

WIDER-Barcelona news

Director: J. R. Armengol-Miró

Número 6 • Marzo 2014

7º CURSO INTERNACIONAL DE N.O.T.E.S. WIDER-BARCELONA

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES

Barcelona 25 y 26 de noviembre 2013

C. L. Ruiz de Villalobos, Raquel González Arias

El 7º Curso Internacional de NOTES–WIDER–BARCELONA se desarrolló con un programa de dos días y una doble actividad. Una fue teórica, en forma de conferencias sobre temas de máxima actualidad de NOTES, y otra práctica, realizada por un equipo compuesto por el staff organizador y los profesores invitados en dos quirófanos de cirugía experimental, ubicados en la planta baja del Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d’Hebron (VHIR), con video transmisión a la Sala de Actos del Pabellón Docente del mismo Hospital.

El Curso contó con la aprobación del Comité Ético de Experimentación Animal del VHIR y con el soporte y dotación del proyecto WIDER-BARCELONA, Hospital Universitario Vall d’Hebron (Universidad Autónoma de Barcelona), VHIR, OLYMPUS Endoscopia, Laboratorios INIBSA y la colaboración de la Obra Social de la Fundación “la Caixa”.

El Curso estuvo dirigido a gastroenterólogos, endoscopistas clínicos y cirujanos interesados por los beneficios que representa la cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (CETON) y las técnicas terapéuticas intervencionistas derivadas o relacionadas con ella (TETON).

Los objetivos del nuevo curso fueron, principalmente, valorar las posibilidades y limitaciones de NOTES, entender las distintas variantes anatómicas, la posible selección de candidatos en el futuro y las distintas vías de abordaje transluminal, así como valorar también las diferentes posibilidades de procedimientos combinados.

La dirección del Curso corrió a cargo de los doctores José Ramón Armengol-Miró (Barcelona), Manuel Armengol Carrasco (Barcelona) y Antonio J. Torres García (Madrid); fue coordinado por los doctores Jorge Olsina, Juan Dot, Joaquín Balcells y Monder Abu Suboh Abadía, y contó con la colaboración de los doctores José C. Salord Oses, Jordi Armengol Bertrolí y Miquel Masachs Perecaula, todos ellos de Barcelona.



En su segundo día, el 7º Curso NOTES-WIDER-Barcelona contó con la presencia del Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, el doctor Boi Ruiz, quién dedicó unas palabras a todos los asistentes, felicitó a los organizadores y manifestó su satisfacción por el eco internacional que obtiene el Curso. De izda. a dcha. José Ramón Armengol-Miró, Boi Ruiz y Juan Comella, director del Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d’Hebron.

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



“En el Instituto WIDER estamos trabajando, en cosas que benefician al conjunto de la endoscopia e, indirectamente, al de la cirugía”

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



“Endoscopistas y cirujanos vamos hacia una mayor sintonía porque eso es algo que nos enriquece a ambos.”

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



“Creo que lo más importante es que el cirujano utilice la técnica que domine”

Don Wang Seo
Departamento de Gastroenterología.
Asan Medical Center. Corea del Sur



“Nos dirigimos hacia la cirugía robótica sin incisiones”

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



“NOTES ha supuesto el que hayamos empezado a hacer procedimientos más complejos y esto ha dado lugar a nuevos instrumentos”



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

Pimera jornada. Lunes

NOTES PRESENTE Y FUTURO



José Ramón Armengol-Miró
(Barcelona)



Jaume Roigé (Barcelona)



Antonio J. Torres (Madrid)

Inauguración oficial del Curso

El profesor Armengol-Miró inició la presentación del 7º Curso Internacional de NOTES-WIDER-BARCELONA destacando el atractivo de los temas que se iban a tratar y señalando que este no es un congreso multitudinario sino dirigido específicamente a los que están realmente interesados en su contenido.

El profesor Torres, por su parte, dio la bienvenida a los participantes y subrayó la conveniencia de que los implicados en los temas de endoscopia, laparoscopia y NOTES se unieran periódicamente en lo que, sin duda, representaba siempre un gran encuentro.

La inauguración oficial del Curso estuvo presidida por los doctores José Ramón Armengol-Miró, Manuel Armengol Carrasco, Antonio J. Torres García y Jaume Roigé, director asistencial del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

El profesor Armengol-Miró agradeció al doctor Jaume Roigé seguir apoyando incondicionalmente el proyecto NOTES. A continuación, repasó algunos de los temas del programa como la cirugía de puerto único, "tan eficaz en muchas intervenciones"; la utilidad de la endoscopia en NOTES, que permite entrar en la cavidad peritoneal,

y la importancia de la laparoscopia, afirmando que ambas forman una joint venture en NOTES. Se felicitó por el elevado nivel de los asistentes al Curso, procedentes de muchos países europeos y americanos, de la República de China y de Corea.

El profesor Armengol Carrasco agradeció al profesor Armengol-Miró la oportunidad de participar de nuevo en el Curso NOTES y poder conocer nuevas técnicas y nuevas investigaciones que constituyen la mejor combinación para que NOTES puro sea pronto una realidad.

El profesor Torres señaló que era muy importante haber llegado a este 7º Curso y seguir en el camino de descubrir continuamente nuevos métodos y nuevas tecnologías que representen siempre una mejora evidente para los pacientes.

El doctor Roigé, por su parte, recordó su primera etapa como anestesta y lo mucho que ha evolucionado desde entonces el Hospital Vall d'Hebron, al compás de la evolución de la propia endoscopia y de la incesante incorporación de expertos.

Se felicitó por lo que la ambición y el espíritu de servicio del profesor Armengol-Miró han conseguido y manifestó su voluntad de seguir apoyándole tanto a él como al Curso NOTES-WIDER-Barcelona, cuya séptima edición declaró inaugurada.



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



Fan Zhining (R.P. China)

Thomas Hucl, del Instituto de Medicina Clínica y Experimental de Praga, República Checa, presentó un estudio comparativo del cierre OTSC mucosa versus OTSC serosa. Indicó que el cierre OTSC serosa es factible, seguro y eficaz, comparable al cierre OTSC mucosa, aunque precisa una técnica más exigente. Puede requerir ayuda de la laparoscopia.

El doctor Miguel Masachs (Barcelona), expuso un estudio controlado y randomizado sobre el cierre endoscópico de la perforación colónica iatrogénica en modelo animal e hizo referencia a una inicial experiencia clínica, señalando que la perforación es la complicación más temible de la colonoscopia. Las perforaciones pequeñas pueden manejarse con clips endoscópicos y antibióticos por vía intravenosa. Cuando la perforación es más grande, el paciente puede requerir tratamiento quirúrgico. Sin embargo, los estudios randomizados y controlados con animales y la experiencia clínica inicial sugieren que una perforación grande iatrogénica puede ser controlada con el sistema de sutura endoscópica Overstitch.



Tomas Hucl (República Checa)



Miguel Masachs (Barcelona)

NOTES Experimental

Ante una mesa que presidieron los doctores José Ramón Armengol-Miró (Barcelona), Juan Manuel Herrerías (Sevilla) y Zhou Pinghong (R.P. China), el doctor Fan Zhining, del Hospital Universitario de Nanjing, China, habló de la resección endoscópica y de la eficacia a largo plazo de la modalidad de disección endoscópica submucosa (ESD) y de la ESD versus la resección endoscópica de la mucosa (EMR) para tumores del tracto intestinal.

Señaló posibles complicaciones de la EMR, como perforación y sangrado, y también los factores de riesgo de perforación durante la ESD. La evolución actual de las tendencias en ESD, apuntó, lleva a combinar las técnicas laparoscópicas y endoscópicas en el túnel submucoso (STCLET). Asimismo, habló de nuevas modalidades de cierre como la técnica endoloop, el método de tracción y el de balón de oclusión.



Juan Manuel Herrerías (Sevilla), José Ramón Armengol-Miró (Barcelona) y Zhou Pinghong (R.P. China).



Bing-Rong Liu (R.P. China)

Bing-Rong Liu, de la República Popular China, ofreció un video sobre ERAT (terapia endoscópica retrógrada de la apendicitis, por sus siglas en inglés) señalando que durante más de cien años la apendectomía fue el criterio estándar para el tratamiento de la apendicitis aguda. Sin embargo, hoy en día existen terapias mínimamente invasivas que permiten tratar muchas enfermedades sin necesidad de extraer órganos. Inspirándose en el tratamiento endoscópico de la colangitis supurada, en 2009 se desarrolló un nuevo método para tratar la apendicitis: el ERAT, que hoy es un tratamiento seguro, efectivo y mínimamente invasivo para pacientes con apendicitis aguda sin complicaciones y que resulta además un procedimiento sencillo y fácil de aprender.



María Bergström (Suecia)

La doctora María Bergström, de la University of Gothenburg de Suecia, presentó una ponencia sobre la contaminación de la cavidad abdominal durante los procedimientos transgástricos de NOTES, indicando que las bacterias pueden contaminar el canal de trabajo del endoscopio durante la creación del acceso abdominal. La colonización bactericida es significativamente más común con el tratamiento PPI (inhibidores de la bomba de protones).

