló sobre el

manejo endoscópico del esófago de Barret y la colocación de stents en la patología maligna estenosante del tracto digestivo superior e inferior. Después hubo una nueva videotransmisión desde las salas de endoscopia experimental y endoscopia humana con la realización de técnicas transparietales de resección de tumores y posterior sutura, a cargo de los doctores Kantsevov, Zhou e Innoue. La penúltima sesión trató de la aplicación de NOTES en la patología de la obesidad con técnicas quirúrgicas, endoscópicas y endoscópicas endoluminales con los doctores Torres, Foguel, Zorrón y Boix y las doctoras Balaguer y Delgado. La última sesión del Curso estuvo dedicada a la robótica, participaron los doctores Morote, Espín, Fort y Gómez Ruiz.

Agradecimiento

Quiero destacar dentro del conjunto de actos la participación del *Conseller de Salut*, Boi Ruiz, que transmitió de parte del *President de la Generalitat*, Artur Mas, ante la imposibilidad de hacerlo él personalmente, su saludo y felicitación para todo el grupo que trabajamos, año tras año, en la realización de este Curso.



ENTREVISTA

Doctor Antonio J. Torres García

Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
Co-director del Curso

“La cirugía bariátrica es un campo de desarrollo muy importante en la implementación de NOTES en la práctica clínica”

El profesor Torres García ha estado desde un principio en el grupo de profesionales que dieron en su día carta de naturaleza a la nueva técnica NOTES y ha puesto su amplísima experiencia y conocimientos como cirujano para informar y profundizar en el tema y codirigir los Cursos NOTES.

¿Qué destacaría del 6º Curso de NOTES en cuanto a temas y participación?

En esta sexta edición del Curso NOTES-WIDER se abordaron los temas de máxima actualidad en el diagnóstico y tratamiento mínimamente invasivo de las enfermedades más prevalentes.

Asimismo cabe destacar cómo se abordaron con intervenciones en directo complejos problemas de tratamiento endoscópico y laparoscópico como: lesiones gastroduodenales, pólipos de colon, etc.

¿Cree que realmente se está avanzando en mejorar las técnicas y la experiencia?

Si ninguna duda, en reuniones como ésta se puede apreciar cómo los avances que se obtienen en este campo de la atención a los pacientes con la mínima agresión son continuos, y se trasladan desde el laboratorio de experimentación al paciente, demostrando que la investigación traslacional, no sólo es posible sino que es altamente rentable.

¿Qué ventajas puede aportar NOTES en cirugía bariátrica?

Las modificaciones gastrointestinales que llevamos a cabo cuando realizamos una cirugía de la obesidad o cirugía bariátrica, mediante cirugía laparoscópica, pueden asociarse a diferentes aproximaciones mediante abordajes a través de orificios naturales. Es más, en la actualidad algunos procedimientos los realizamos a través del ombligo, empleando lo que llamamos un “puerto único”. Por lo tanto, la cirugía bariátrica es un campo de desarrollo muy importante en la implementación de NOTES en la práctica clínica.

¿Cómo puede ayudar la cirugía robótica?

La cirugía robótica puede y es de gran ayuda hoy en el desarrollo de todos estos nuevos abordajes diagnósticos y terapéuticos mínimamente invasivos, ya que permite realizar procesos de mayor complejidad con una mayor precisión y ayuda a la formación y entrenamiento de los futuros cirujanos y gastroenterólogos interesados en este campo.



ENTREVISTA

Doctor Manel Armengol Carrasco

Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.
Co-director del Curso

“En el campo de la cirugía laparoscópica el impulso de NOTES ha hecho avanzar hacia la reducción del tamaño y número de incisiones”

Desde un principio, el profesor Armengol Carrasco ha puesto su experiencia y conocimientos al servicio del proyecto NOTES que inició el profesor Armengol Miró. El trabajo bien hecho y la rigurosidad han marcado siempre su trayectoria como profesional y codirector del Curso NOTES.