Los pacientes con PPI necesitan profilaxis con antibióticos para los procedimientos transgástricos de NOTES y la punción por EUS (ultrasonografía endoscópica), explicó.

Conferencia especial

El profesor Sergey Kantsevov, del Mercy Medical Center de Baltimore, Maryland, Estados Unidos, y una de las voces más autorizadas en NOTES, ofreció una ponencia especial en la que primero repasó la investigación y práctica clínica realizada con NOTES y después reflexionó sobre el momento actual en que se encuentra y cuál puede ser su futuro.



Sergey Kantsevov (EEUU)

Si bien es cierto, puntualizó, que últimamente no han aparecido nuevos proyectos en este campo, hay menos publicaciones sobre trabajos experimentales con NOTES y las prácticas clínicas se han reducido a la vía transvaginal y a la laparoscopia por puerto único, también es cierto que con NOTES se ha conseguido que gastroenterólogos y cirujanos trabajen juntos, ha estimulado los experimentos en laboratorio con animales, se han desarrollado nuevas herramientas endoscópicas y se han creado nuevos procedimientos clínicos.

Respecto al futuro de NOTES, Sergey Kantsevov afirmó que este estará en la endoscopia submucosa, en POEM, en STER, en la peritoneoscopia basada en el túnel submucoso, en la resección endoscópica de espesor total de las lesiones del tracto intestinal con ganglios linfáticos regionales y en SILS.

CONFERENCIA MAGISTRAL DE ACTUALIDAD

Acalasia y miotomía endoscópica por vía oral (POEM)

Los doctores José Ramón Armengol-Miró, Antonio J. Torres, Zou Pinghong, Alberto Montori (Italia), Pedro Alonso Aguirre (A Coruña) y Bing-Rong Liu presidieron esta mesa sobre el tratamiento de la acalasia con la técnica POEM (Per Oral Endoscopy Miotomy). Como ponentes, los doctores Stavros Stravropoulos, del Winthrop-University Hospital de Mineola, New York, EEUU, y Zhou Pinghong, del Zhongshan Hospital, Fudan University, de Shanghai, República Popular China.

El doctor Stavros dijo que la técnica NOTES ha inspirado a los endoscopistas para crear un tratamiento menos invasivo para la acalasia y mostró un video sobre la técnica POEM, señalando que la invención de la técnica de colgajo submucoso permite un cierre seguro después de intervenciones transluminales.



Stavropoulos Stavros (EEUU)



Zhou Pinghong (R.P. China)

En su opinión, la técnica POEM ofrece una excelente seguridad y constituye una nueva aproximación experimental para el tratamiento de la acalasia. Reduce el tiempo del procedimiento y no aumenta los episodios adversos ni las complicaciones clínicas de reflujo.

Por su parte, el doctor Zhou Pinghong habló del entorno clínico de la técnica POEM, de los instrumentos utilizados y de las medidas a tener en cuenta para desarrollarla, así como de los casos en que sea necesaria una remiomiomía después de POEM y del manejo de posibles complicaciones como la infección retroperitoneal.

ALTERNATIVAS A NOTES.

Simpósio. Acceso por Puerto Único

Moderada por los doctores Paul G. Curcillo (EEUU), Joaquín Balsells (Barcelona) y Enrique Veloso (Tarrasa), tuvo lugar una mesa dedicada a la cirugía por puerto único (SILS). Paul G. Curcillo, del Fox Chase Cancer Center de Filadelfia, EEUU, abrió este simposio con una conferencia magistral sobre esta temática.

A continuación, Jesús Garijo, del Hospital Infanta Sofía de Madrid, se centró en los dispositivos, pincería, imagen y robótica usados en puerto único. Señaló que no se puede decir que unos instrumentos sean mejores que otros y que están en función de las preferencias del cirujano.

Los rígidos son de laparoscopia convencional, que han ido evolucionando, y hoy se trata de que se ajusten a la incisión que se hace, por lo que los flexibles son los mejores. Las pinzas pueden ser rígidas, flexibles o articuladas y también han evolucionado. En cuanto a los scopes señaló que los 3D son muy caros y su aplicación en puerto único es muy pequeña, mientras que los robots son el futuro, ya que permiten una perfecta autonomía de ambas manos y de la cámara.



Jesús Garijo (Madrid)



Senol Carilli (Turquía)

Según el doctor Garijo, “la cirugía robótica ha de ser cada vez menos compleja y más aplicable porque los cirujanos carecemos de algunas de las capacidades que tienen los robots”.

El doctor Senol Carilli, del Hospital Americano de Estambul, Turquía, presentó un video acerca de los métodos y realización de una colestectomía por puerto único. Habló de la tasa de lesiones que pueden darse en el conducto biliar y del “síndrome del conducto cístico escondido”, que puede darse en pacientes con colestectomía laparoscópica en presencia de inflamación y que puede llevar a la apariencia engañosa de un falso fundíbulo y a confundir el conducto común con el conducto cístico.

El doctor Óscar Vidal, del Hospital Clínic de Barcelona, trató de la adrenalectomía por puerto único, indicando que el abordaje retroperitoneal –lateral o posterior– es muy útil en pacientes obesos y comparado con el transperitoneal requiere menos tiempo de hospitalización.

Ida Isaías Alarcón, del Hospital Quirón Sagrado Corazón de Sevilla, mostró en un video una colectomía derecha por puerto único y los dos tipos de anastomosis, intracorpórea y extracorpórea, destacando la importancia de explorar bien antes de cerrar para que no se produzca una hernia umbilical.



Óscar Vidal (Barcelona)



Ida Isaías Alarcón (Sevilla)



Carlos Moreno (Ciudad Real)

Señaló que el porcentaje de complicaciones postoperatorias es del 7,7% y que hay que insistir en la búsqueda de la técnica ideal para los pacientes.

Carlos Moreno, del Hospital Alcázar de San Juan de Ciudad Real, presentó una colectomía izquierda por puerto único con incisión simple, señalando que los resultados son aceptables y, en lo que se refiere a los estéticos, muy buenos, aunque no justifiquen el puerto único y pronosticó que en el futuro habrá una fusión de tecnologías.

Marc Martí, del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, habló de la colectomía total por puerto único, técnica que calificó de segura y con los mismos resultados que la cirugía convencional, aunque, matizó, aún no se conocen los que tendrá a largo plazo.



Marc Martí (Barcelona)



Rafael Villalobos (Lleida)

La cirugía de puerto único es menos agresiva. Los límites los fija el cirujano de acuerdo con el paciente y hay que planificarla bien. Dijo que, a falta de estudios randomizados, parece que por ahora la mayor utilidad de la cirugía por puerto único es estética.

Rafael Villalobos, del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, mostró los resultados de un metaanálisis sobre apendicectomía por puerto único comparada con laparoscopia, señalando que en ambas técnicas los resultados son similares aunque el dolor postoperatorio con SILS es mayor así como los costos, al precisar herramientas más caras.

La satisfacción global es parecida. La apendicectomía por puerto único es factible y segura. Las complicaciones postoperatorias son similares en ambas técnicas. Los resultados finales no son concluyentes respecto al tiempo necesario para volver a la actividad normal, los resultados estéticos, el riesgo de hernia incisional y los costes de hospitalización.

Paralelamente, se desarrolló una sesión con video transmisión desde el VHIR, en la que se trabajó sobre acceso y bloqueo, técnicas de tunelización, miotomía y reducción gástrica.

NUEVAS INDICACIONES Y TECNOLOGÍAS EN LA ENFERMEDAD BILIOPANCREÁTICA.

Simposio: Joint venture de endoscopia endoluminal y ultrasonografía endoscópica (EUS)

Esta mesa moderada por los doctores Armengol-Miró, Armengol Carrasco, Torres, Kantsevov, Máximo Crespi (Italia) y Yanjun Guo (R.P. China), contó con la intervención de los doctores Dong Wan Seo, del Asan Medical Center de Corea del Sur; Kenneth Binmoeller, de la Universidad de Columbia (EEUU); Jean Escourrou, del Hôpital de Rangueil, Toulouse, Francia; y Per Ola Park, de la University of Gothenburg de Suecia.

Respecto a cómo llegar a la vía biliar, las opciones, según Binmoeller, son: enteroscopia con balón por vía oral, gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) con aproximación normal CPRE, colangiografía percutánea transhepática (PTC), PTC con técnicas de rendezvous, EUS en el hígado y más raramente en el estómago, y laparoscopia asistida transgástrica. Se establece el papel de EUS y FNA (aspiración con aguja fina) para el diagnóstico de la neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN).

Los quistes menores de 2 centímetros sin características preocupantes, señaló, probablemente pueden ser seguidos únicamente por resonancia magnética. Un número menor de pacientes debe ir a cirugía y la vigilancia con EUS se intensifica respecto al tamaño del quiste y su crecimiento.