¿En qué aspectos se ha avanzado más en estos seis años del Curso NOTES?

Año tras año, el Curso ha contado con profesionales de todo el mundo que lideran el desarrollo de NOTES, tratando de abordar los aspectos más novedosos.

De esta forma, los contenidos han ido evolucionando de acuerdo con los avances que se han producido en todos los aspectos relacionados con el tema. Estos abarcan desde el campo experimental, incluyendo el diseño de nuevo instrumental y la evolución de la técnica, a la experiencia clínica desde NOTES puro y NOTES híbrido a las repercusiones que están teniendo en otros ámbitos quirúrgicos directamente relacionados.

Concretamente, en la endoscopia intervencionista y en las técnicas de cirugía laparoscópica, cada vez menos invasiva, como es el desarrollo del puerto único.

¿Se puede decir que el impulso de NOTES ha beneficiado a otras técnicas?

Sí, en el campo de la cirugía laparoscópica el impulso de NOTES ha hecho avanzar hacia la reducción del tamaño y el número de incisiones, hasta llegar al puerto único sobre la cicatriz umbilical, con la necesidad de diseñar nuevos instrumentos y adaptar la técnica quirúrgica.

Los beneficios estéticos y la satisfacción del paciente son claros, la mejora en los resultados clínicos respecto a la laparoscopia convencional se tienen que ir demostrando.

¿Cree que las dos intervenciones realizadas con éxito en el Centro WIDER marcarán un “antes” y un “después” en el desarrollo de NOTES?

Para nosotros ha representado pasar del ámbito experimental al campo clínico y con unas intervenciones pioneras en el mundo.

Los resultados han sido muy buenos, pero debemos considerarlo aún en una fase muy inicial en la que se han de establecer las indicaciones concretas de la técnica, situarlas en el marco de las opciones disponibles y valorar muy bien la necesaria curva de aprendizaje de los equipos quirúrgicos que garanticen unos resultados óptimos.

En ese sentido, la experiencia y la extraordinaria habilidad técnica del profesor Armengol Miró no son fácilmente extrapolables para la generalización de esta opción.

¿Piensa que en el futuro se utilizará un NOTES híbrido o se llegará a un NOTES puro?

Junto con la laparoscopia, reduciendo cada vez más el número y tamaño de las incisiones, NOTES híbrido y NOTES puro irán conviviendo de forma que cada equipo utilizará en cada momento la técnica o combinación de las mismas que se demuestre y considere más adecuada de acuerdo con la experiencia y los recursos disponibles para asegurar los mejores resultados en cada caso concreto.



ENTREVISTA

Doctor Kiyokazu Nakajima

Departamento de Cirugía.
Hospital Rosai de Osaka. Japón

¿Podrá evitarse algún día el reflujo gastroesofágico por medio de cirugía, o habrá siempre espacio para los inhibidores de la bomba de protones?

Ésta ha sido una controversia planteada al término de mi ponencia y sobre la que no hay aún un veredicto claro... Da qué pensar.

¿La cirugía abierta cede paso a la endoscópica?

Las miotomías, por ejemplo, se aprecian mucho mejor por vía endoscópica. Lo mejor para los pacientes, sin embargo, sigue siendo que con NOTES no hay tanta cicatriz como en cirugía abierta o laparoscópica.

Para los especialistas, con la técnica POEM podemos acceder al estómago y detectar anomalías del conducto que de otra forma pasarían desapercibidas.

¿Y encima es más fácil...?

Es más simple, que no más fácil. El cirujano debe disponer de excelentes conocimientos en endoscopia y, al mismo tiempo, debe saber actuar ante complicaciones hemorrágicas; de otro modo sería arriesgado.

Por lo demás, la técnica POEM no es más difícil que otras técnicas endoscópicas empleadas con anterioridad en digestivo.

¿Es popular la POEM en Japón?