La resección endoscópica de tumores ampulares fue el tema tratado por Jean Escourrou. Señaló que el diagnóstico puede dar un falso positivo con pseudoampolla tumoral (después de la migración de la piedra) o un falso negativo en un 15% de biopsias normales con duodenoscopia axial. La aparición de EUS puede significar una ultrasonografía intraductal en el caso de papila normal con aparición o no de adenocarcinoma de páncreas, y la resección del espécimen, cuya extensión debe ser cuidadosamente evaluada.



Kenneth Binmoeller (EEUU)



Jean Escourrou (Francia)



Per-Ola Park (Suecia)

Per-Ola Park habló de las técnicas ERCP después de una operación de bypass gástrico, mostrando imágenes de ERCP transgástrico y de drenaje EUS guiado por GB. Las ventajas de la ERCP son que se trata de un procedimiento relativamente rápido, la gastrostomía se cierra inmediatamente y puede realizarse a continuación de la cirugía. Los inconvenientes se refieren a que necesita anestesia general y una gran experiencia por parte del laparoscopista y el endoscopista.

La conclusión final es que la ERCP en pacientes operados de bypass gástrico es una técnica exigente que precisará de grandes recursos en el futuro.



Don Wang Seo (Corea del Sur)

Dong Wan Seo presentó algunas imágenes sobre drenaje biliar guiado por EUS después de un fallo de ERCP.

Esta técnica, explicó, reporta una tasa muy importante de éxitos, si bien es muy exigente y se relaciona con una morbilidad elevada.

Hay que adecuar los accesorios y las herramientas idóneas para realizarla, así como también el tipo de stents. Es una técnica que, en su opinión, sigue evolucionando y constituye una alternativa prometedora.



Eduardo Targarona (Barcelona)

PONENCIA ESPECIAL. Docencia en cirugía mínimamente invasiva. Futuro

Eduardo Targarona, del Hospital de Sant Pau de Barcelona, trató en su conferencia de la necesidad de una formación formal y básica en el aprendizaje de la cirugía endoscópica, revisando el estado actual de dicha formación y a los cambios que se han ido sucediendo en el entorno, que han dotado al conocimiento de una mayor complejidad y a un incremento de la tecnología que ahora requiere de mayores habilidades y actitudes. Habló de la necesidad de un cambio de paradigma en la formación técnica quirúrgica, de un mejor conocimiento del proceso de adquisición de habilidades, de la posibilidad de diseñar planes para lograr esas habilidades y de la ayuda de la tecnología (por medio de simuladores, etc.). Finalizó diciendo que la formación en técnicas quirúrgicas laparoscópicas avanzadas requiere esfuerzos docentes adicionales que actualmente no están estructurados. La necesidad para la próxima década es la adecuada formación para aprovechar las potenciales ventajas de estas opciones técnicas.

Tras la conferencia del doctor Targarona se ofreció una video transmisión desde el Instituto de Investigación en la que el doctor Stavros Stavropoulos hizo una demostración de técnicas de cierre.

Mesa: Abordaje Transanal

Moderada por los doctores Eloy Espín (Barcelona), Enric Laporte (Barcelona), Carlos Palazuelos (Santander) y Antonio J. Torres, se realizó una mesa sobre el abordaje transanal, con las indicaciones actuales, sistemas de acceso, abordaje robótico y abordajes híbridos en las resecciones de colon.

En primer lugar, Francesc Vallribera, del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, habló de la aplicación de sistemas de abordaje en cirugía endoscópica transanal para el manejo de las lesiones del recto, señalando el gel port como un dispositivo que se fija en el canal anal y puede crear un neumorrecto. Permite realizar intervenciones y tener acceso a todo el recto. Por otra parte, el *glove port* ofrece una mejor distancia de trabajo. El doctor Vallribera comentó que en 2011 se publicó el primer caso de cirugía robótica transanal en un paciente vivo. En su opinión, el dispositivo ideal es el *gel port*, que permite hacer un buen neumorrecto y una mejor localización del tumor.

Eloy Espín, también del Hospital Universitario Vall d'Hebrón, trató de la microcirugía endoscópica transanal (TME), indicando como principales indicaciones la exéresis de tumoraciones con pared completa.



Francesc Vallribera Valls (Barcelona)



Eloy Espín (Barcelona)

El doctor Espín explicó que la ventaja de la TME, es que proporciona una visión completa del recto. Las nuevas aplicaciones serían la sigmoidectomía transanal completa y el drenaje de abscesos pélvicos.

Los resultados a corto plazo de las pequeñas series clínicas realizadas sugieren que la endoscopia transanal TME es no sólo factible sino segura en pacientes cuidadosamente seleccionados y cuando se lleve a cabo por cirujanos con la experiencia y formación necesarias. Los primeros resultados son muy prometedores y representan un paso adelante más para NOTES, concluyó.



Marcos Gómez Ruiz (Santander)

El doctor Marcos Gómez, especialista del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, explicó el abordaje robótico en la vía transanal, señalando las ventajas que ofrece la excisión mesorrectal: factible, cicatriz más pequeña, menor sangrado y mejor disección en el tercio inferior del recto. En cuanto a la experiencia, habló de su aproximación a la técnica entre 2009 y 2011 con animales de laboratorio y del trabajo para desarrollar una plataforma transanal para cirugía robótica.

A continuación el doctor Marcos Gómez mostró un video acerca de la intervención de un adenocarcinoma rectal de entre 8 y 10 centímetros que requirió protectomía. Algunas de las complicaciones que pueden presentarse son: dehiscencia, neumonía, retención urinaria y sangrado. Es una técnica con resultados inciertos que puede ser apoyada por NOTES y que requiere una evolución en los instrumentos utilizados.

Marcos Gómez se mostró partidario del abordaje robótico en la vía transanal, por ejemplo, con el robot Da Vinci, que considera más cómodo, sencillo y que, según dijo, tiene un margen de evolución mucho mayor.

Ilda Isaías Alarcón (Sevilla) en una nueva intervención, trató de la evolución de la cirugía colorrectal y mostró mediante un video las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, explicando que la extracción del espécimen por vía colorrectal es segura y efectiva y también contó su experiencia por puerto único, oponiendo la extracción por vía transanal a la extracción por vía transumbilical. En su opinión, la primera mejora el tiempo, el sangrado y la incisión que, en ese caso, es de sólo 23 centímetros y también requiere un menor tiempo de hospitalización.

Finalizó este bloque de ponencias dedicadas al abordaje transanal, el doctor Marcos Bruna, del Hospital General Universitario de Valencia, que expuso las ventajas y posibles riesgos del abordaje híbrido en la resección del colon, señalando que NOTES puro elimina la incisión abdominal y NOTES híbrido requiere la asistencia de laparoscopia.



Marcos Bruna (Valencia)

Presentó un video de hemicolectomía derecha, con aproximación FSIS, anastomosis transvaginal y extracción transvaginal del espécimen y, a continuación, otro de hemicolectomía izquierda con aproximación transvaginal híbrida.

Según Marcos Bruna, será necesario en el futuro disponer de nuevos instrumentos y herramientas, así como de programas adecuados para formar a los médicos.

La primera jornada de este séptimo Curso Internacional de NOTES-WIDER-Barcelona tuvo su continuación pocas horas más tarde, en un Simposio-Cena de Bienvenida, que se celebró en el Museo CosmoCaixa. Al acto asistieron unos 120 destacados especialistas en Cirugía Endoluminal y Cirugía Laparoscópica de toda España y de 18 países extranjeros.

Pimera jornada. Lunes

SIMPOSIO-CENA DE BIENVENIDA

La noche del lunes, el Museo de la Ciencia CosmoCaixa acogió el Simposio-Cena de Bienvenida de este Curso, un acontecimiento científico y social que estuvo presidido por el doctor José Ramón Armengol-Miró y su colega italiano el doctor Alberto Montori.

En su intervención, el doctor Armengol-Miró quiso agradecer a Isidro Fainé, presidente del Grupo La Caixa, su apoyo y colaboración en la celebración de este encuentro científico. Por su parte, el doctor Montori dirigió también unas palabras de agradecimiento hacia el doctor Armengol-Miró por haberle invitado un año más y contar con él para presidir esta sesión. A continuación, dio la palabra al doctor Don Wan Seo (Corea del Sur), encargado de impartir la primera conferencia de la noche.

El especialista coreano se refirió al estado actual de la endoscopia en su país y se centró especialmente en la disección endoscópica submucosa (DSE), una técnica en la que, según señaló, llevan trabajando desde 1995 y que desde 2004 ha experimentado un crecimiento espectacular en su país en cuanto al número de pacientes que se someten a este procedimiento. Entre los estudios a los que hizo referencia y en los que se analizaba la DSE, presentó una serie en la que el porcentaje de resección en bloque superaba el 95%. Es su opinión, señaló, "es una técnica eficaz y muy segura" cuyas indicaciones son crecientes, siendo el cáncer gástrico incipiente una de las más extendidas. Con respecto al estado de NOTES en Corea, reconoció que este era muy incipiente y que, de hecho, "aún queda un largo camino por delante".