En Japón sólo hay cuatro centros que hacen POEM. El nuestro es de referencia. Pero tampoco creo que haga falta más, el nuestro no es un país muy grande.

¿Qué ventajas aporta la técnica POEM?

Podemos llevar a cabo miotomías tan largas como deseemos sin lesionar las estructuras circundantes del esófago. Podemos, además, hacer miotomías en cualquier dirección. Nuestro grupo cuenta ya con 300 casos consecutivos de resultado excelente... Pienso que la POEM acabará siendo el procedimiento estándar en acalasia de cualquier grado.

“La POEM acabará siendo el procedimiento estándar en acalasia de cualquier grado”



ENTREVISTA

Doctor Zhou Pinghong

Centro de Endoscopia.
Hospital Universitario Zhongshan de Fudan, Shanghai. China

“Muchos investigadores de Alemania o Inglaterra se han pasado por nuestro hospital de Shanghai, que es centro de referencia para toda China”

¿Se han obtenido buenos resultados con la técnica POEM en el país más poblado de la Tierra?

En nuestra serie con medio millar de pacientes, hemos obtenido un 97,8% de éxito sin complicaciones de importancia ni muertes.

¿Qué ventajas ofrece la técnica POEM en las acalasia?

La principal es que se producen menos infecciones.

¿Y en las miotomías?

Son más difíciles y requieren mayor pericia por parte del cirujano o endoscopista.

¿Cree que sus buenos resultados son extrapolables a otros centros?

Yo tengo ahora 60 años y empecé en esto con sólo 20... Como puede suponer, he visto de todo y estoy convencido de que nuestra experiencia puede reproducirse en otros ámbitos.

¿También en Occidente?

Puede que en Occidente se trabaje de forma distinta. En reuniones como ésta podemos poner en común nuestros puntos de vista...

Por otro lado, puedo asegurarle que muchos investigadores de Alemania o Inglaterra se han pasado por nuestro hospital de Shanghai, que es centro de referencia para esta cirugía en toda China.

ENTREVISTA

Doctor
Paul G. Curcillo

Fox Chase Cancer Center de Filadelfia (Pensilvania). Estados Unidos



“La cirugía de puerto único ha empezado a practicarse en ginecología, pediatría, urología, intervenciones plásticas y veterinaria”

¿Usted ha planteado un dilema: ¿puerto único o múltiples puertos?

El debate queda planteado, que no resuelto. Debemos esperar aún a que todas las técnicas generen evidencia suficiente y luego ordenar los resultados. Estoy seguro de que estos aportarán mucha más luz en menos de diez años.

Ahora es momento de desarrollar técnicas nuevas, aunque sea de forma desordenada, para poner luego las cosas en su sitio.

¿Se operarán las hernias de forma distinta dentro de diez años?

Seguro que se hará mejor, pero para ello son precisos encuentros como éste de Barcelona, en el que los especialistas podamos no sólo aprender sino también entrenar.

Usted ha dicho que la cirugía de NOTES en puerto único es de sentido común; pero, a veces, no es éste el más común de los sentidos...

En este caso, sí. De hecho, la cirugía de puerto único ya ha empezado a practicarse en ginecología, pediatría, urología, intervenciones plásticas y veterinaria.

Vayamos con un tema sensible en tiempos de crisis: el dinero

Operar a través de puerto único cuesta 80 dólares y, de puerto múltiple, 180.

¿No parece demasiado, teniendo en cuenta que cada aparato como los presentados en su ponencia cuesta unos 400 dólares?

Y teniendo en cuenta que cada cirugía cuesta 20.000 dólares por cirujano...

¿Qué dicen las guías clínicas?

Las guías conceden igualdad en seguridad y eficacia al puerto único y a los puertos múltiples.

Lo primero que había que demostrar a la comunidad científica es que el puerto único es tan seguro como el múltiple, y esto lo hemos demostrado. En cuestión de dos años seguramente demostraremos que es incluso mejor.

Si la meta es operar sin abrir, los cirujanos lo van a tener difícil...