La siguiente intervención, a cargo del doctor Sergey Kantsevov (Estados Unidos), versó acerca de la corrección endoscópica de las complicaciones iatrogénicas. El experto mostró diversos vídeos en los que pudo verse su intervención ante distintas complicaciones de este tipo, por ejemplo, ante la perforación. Asimismo, mostró distintas opciones de sutura, como el Overstitch, del que destacó su utilidad. Según el doctor Kantsevov, en el pasado, ante complicaciones de este tipo, se requería inmediatamente la presencia del cirujano para solucionar el problema. Actualmente, destacó, esta situación ha cambiado, entre otras cosas, gracias a los nuevos instrumentos de sutura, y "el gastroenterólogo es capaz de solucionar estas complicaciones por sí mismo y llevar la intervención hasta el final". En su opinión, "cirujano y gastroenterólogo están hoy al mismo nivel" e incluso es el cirujano el que acude al gastroenterólogo ante determinadas situaciones. Se trata de una relación bidireccional que, afirmó, "repercute en beneficio del paciente".

En tercer lugar, tomó la palabra el doctor Montori para hablar de la detección precoz del cáncer y de qué hacer ante la detección de lesiones o signos potencialmente cancerosos e introdujo aquí el concepto de cirugía profiláctica. El experto italiano subrayó cómo en algunos casos la cirugía profiláctica puede evitar que una lesión derive en un cáncer, por ejemplo, la resección de los pólipos del colon. Pero fue aún más allá, y se refirió también a la mastectomía radical en aquellas mujeres cuyos antecedentes familiares y predisposición genética les confieran un alto riesgo de desarrollar un cáncer. Para el doctor Montori, en estos casos, no se trata sólo de salvar la vida de la mujer sino que en muchos casos hace posible que estas mujeres, todavía jóvenes, puedan seguir cuidando a sus hijos.

El punto y final a esta cena lo puso el doctor Armengol-Miró con unas emotivas palabras hacia su familia y, en concreto, hacia su mujer, a la que agradeció su apoyo, paciencia y cuidados incondicionales. Asimismo, dirigiéndose a todos los allí presentes dijo: "Todos vosotros representáis algo en mi vida y eso me hace feliz". No quiso concluir el acto sin antes emplazarles a la octava edición del WIDER-NOTES-Barcelona en 2014.



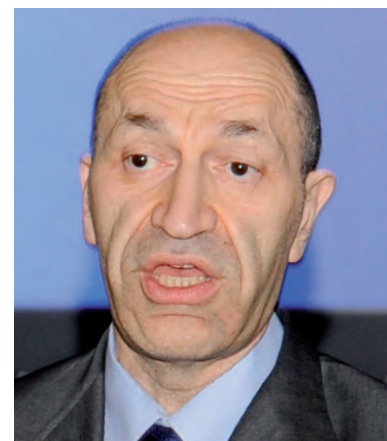
José Ramón Armengol-Miró.



Alberto Montori.



Don Wang Seo.



Sergey Kantsevov.



Mesa presidencial: Yuri Starkov, Paul G. Curcillo, Alberto Montori, José Ramón Armengol-Miró, Zhou Pinghong y Jean Escourrou.



Maoel Galvao Neto, Jean Escourrou, María Bergstöm y Per-Ola Park.



José María Balibrea, José Ramón Armengol-Miró y Marc Martí.



Paul G. Curcillo y José Ramón Armengol-Miró.



José Ramón Armengol-Miró y Don Wang Seo.



Kenneth Binmoeller y Alberto Testoni.



José Manuel Fort, José Ramón Armengol-Miró.



Enrique Castillo, Eduardo Rodríguez y Germán Alonso.



Zhou Pinghong, José Ramón Armengol-Miró y Zhang Xiaoguang.



Enric Banda, Ángeles Bresca y José Ramón Armengol-Miró.



Ponencia de Sergey Kantsevov.



Ramón Martorí y José Ramón Armengol-Miró.



Ponencia de Alberto Montori.



Monder Abu Suboh, José Ramón Armengol-Miró y Juan Dot.



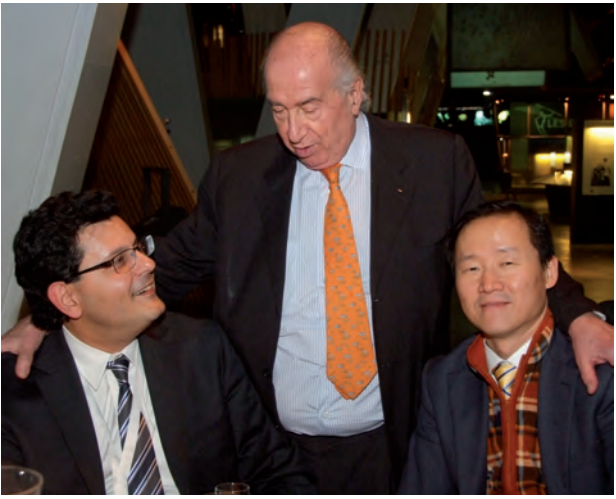
Aspecto de la Sala.



Elena Camio, Maribel Rochera, Jaume Roigé, José Ramón Armengol-Miró y Patricia Ciurana.



Leopoldo López Rosés, J. R. Armengol-Miró y Pedro Alonso



Stavropoulos Stavros, J.R. Armengol-Miró y Don Wang Seo.



Emilio de la Morena, José Ramón Armengol-Miró y Guillermo Cacho.



Sandra Castro, José Ramón Armengol-Miró y Bing-Rong Liu.



Jordi Armengol Bertrolí y Jorge Olsina.



Jesús Ortiz, Luís Carlos Sabbagh, Eduardo Segal, y Jesús Garijo.



José Ramón Armengol-Miró y Fan Zhining.



Sergey Kantsevov, J.R. Armengol-Miró, Francisco Pellicer y José Olmedo.



Yuri Starkov, José Ramón Armengol-Miró y Antonio J. Torres.



Jaume Roigé y Manel Armengol Carrasco.



Manuel Morales, José Carlos Salord y Jaume Boix.



J.R. Armengol-Miró, Mohamed El-Khattabi y la esposa del doctor Montori.



J.R. Armengol-Miró junto a Fernando Rojas y esposa.



Jorge Olsina, J.R. Armengol-Miró y Joaquín Balsells.



Songjitao, J.R. Armengol-Miró, Cui Guangxing.



Louis de Giau, J.R. Armengol-Miró y Raquel González.



S. Kantsevoy, J.R. Armengol-Miró, José Carlos Salord y Pedro Menchén.

Instantáneas de la visita guiada al Museo de la Ciencia CosmoCaixa



Daniel Delgado Bellido, J.R. Armengol-Miró y Felipe Martínez-Alcalá.



Carlos Giménez, Ángeles Bresca, J.R. Armengol-Miró y Raquel Morán.

Segunda jornada. Martes

MESA OBESIDAD



Antonio J. Torres García (Madrid), Alberto Testoni (Italia), José Manuel Fort (Barcelona) y Roberto Foguel (EEUU).

La mesa dedicada al manejo de la obesidad estuvo presidida por los doctores Alberto Testoni (Italia), Antonio J. Torres, José Manuel Fort (Barcelona) y Roberto Foguel (Estados Unidos).

En primer lugar, el profesor Antonio J. Torres, co-director de este Curso y jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, pronunció la conferencia magistral "Cirugía Metabólica. Realidad o futuro".



Antonio J. Torres (Madrid)

El profesor Torres comenzó haciendo un repaso a las distintas alternativas terapéuticas tales como dieta, actividad física, soporte psicológico, fármacos y procedimientos quirúrgicos y/o endoscópicos. En el caso de la cirugía bariátrica el tratamiento debe disminuir significativamente la incidencia de enfermedades asociadas, mejorar la supervivencia a largo plazo y reducir el coste económico. La cirugía gastrointestinal en los pacientes diabéticos obesos o no obesos plantea una serie de interrogantes. ¿La cirugía mejora la diabetes? ¿Es preferible el tratamiento convencional? ¿Tiene la cirugía potenciales complicaciones propias de los pacientes no obesos? ¿Qué criterios seguir para indicar la cirugía?. Y la pregunta clave: ¿Cuál debería ser la operación ideal? Si es preferible el tratamiento convencional, señaló, hay que tener en cuenta la adherencia al tratamiento. Del 50% de pacientes diabéticos tratados con insulino terapia, alcanzan niveles de hemoglobina A1c menos del 7%. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la ganancia de peso empeora los efectos metabólicos de la enfermedad. También hay que pensar en el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

La cirugía bariátrica (especialmente las técnicas malabsortivas BPD, DS, SADIS, etc.) han mostrado un éxito terapéutico en más de un 95% de los pacientes después de más de 20 años de seguimiento. A la pregunta "¿qué nos deparará el futuro?", el profesor Torres respondió recordando una frase de Shakespeare en Macbeth: "si puedes ver en el interior de las semillas del tiempo y decir qué granos fructificarán y cuáles no, entonces, dímelo". Sin hacer profecías, Torres afirmó que es necesario centrarse en el control glucémico más que en la remisión total de la glucemia y así se puede ver el beneficio de este tipo de cirugía y, después de ella, facilitar ese mejor control así como la comunicación con el diabetólogo.