¡En efecto! Pero el reto es fascinante. Soy cirujano y pienso que la preparación de este oficio siempre va a ser necesaria en las intervenciones del tracto digestivo, pudiendo reaccionar bien y de forma inmediata cuando las cosas no salen como estaba previsto... Los cirujanos siempre debemos tomar decisiones importantes en poco tiempo.



ENTREVISTA

Doctor
Senol Carilli

Departamento de Cirugía General.
Hospital Americano de Estambul.
Turquía

“Pronto acabaremos con la heterogeneidad en los resultados clínicos”

¿Usted ha defendido en su ponencia las virtudes de la sutura sin tracción?

A mi modo de ver, se trata de uno de los principales avances en cirugía transgástrica y transcolónica.

¿Más a favor de la cirugía de NOTES?

En colestectomías abiertas, por ejemplo, antes causábamos muchas más lesiones del tracto biliar (trauma parietal y trauma visceral) que en colestectomías laparoscópicas.

¿Y?

A fin de cuentas y como resultado de esto último, hacemos menos colestectomías abiertas.

¿Qué lección se lleva aprendida de este encuentro de Barcelona?

Que la actualización en NOTES no requiere de grandes encuentros internacionales en congresos, sino de pequeñas reuniones especializadas como ésta, en las que ponemos en común nuestros hallazgos, nuestras dudas y nuestra experiencia.

De este modo, pronto acabaremos con la heterogeneidad en los resultados clínicos en este tipo de cirugía.



ENTREVISTA

Doctor
Harohiro Innoue

Departamento de Cirugía. Hospital
Universitario Clínico y Dental de Tokio.
Japón

“Toda intervención laparoscópica requiere controlar la presión dentro de la cavidad”

¿Hasta qué punto es importante el control de la presión durante una intervención de NOTES?

Cuando empleamos endoscopia flexible, los errores de presión pueden llegar a causar la muerte del paciente si no se hacen bien las cosas. De hecho, toda intervención laparoscópica requiere controlar la presión de hinchado local. Por tanto, incorporar un regulador de presión al instrumental quirúrgico puede parecer algo nuevo, pero es de gran sentido común.

¿Por qué?

Piense que la cavidad abdominal es como un circuito cerrado en el que los cambios de presión incontrolados siempre acarrearán consecuencias deletéreas... Tal vez el regulador no fuera una urgencia para los gastroenterólogos, pero sí para los cirujanos.

¿Qué ventajas aporta la técnica SPACE?

Mínimas molestias, no hay distensión abdominal y no se generan efectos cardiorrespiratorios.

¿Qué ve en el futuro más inmediato?

Las maniobras esofágicas. Pronto tendremos también de SPACE adaptado a distintos tramos del intestino.



ENTREVISTA

Doctor Ricardo Zorron

División de Cirugía Innovadora.
Klinikum Bremerhaven Reikenhei de Bremen. Alemania

“La inspección y supervisión correcta de los instrumentos en NOTES es fundamental”

A la luz de los datos hoy disponibles, ¿qué limitaciones presenta el abordaje colorrectal con cirugía rígida?

Colisiones, una angulación difícil, escasez de trócares adecuados... La cámara de visión, además, entorpece las maniobras.

¿Y la cirugía flexible?

Con la flexible, la esterilización es más difícil y la instrumentación conveniente está todavía por desarrollar, con lo que perdemos en precisión quirúrgica.

O sea que no todo es pericia por parte del especialista...

La inspección y supervisión correcta de los instrumentos en NOTES es fundamental.

¿Algún consejo?

Sabemos que el acceso vaginal directo es por ahora preferente. Hay que vigilar las coagulaciones, que sí requieren pericia, y contemplar siempre la posibilidad de revertir a la laparoscopia formal sin obstáculos cuando sea preciso.

¿Usted aboga abiertamente por la cirugía flexible?