Porque, según dijo, existe ya una fuerte evidencia y un consenso sobre la cirugía bariátrica como tratamiento de la diabetes tipo 2 (DMT2), especialmente para los pacientes obesos no controlados con medicación. Como conclusión, el doctor Antonio J. Torres, afirmó que la manipulación gastrointestinal es segura y efectiva en el tratamiento de pacientes obesos con DMT2.

El metabolismo glicídico (FPG) y el control de la glucemia mejoran significativamente. La remisión o mejoría depende de varios factores: duración y gravedad de la DMT2, pérdida de peso, reserva pancreática, etc. Se están llevando a cabo diferentes estudios clínicos para evaluar diversos procedimientos endoscópicos. Se necesitan más ensayos clínicos aleatorizados (RCT's) que comparen las diferentes alternativas terapéuticas.

Roberto Foguel, profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad Internacional de Florida, mostró un video y explicó la gastroplastia vertical endoscópica, señalando que es un procedimiento técnicamente fácil, que se puede realizar de forma ambulatoria en poco tiempo, es reproducible y el abordaje endoscópico es seguro y efectivo.

Los objetivos serán determinar la eficacia y seguridad de la sutura endoscópica por restricción gástrica, determinar la duración de los beneficios, la cantidad de alimento ingerido antes y después del procedimiento y la calidad de vida antes y después de la gastroplastia. En el futuro será preciso mejorar la técnica y la tecnología, una experiencia multicéntrica, seguimiento más largo y un mayor número de casos.



Roberto Foguel (EEUU)



Ramón Vilallonga (Barcelona)

Ramón Vilallonga, del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, trató de la cirugía bariátrica con robot, preguntándose en principio por qué preferir el sistema Da Vinci.

Las ventajas, según Vilallonga, son la magnificación estereoscópica con visión en 3D, los movimientos de robot que permiten 7 grados de libertad, los movimientos escalados, filtrados y transferidos y la mejor ergonomía. Por otra parte, las desventajas del Da Vinci son su precio, la curva de aprendizaje, la retroalimentación táctil, la formación superior que precisan los cirujanos, la rotación de personal y el tiempo quirúrgico. Sin embargo, la cirugía robótica para la obesidad es segura y puede ser una alternativa efectiva a la cirugía laparoscópica convencional. El estado actual de la cirugía bariátrica con robots necesita una revisión sistemática. De ella se desprende que la cirugía bariátrica es un tratamiento efectivo para conseguir una pérdida de peso en pacientes con obesidad severa. La conclusión es que resulta posible y segura pero a costa de un tiempo operatorio más largo. El papel exacto de los robots todavía debe ser definido para esta indicación mediante estudios más prolongados. Al ser la cirugía bariátrica un tratamiento efectivo para lograr la pérdida de peso en pacientes con obesidad severa, resulta una tecnología prometedora.



Imágenes de los quirófanos de cirugía experimental del Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d'Hebron, tomadas durante las video transmisiones en directo a la sala de actos.



Manoel Galvao Neto (Brasil)

Manoel Galvao Neto, del Gastro-Obeso Center de Sao Paulo, Brasil, experto en endoscopia y obesidad, habló del tratamiento endoscópico de la obesidad primaria y secundaria. Los resultados con la cirugía bariátrica, según opinión de este experto, son: eficacia a largo plazo, mayor posibilidad de complicaciones y mortalidad y la necesidad de un equipo multidisciplinar de apoyo.

Por su parte, los resultados con la técnica endoluminal son: eficacia a corto plazo, posibilidad de recuperar peso después, menor posibilidad de complicaciones y de mortalidad y también la necesidad de un equipo multidisciplinar de apoyo.

En cuanto al tratamiento clínico, muestra eficacia a corto plazo y esta aumenta si se añaden otras terapias, dieta, medicación y ejercicio... Además, apuntó, un mayor número de pacientes dejan de fumar antes de finalizar el tratamiento. Con la técnica del balón, el efecto terapéutico es a corto plazo, se trabaja en solitario, pero hay menos pacientes que dejan de fumar antes de acabar el tratamiento.



Jaume Boix (Badalona)

En cuanto al método Endobarrier, se trata de una endoprótesis para reforzar la pared del vaso sanguíneo que se sitúa anclada en el duodeno, en los primeros 60 centímetros del intestino delgado, se coloca y se retira endoscópicamente y proporciona una exclusión duodenal-yeyunal.

Con este método han sido estudiadas la diabetes tipo 2 y la pérdida de peso en más de 1.000 pacientes desde 2005. Los episodios adversos son poco frecuentes, no obstante hay que tener en cuenta que los dispositivos son eliminados por vía endoscópica, no se registra mortalidad y los efectos más comunes son náuseas, vómitos y dolor abdominal.

También puede presentarse hemorragia gastrointestinal, estreñimiento, diarrea, hipoglicemia y deficiencia de vitaminas y minerales. La experiencia con el método Endobarrier es de 13 estudios realizados con 500 sujetos. Se hicieron con instrumentos de segunda generación y los resultados fueron seguros, y con una mejoría inmediata de la diabetes tipo 2, a largo plazo, y con pérdida de peso.



José María Balibrea (Barcelona)

Así mismo se apreció un retraso en el rebrote de la enfermedad después de la eliminación de la Endobarrier.

El doctor Jaume Boix Valverde, de la Unidad de Endoscopia del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona, presentó una ponencia dedicada a la solución endoscópica de las complicaciones del tratamiento de la obesidad. Según Jaume Boix, los principios del tratamiento endoscópico de la obesidad deben ser: compartimentar el estómago y/o el duodeno proximal (Endobarrier), retrasar el vaciado gástrico (inyección de botox, neuromodulación, dispositivos para obstruir la zona píloroduodenal), compartimentar el estómago y restringir su volumen (balones intragástricos y bezoares, métodos de sutura y stapplers e implantes).

Las principales complicaciones de los procedimientos endoscópicos son: sangrado/hemorragia (hemostasia endoscópica), RGE, vómitos y náuseas (retirada del dispositivo), migración del balón/oclusión intestinal (extracción del dispositivo), infecciones (método de cierre/sellado endoscópico).

El doctor Boix afirmó que la endoscopia es útil en el diagnóstico y tratamiento de algunas de las complicaciones de la endoscopia intervencionista en pacientes con obesidad (cuerpo extraño, sangrado y fugas). Las complicaciones de la cirugía bariátrica pueden deberse a: cuerpos extraños (bolos alimentarios, inclusión de material), pérdida de la función (escleroterapia, cierre de la anastomosis), estenosis (dilatación/stent), infecciones (método de cierre/sellado endoscópico). Puede decirse que los resultados de la cirugía bariátrica son óptimos en tanto que la mortalidad es inferior al 1%, las complicaciones precoces son del 5 al 10% y las complicaciones tardías del 9 al 25%. Las complicaciones del bypass gástrico con Roux-Y son: morbilidad general precoz de un 17%, fugas de un 2,7%, complicaciones mayores del 4,7%, mortalidad del 0,2%, complicaciones tardías del 4,1% (estenosis de la anastomosis del 5,8%, úlcera anastomosis del 0,6%). Los métodos de cierre para fugas/fístulas son: clips/T-Bars (aproximadores), sellantes/pegamentos, sutura endoscópica, prótesis (stents expandibles) y terapia endoluminal por vacío.

Como conclusión, Jaume Boix afirmó que la endoscopia puede ser útil en el diagnóstico y tratamiento de alguna de las complicaciones de la cirugía bariátrica tales como: estenosis, cuerpos extraños, pérdida de la función y fugas. Se está valorando la utilidad de los métodos de cierre endoscópico como alternativa terapéutica de las fugas y fístulas postquirúrgicas. Se aprecia una tendencia a utilizar métodos endoscópicos mixtos de cierre para conseguir el éxito terapéutico en el menor tiempo posible.

El doctor José María Balibrea, del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona, trató de la evidencia actual en el tratamiento de la obesidad: cirugía y endoscopia, indicando que conocemos bien los resultados de cada técnica por separado, pero que los estudios comparativos hasta ahora son escasos y la metodología es cuestionable.

La experiencia muestra que no hay complicaciones serias postoperatorias, excepto una infección preocupante del puerto y una hernia estrangulada en el grupo del bypass gástrico laparoscópico (LRYGBP). No se apreció mortalidad. No se observaron más complicaciones quirúrgicas tardías en el grupo de gastroplastia transoral (TOGA) que en los grupos LRYGBP. La conclusión es que TOGA mejora la eliminación de glucosa con regresión de la diabetes a NGT (tolerancia normoglucosa) o IGT (obesidad lipodistrófica) en la mitad de los casos.

En cuanto al tratamiento endoscópico del fracaso tras RYGPB, casi un 20% presentó sobrepeso perdido por debajo del 50% al año, mientras que casi de un 18 a 23% presentó nueva ganancia de peso. Las posibles complicaciones de la endoscopia en el paciente obeso son: hemorragia, fuga, fístula y estenosis. Fracaso de un 18 a 20% con RYBGBP (dilatación del reservorio y dilatación de anastomosis). El tratamiento primario está indicado en obesos "tratables" de 30 a 35 años, mayores de 35 sin comorbilidad o mayores de 40 que rechazan la cirugía o en los que la cirugía está contraindicada.



Sergey Kantsevov (EEUU)

Conferencia especial

Tras un animado coloquio sobre los temas expuestos en la Mesa anterior, el profesor Sergey Kantsevov ofreció la conferencia "De la biopsia a la resección endoscópica de espesor total". Sergey Kantsevov empezó recordando los actuales procedimientos de NOTES: por vía transvaginal, transgástrica, transcolónica, SILS, POEM, STER, resección colónica de espesor total, etc. Habló de la disección muscular endoscópica para tumores subepiteliares gastrointestinales del tracto superior procedentes de la propia musculatura y de la endoscopia quirúrgica, enumerando algunos casos: 31 con lesiones submucosas tratados de 2008 a 2011, más de 30 con resección completa y 4 perforaciones, todas tratadas por vía endoscópica. El seguimiento medio fue de 17,7 meses sin registrar ninguna incidencia. Junto a la endoscopia tradicional, hoy tenemos la transluminal (NOTES) para la resección de lesiones gastrointestinales. Existe la resección endoscópica de espesor total (EFTR), la resección endoscópica mucosa (EMR), la disección endoscópica submucosa (ESD) y la disección endoscópica submuscular (EsmD). Explicó un adenocarcinoma de adenoma vellosa, de grado bajo con infiltración de submucosa, sin invasión linfovascular. La resección endoscópica fue de margen libre con borde profundo más cercano de 5 mm. Según Kantsevov, la pregunta importante, es: "¿Qué necesitamos para la resección endoscópica de espesor total de la pared del tracto intestinal?". La respuesta: una entrada segura en la cavidad peritoneal, un campo estable de visión dentro del lumen del tracto gastrointestinal cuando el aire empieza a escapar en la cavidad peritoneal, triangulación, tracción, contra tracción y un cierre fiable en el lugar de la resección de la pared gastrointestinal.

El doctor Naohisa Yahagi, director del Departamento de Desarrollo e Investigación de Tratamientos Mínimamente Invasivos del Keio University Hospital, de Japón, habló de la disección endoscópica de la submucosa actualizada y pidió disculpas porque su técnica, según dijo, es mucho más modesta que la del profesor Kantsevov. Señaló que el propósito de la resección endoscópica es: preservar la función gastrointestinal y una evaluación histológica precisa. Las lesiones diana para ESD son: cánceres gastrointestinales superficiales con insignificante riesgo de metástasis, lesiones de gran tamaño, lesiones localizadas en posición difícil y lesiones con fibrosis severa. Como conclusión, afirmó que el papel de la ESD es llevar a cabo una resección en bloque, segura, de las lesiones relativamente grandes y difíciles del tracto gastrointestinal.



Intervenciones de los doctores Alberto Testoni (Italia), Bing-Rong Liu (R.P. China), Marco Frascio (Italia), Alexandro Zambeli (Italia), Jean Escourrou (Francia) y Don Wang Seo (Corea del Sur).



Naohisa Yahagi (Japón)

El doctor Naohisa Yahagi, concluyó, indicando que la función gastrointestinal puede ser preservada después de una resección completa del tumor con ESD. Se espera que aparezcan nuevos instrumentos que permitan llevar a cabo la ESD de forma mucho más fácil y segura.

Acto seguido, el doctor Stavros Stavropoulos trató sobre la resección endoscópica de tumores subepiteliales que involucran la capa muscular. El doctor Stavropoulos se refirió a la evolución de las técnicas intraluminales hasta las técnicas de resección de espesor total de NOTES y habló de los tumores subepiteliales, según su posición, malignidad, posibilidad de metástasis, etc.

El inconveniente de la enucleación ESD es que no siempre se puede aplicar. Los tumores con alto riesgo de perforación, incluyendo los de gran tamaño, de base amplia o de crecimiento predominantemente extraluminal no son susceptibles de ESD y, desde que el tumor es excavado y sin resección de espesor total, algunos residuos microscópicos pueden permanecer dentro de la capa muscular.

En cuanto a la evolución desde la ESD hasta las técnicas de resección endoscópica de grosor total (EFTR), la ventaja es que son aplicables a los tumores con un componente extraluminal significativo y que la resección completa a lo largo del tumor minimiza el riesgo de tumor residual en la base de la resección. Stavropoulos enumeró algunas técnicas laparoscópicas y endoscópicas combinadas como: LECS, ESD circunferencial y EFTR laparoscópica (diseción seromuscular con ligadura y cierre laparoscópico), LAEFR EFTR laparoscópica parcial con supervisión laparoscópica y cierre manual, EFTR híbrido (semejante a NOTES híbrido), EFTR

completa con laparoscopia con supervisión asistida y cierre laparoscópico con sutura manual.

Finalmente, las doctoras Sandra Castro, Stefania Landolfi y Claudia Valverde, del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, hablaron de los tumores subepiteliales. Los tumores subepiteliales se definen como una variedad de condiciones neoplásicas y no neoplásicas derivadas de las capas más profundas de la pared del tracto gastrointestinal (GI). Según la doctora Sandra Castro, la ultrasonografía endoscópica (EUS) es la primera opción para el examen de las lesiones submucosas del tracto GI superior. Hay que diferenciar los tipos de tumores submucosos por sus capas originales. En cuanto a la sensibilidad de las muestras citológicas logradas mediante EUS FNA, es de un 88 a un 91%. El leiomioma es un tumor mesenquimal benigno sin malignidad potencial. Generalmente, se encuentra en el esófago y menos comúnmente en el estómago y en el duodeno. En su mayoría, es asintomático. Los tumores GISTs son sarcomas del tracto gastrointestinal. Se originan en las células intersticiales de Cajal, que son células especializadas que tapizan el tubo digestivo. La ubicación más común es en el estómago (60%) aunque se produzcan a través del tracto GI.

El objetivo de la cirugía completa es la resección macroscópica con pseudocápsula intacta y márgenes microscópicos negativos. Es necesaria la resección en bloque de los órganos adyacentes y resecciones ampliadas si es preciso. La linfadenectomía no está indicada. La exploración abdominal debe ser completa.

Según la doctora Landolfi, los grandes tumores, localmente avanzados, necesitan cirugía abierta, los otros, cirugía laparoscópica, cirugía endoscópica, endoscopia o resección de espesor total. En cuanto a las directrices laparoscópicas para los GISTs, la resección laparoscópica debe estar indicada exclusivamente en tumores gástricos de más de 2 centímetros, debido al alto riesgo de ruptura y diseminación durante la manipulación. Los datos de la resección laparoscópica de los GISTs en otras ubicaciones son limitados.

Claudia Valverde aportó el punto de vista del oncólogo, señalando que los sarcomas son raros, sólo el 1% de los tumores gastrointestinales.



Sandra Castro (Barcelona)



Estefania Landolfi (Barcelona)



Claudia Valverde (Barcelona)



Jaume Boix, durante su ponencia "Solución endoscópica de las complicaciones del tratamiento de la obesidad".



Juan Comella, director del Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d'Hebron, y el Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, el doctor Boi Ruiz, siguiendo con interés una de las ponencias del Curso.

Más frecuente es la neoplasia mesenquimal. La incidencia es de 0,6 a 1,5 cada 100.000 habitantes. La media de edad de los pacientes es de 67 años. En relación con la localización del tumor, el 95% son gastrointestinales, el 60% gástricos, el 30% se localiza en el intestino delgado, el 5% en colon/recto y el 5% en el esófago. ¿Qué necesita el oncólogo para el tratamiento local?. A esta pregunta, la doctora Claudia Valverde responde que se precisa una resección adecuada, unos márgenes negativos del tumor y normalizar la función del tránsito gastrointestinal. La información para optimizar el tratamiento comprende: tamaño, proceso mitótico, índice y estado mutacional.

ECO INTERNACIONAL

Poco antes de finalizar el 7º Curso Internacional de NOTES WIDER-Barcelona, se recibió la visita del Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, el doctor Boi Ruiz.

El consejero dio la bienvenida a todos los participantes, expresando su placer de recibirlos en Cataluña y manifestó su satisfacción con la celebración de este Curso en Barcelona y con el hecho de que alcanzara su séptima edición. Felicitó al doctor Armengol-Miró, al Hospital Universitario Vall d'Hebron, a los cirujanos, endoscopistas e investigadores por su gran dedicación e incesante labor científica y asistencial y a La Caixa por hacerlo posible.

Dijo sentirse muy satisfecho por el eco internacional que tiene en la actualidad el Curso y la importancia que ha adquirido NOTES por las posibilidades que ofrece.

Finalizó su intervención felicitando a todos los asistentes por su gran profesionalidad y deseando que su estancia en Cataluña hubiera sido agradable y provechosa, tanto para los participantes llegados de toda España, como para los extranjeros.



WIDER-Barcelona

World Institute for Digestive Endoscopy Research in Barcelona



Zhining Fan y Zhou Pinghong.



Josep Merlo, Pedro Luis Menchen, Pedro Alonso, Sarbelio Rodríguez y Leopoldo López Rosés.