La cirugía flexible es el futuro. Pronto tendremos, además, de instrumentos adaptados que la harán más polivalente... En menos de diez años se puede llegar a perfeccionar mucho el panorama.

¿Cuáles van a ser entonces los retos?

Los orificios naturales seguirán siendo “misteriosos”... Asimismo, debemos tener en cuenta que la cirugía de NOTES se volverá más cara y que, por otra parte, la laparoscopia no dejará de proporcionar buenos resultados.

La disección transrectal se podrá llevar a cabo también de arriba abajo.

¿Sus preferencias se inclinan por un solo puerto?

El puerto único permite llevar a cabo extracciones y anastomosis de la mejor forma. En tumores se requiere aún un mayor seguimiento de la técnica, pero mis esperanzas están depositadas en la robótica.

¿Robots cirujanos?

Los robots, que ya se han empezado a desarrollar de manera experimental, van a conseguir mucho más en NOTES de lo conseguido hasta ahora. Apuesto que la cirugía con robot en puerto único transvaginal será la mejor elección de cara al futuro.

No en pacientes masculinos...

Puede que en ellos sea algo más difícil acceder a bilis, pero la NOTES transrectal ha dado muy buenos resultados en cirugía colorrectal.



ENTREVISTA

Doctor Sergey Kantsevov

Instituto de Salud Digestiva y
Enfermedades Hepáticas.
Mercy Medical Center de Baltimore
(Maryland). Estados Unidos

De año en año, la cirugía de NOTES parece ganar adeptos

Durante los últimos dos años, hemos presenciado en este Curso Internacional avances muy importantes en la evolución de la cirugía de NOTES, con endoscopios nuevos muy sofisticados y multifuncionales.

Y de esta forma es posible...

Cerrar fistulas, corregir errores quirúrgicos o derrames post-anastomóticos.

En términos de coste/beneficio, ¿compensa?

El coste beneficio es obvio si lo comparamos con endoscopias anteriores. Las de ahora cuestan la mitad y resultan muy fiables. Además, suponen una reducción de anastomosis en dilataciones de estómago y yeyuno.

¿Qué conclusiones saca del overstitch?

Permite cerrar bien perforaciones iatrogénicas. Nuestro grupo ha llevado a cabo ya 84 intervenciones en 72 pacientes con muy buenos resultados. Se trata de un nuevo sistema de sutura endoscópica que nos permite usar agujas curvadas y maniobrar mucho mejor.

“En los últimos dos años, hemos presenciado avances muy importantes en la evolución de la cirugía de NOTES, con endoscopios nuevos muy sofisticados y multifuncionales”



ENTREVISTA

Doctor Jeffrey Ponsky

Departamento de Cirugía.
Case Western University
de Cleveland (Ohio).
Estados Unidos

¿Se sale ganando con cirugía de NOTES?

Esta técnica es mejor para los pacientes, puesto que realizamos menos incisiones y, por tanto, obtenemos mejores resultados desde el punto de vista estético; pero para el cirujano o el endoscopista es más difícil...

Debemos movernos en un espacio menor, con escasa capacidad de rectificación si las cosas no salen como estaba previsto. Además, las intervenciones son, por promedio, más largas en cuanto a tiempo.

A esto hay que añadir que cuando abrimos el abdomen todo está a la vista del cirujano y todo es accesible más o menos por igual.

Ahora es distinto, no podemos abordarlo todo del mismo modo. Trabajamos a mayor distancia del objetivo y en direcciones en las que antes no avanzábamos...

Déjeme que le diga una cosa: si no fuera beneficioso para el paciente, nadie haría NOTES.

Usted acude habitualmente a este Curso. ¿Qué le aporta profesionalmente?

Este Curso es genial... Aunque yo lo calificaría más como un foro que como un curso. Aquí no se viene a enseñar, no es una clase. Todos discutimos nuestras experiencias y todos salimos ganando.

“Si no fuera beneficioso para el paciente, nadie haría NOTES”