Joan Maria Pou y Raquel González.



Juan Rocamora, Enrique Castilo, Francisco Pellicer, Daniel Delgado Bellido, Juan Manuel Herrerías, José Olmedo, Eduardo Rodríguez, Jaume Boix, Pedro Luis Menchén y José Carlos Salord.



Franz Reuter, Eduardo Segal, Jean Escourrou, Luís Carlos Sabbagh y Roberto Foguel.



Fan Zhining, José Ramón Armengol-Miró y Zhang Xiaoguang.



Tom DeSimio, Armengol-Miró, Per-Ola Park, María Bergstöm y Kenneth Binmoeller.



Songjitao, Zhou Pinghong y Cui Guangxing.



ENTREVISTA

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

“Una vez más, este Curso ha superado a los de ediciones anteriores”

Tras siete años celebrando sin interrupción el Curso Internacional de NOTES-WIDER-Barcelona, es importante hacer balance del camino recorrido, de la labor desarrollada hasta la fecha y de lo que hoy significa NOTES para endoscopistas gastroenterólogos y cirujanos. Para ello, nadie mejor que el profesor Armengol-Miró, el primero que habló de NOTES en nuestro país y a cuyo empeño y dedicación se deben el Instituto WIDER y la puesta en marcha y continuidad de estos cursos.

En estos siete años del Curso, ¿cómo ha evolucionado la técnica NOTES?

Empezamos en el 2007 de la nada y hemos llegado hasta donde estamos ahora. En 2007, yo hablaba de dos NOTES: el NOTES de los endoscopistas y gastroenterólogos y el NOTES de los cirujanos. Los dos van juntos, pero en un momento determinado hay una serie de técnicas quirúrgicas que evolucionan, otras que se abandonan y otras que están en espera. Y llega un punto en que el paralelismo se rompe y se separan. Se desarrollan nuevas tecnologías para NOTES quirúrgico y nuevas tecnologías para NOTES terapéutico. ¿Y qué ha ocurrido? Ha ocurrido que para NOTES quirúrgico ha quedado la incisión simple a través

del ombligo, para la cual se han desarrollado multitud de técnicas y de instrumentos que se han implantado con considerable beneficio. Hoy, la tecnología transumbilical con pinzas pequeñas, casi microscópicas, está teniendo éxito y está siendo aceptada por todo el mundo. Para la colecistectomía, fundamentalmente se ha implantado la vía transvaginal, lo cual ha significado un gran avance, si bien sólo puede beneficiar a la mitad de la población (la femenina). Respecto a determinadas técnicas de resección a través de orificios naturales se han ralentizado un poco porque el instrumental necesario para el cierre ha ido evolucionando muy despacio. En técnicas de sutura puramente endoscópicas, que era lo más necesario, ha costado avanzar, pero hoy ya disponemos de un sistema, la técnica OverStitch, desarrollado por APOLLO Endosurgery, que permite un cierre seguro y comparable a la técnica quirúrgica más sofisticada.

¿Qué destacaría de esta nueva edición del Curso?

En cuanto a los temas tratados, hemos hablado del desarrollo de técnicas de cirugía, sobre todo del single port, al que hemos dedicado una sesión de dos horas con especialistas de

reconocido prestigio que se han referido a las últimas aplicaciones y tecnologías en este campo. Se ha tratado del estado actual de NOTES híbrido con representación de varias especialidades y los últimos avances tecnológicos. En cuanto a NOTES terapéutico, hemos dedicado sesiones de video con retransmisiones a técnicas de tunelización, miotomía, reducción gástrica, mucosectomía, resección endoscópica de toda la pared, etc. También se han presentado las últimas novedades en tecnologías de apertura y cierre y técnicas de ecoendoscopia y su aplicación en el tratamiento de drenajes transmurales, a través del estómago y del duodeno, y en el tratamiento de patologías hepáticas o pancreáticas.

En este séptimo Curso de NOTES-WIDER-Barcelona, hemos disfrutado de un clima muy familiar, como siempre, tanto por parte de los asistentes españoles como de los extranjeros, que también disfrutaron de la parte social. Asimismo, hemos repartido un CD-Rom de técnicas endoscópicas y un atlas de endoscopia, que se ha ido reeditando con los años.

Puede decirse que a nivel cultural y científico, una vez más, este Curso ha superado a los de ediciones anteriores.

Profesor Armengol-Miró, usted sabe que hay muchos que manifiestan no estar de acuerdo con la técnica NOTES. ¿Qué les diría a quienes se oponen a la cirugía endoscópica por orificios naturales?

La primera vez que hablé de NOTES en una entrevista que usted me hizo para Noticias Médicas, yo ya decía que teníamos que ser prudentes, porque mezclar gastroenterólogos y cirujanos tenía un riesgo. Para los cirujanos, aprender endoscopia de alta sofisticación era complicado, y para los endoscopistas, hacer cirugía era aún más complicado. Por lo tanto, conviene repasar esa entrevista (disponible en internet). Allí se ve que, desde el primer momento, fui prudente y, sobre todo, serio en cuanto a emitir juicios de futuro. Evidentemente, el proyecto NOTES nos valió a nosotros el Instituto WIDER, que contábamos con un soporte económico importantísimo por parte de la Fundación La Caixa, para investigar con la esperanza de avanzar en campos médico-quirúrgicos y, de hecho, estamos trabajando en ello día a día, haciendo cosas que benefician al conjunto de la endoscopia e, indirectamente, al de la cirugía. Pero pretender hacerlo todo por NOTES es complicado. Cuando surgió la cirugía laparoscópica hubo también muchos cirujanos que se opusieron, que dijeron que nunca la harían y que habría que prohibirla. Con el tiempo, se ha visto que la cirugía laparoscópica, efectuada por personal capacitado y con experiencia, es una técnica que ha sobrepasado a la cirugía convencional. Es cierto que NOTES se ha parado un poco porque la crisis ha traído consigo que las industrias de tecnologías quirúrgicas y endoscópicas hayan bajado la producción. Entiendo que existan detractores, porque se oponen a una técnica que aún no ha progresado; el problema está en que NOTES puro prácticamente no existe. En cambio, NOTES endoscópico, aunque es también muy restrictivo tiene más futuro, el abanico es más grande y con el tiempo se va a globalizar porque las técnicas de tratamiento endoscópico intraluminales tienen más futuro que la cirugía convencional, la cirugía laparoscópica o el propio NOTES híbrido.



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

“A veces, estamos tan ofuscados intentando implantar una determinada tecnología que nos olvidamos que quizás no sea aplicable a todos los pacientes”

En su intervención en la inauguración, ha reivindicado la figura del paciente como eje del acto médico. ¿Cree que existe una cierta obsesión por la tecnología que en algunos casos puede llevar a “olvidarse” incluso del paciente?

Creo que, en ocasiones, con tanto progreso y tanta tecnología nos olvidamos de que aquí estamos todos para tratar al paciente. La tecnología y los médicos son para el enfermo, y no al revés. Se trata de situar al paciente en el centro y que cada uno de nosotros, los médicos, aportemos lo que podamos o lo que debamos para restablecer su salud. A veces, nos desorientamos porque estamos tan ofuscados intentando optimizar o implantar una determinada tecnología que nos olvidamos de que quizás eso no sea aplicable a todos los pacientes sino sólo a una parte de ellos.

Creo que es un tema sobre el que merece la pena reflexionar.

Desde el principio, este Curso ha buscado y propiciado el entendimiento entre los cirujanos y los gastroenterólogos. ¿En qué momento se encuentra esa relación?

Endoscopistas y cirujanos vamos hacia una mayor sintonía porque eso es algo que nos enriquece a ambos. Nuestras especialidades eran antes divergentes, luego llegaron a ir en paralelo y ahora creo que convergen. En las Unidades de los grandes hospitales, como el mío, ponemos en marcha estrategias en las que ambas especialidades convergen y lo hacen, como he dicho antes, en el paciente, eje de nuestras preocupaciones y no sólo desde un punto de vista asistencial sino también docente e investigador.

¿Qué destacaría de los temas que este año se han incluido en el programa científico del Curso?

Este año hemos abordado los nuevos avances que hay en cirugía y endoscopia mínimamente invasivas. No olvidemos que la conjunción de la endoscopia más invasiva y de la cirugía menos agresiva es la que hace que este Curso surja. En esta edición se han tratado, entre otras, cuestiones como el abordaje mínimamente invasivo de la acalasia o los problemas actuales de la cirugía de la obesidad.

¿Cuáles son esos problemas en cirugía de la obesidad a los que se refiere? ¿En qué momento se encuentra esta cirugía?

Hemos pasado de operar pacientes obesos a operar pacientes que padecen enfermedades metabólicas.

Eso es muy importante porque no se trata ya tanto de controlar el peso como de tratar a un paciente con una serie de problemas asociados a su obesidad como la diabetes, la hipercolesterolemia, la apnea del sueño... problemas que acortan la vida y que mediante manipulación gastrointestinal, bien sea quirúrgica bien sea endoscópica, podemos mejorar.

NOTES es un camino a recorrer en el sentido de hacer intervenciones mínimamente invasivas. La cuestión es que las técnicas que se hacen por cirugía endoscópica o endoscopia quirúrgica, todavía hoy, no han demostrado ser tan eficaces como la cirugía laparoscópica estándar, que en la actualidad es el “gold standar” del abordaje de la obesidad por un medio mínimamente invasivo.

Muchas técnicas endoscópicas aún tienen que ser probadas, contrastadas.



ENTREVISTA

Doctor Manel Armengol Carrasco

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

“Empeñarse en que todo el mundo utilice la vía del puerto único sería un error”

¿Cómo definiría esta nueva edición del Curso NOTES WIDER-Barcelona?

El de este año ha sido fruto de la evolución de cursos anteriores. De un lado, tenemos temas muy específicos de NOTES puro; y de otro, alrededor de lo que ha representado NOTES, el empuje que este ha dado a otras disciplinas muy relacionadas en el ámbito de la cirugía, de la cirugía mínimamente invasiva, temas importantes de cirugía laparoscópica con un sólo puerto y también, en paralelo, temas de endoscopia terapéutica, sobre todo de técnicas novedosas de resección. Más allá de tratar cada tema por separado –NOTES puro, cirugía y endoscopia– lo que hay aquí es un espíritu de colaboración entre todas estas técnicas para que combinándolas proporcionemos a cada paciente lo que es mejor para él. Yo diría que esa combinación es la evolución hacia la que se dirige este Curso.

¿En qué momento se encuentra el NOTES puro?

El NOTES puro sigue estando en el futuro. Se han realizado algunas técnicas en centros muy pioneros, como este, donde el doctor Armengol-Miró, por ejemplo, sí ha llevado a cabo intervenciones de NOTES puro en pacientes, pero se trata de casos anecdóticos. Sí se sigue trabajando mucho en el ámbito terapéutico experimental. Se va avanzando, pero todavía no se tiene todo el instrumental que nos gustaría tener para hacer realidad el NOTES puro y lo más frecuente siguen siendo técnicas híbridas.

¿Y el acceso por puerto único? ¿Es más partidario de este o de utilizar múltiples puertos?

Creo que lo más importante es que el cirujano utilice la técnica que domine.

Empeñarse en que todo el mundo utilice la vía del puerto único sería un error porque técnicamente es más difícil y, por tanto, no todo el mundo puede realizarla. Además, no se ha demostrado que los resultados sean mejores, salvo los estéticos. No tengo claro que el futuro sea el puerto único sino que va a ser una alternativa más.

Hay cirujanos que se sirven de un pequeño puerto más y con eso adquieren mayor seguridad. Puede haber algunos casos en los que por motivos estéticos prime el que la intervención se realice por puerto único y la realice un cirujano que domine esta vía, pero creo que, en la mayoría de hospitales, aun teniendo gente experta, no se va a generalizar.

Organizar un encuentro como este al que acuden expertos de todo el mundo, no debe ser fácil

De esto, sin duda, podría hablarle mejor que yo el doctor Armengol-Miró porque él es el alma de este Curso. El doctor Armengol-Miró tiene un prestigio extraordinario a nivel internacional y mantiene relaciones con expertos de todo el mundo, así que en el fondo es él quien se ocupa.

De hecho, pienso que es una atención que tiene hacia mí el que yo figure en el Curso como codirector, porque siempre ha querido que en el NOTES, endoscopistas y cirujanos fuéramos de la mano y creo que, para él, esa es una forma de visualizarlo.



ENTREVISTA

Doctor Paul G. Curcillo

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

“Cada intervención laparoscópica empieza con el acceso por puerto único”

En esta edición ha moderado el simposio dedicado al acceso por puerto único, ¿cuál diría que es hoy su aplicación real?

La gran aplicación del puerto único es en la vesícula biliar, la colecistectomía; también se emplea en la resección del colon, y en el apéndice, la apendicectomía. Además, se utiliza en Ginecología, en la histerectomía y la ooforectomía. Pienso que aunque estamos haciendo otros procedimientos por puerto único, estas cinco son hoy sus grandes aplicaciones.

En el éxito de una intervención por puerto único, ¿qué peso cree que tiene la habilidad del especialista y cuál el de la tecnología?

Diría que la habilidad del especialista es el 90% y la tecnología, los instrumentos, el 10%.

Desde que se inició este Curso, hace ya siete años, ¿cómo ha evolucionado el puerto único?

Creo que hemos avanzado mucho. Cada vez tenemos más experiencia, más series de casos y estamos viendo ya resultados a largo plazo.

Eso nos proporciona datos para empezar a determinar qué es lo que merece la pena o no hacer y hacia dónde nos dirigimos, pero todavía debemos esperar.

¿Es el puerto único el futuro?

Pienso que es parte del futuro. Suelo decir que cada intervención laparoscópica empieza con el acceso por puerto único porque introducimos una cámara y decidimos qué hacer, si NOTES, si acceso por múltiples puertos... El puerto único va a ser una herramienta entre muchas otras.

¿Qué es más seguro, el puerto único o el múltiple?

Está demostrado que el puerto único es tan seguro como el múltiple.

Durante el simposio se ha hecho referencia al SILS. ¿Qué destacaría de esta técnica?

Es una técnica más cara que otras de puerto único y además hemos visto en varios estudios que con ella el riesgo de hernia es más alto. La ventaja que presenta el SILS es cosmética, se hace una única incisión, pero no puede decirse que haya una mejor ni más pronta recuperación o que sea menos dolorosa para el paciente.

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

¡En efecto!

¿Cómo diría que ha evolucionado esta reunión científica?

Pienso que es una reunión con un carácter cada vez más internacional y que, sin duda, va en la buena dirección. Además, su tamaño, más reducido que otras reuniones internacionales, favorece el que compartamos nuestras experiencias y conocimientos.



ENTREVISTA

Doctor Fan Zhining

Institute of Digestive Endoscopy of Nanjing Medical University. R.P. China

¿Cuáles diría que son los puntos fuertes de esta reunión?

De un lado, que aquí confluyen ponentes de gran prestigio internacional para compartir su conocimiento y su experiencia; de otro, la oportunidad de ver y participar en la retransmisión de intervenciones en directo con técnicas como la POEM (Per-Oral Endoscopic Miotomy).

¿Cuál es su valoración del nivel que alcanzan en nuestro país estas técnicas tan novedosas?

No me cabe duda de que nivel de los especialistas españoles es muy bueno y creo que disponen de lo último en tecnología. En cuanto a la realización de técnicas novedosas me gustaría destacar especialmente la figura del doctor Armengol-Miró.

En su intervención ha hecho un repaso al desarrollo de la resección endoscópica desde la década de los 70 a nuestros días. ¿Qué destacaría al respecto?

Efectivamente, he hecho un repaso desde la polipectomía convencional a la disección endoscópica submucosa (DSE) y sus diferentes tipos —de espesor parcial, total...—. La disección endoscópica submucosa es una de las técnicas endoscópicas más importantes en la actualidad. Además, he destacado la progresión que en este tiempo se ha hecho en la forma que tenemos de cerrar los defectos cuando se hacen grandes resecciones submucosas, es decir, de cómo se cierran las heridas. Hay muchas alternativas, desde clips hasta instrumentos de sutura y en eso se ha avanzado muchísimo.

Según ha comentado, su amistad con el doctor José Ramón Armengol-Miró, viene de largo.

Así es. Nos conocimos en 1985, durante una visita del doctor Amengol Miró a China.

¿Es esta la primera vez que asiste al Curso Internacional de NOTES-WIDER Barcelona?

Así es. Aunque ya había venido a Barcelona hace dos años, es la primera vez que participo en esta reunión. Es un placer haber sido invitado y poder compartir experiencias.

“La DSE es una de las técnicas endoscópicas más importantes en la actualidad”



ENTREVISTA

Doctor Alberto Montori

Profesor emérito Universita di Roma La Sapienza, Roma. Italia

“Las reuniones reducidas brindan la posibilidad de discutir de verdad sobre lo que hacemos”

Es usted un fiel asistente al Curso.

Efectivamente, he asistido a este Curso desde el principio, sin excepción. Recuerdo que un año antes de que esta reunión empezara a celebrarse, el doctor Armengol y yo hablábamos de NOTES. En aquel momento, muchos pensaban que NOTES era muy importante porque era el futuro. Siete años más tarde, vivimos un momento más crítico hacia NOTES porque vemos que algunas de las intervenciones que pueden ser hechas de esta forma no siempre deben hacerse así.

¿Qué destacaría de este encuentro anual?

En primer lugar, el entusiasmo de sus organizadores, en particular, del profesor Armengol-Miró, conocedor de todos los avances que se están produciendo en nuestro campo. Además, se relaciona con los mejores expertos del mundo en estas novedosas técnicas. La reunión ha estado siempre muy bien organizada y ahí debo destacar una vez más la labor del doctor Armengol-Miró para traer aquí a esos grandes talentos con los que mantiene relación.

¿Qué diría que aporta este modelo de reunión científica de carácter más reducido con respecto a los grandes congresos y reuniones internacionales?

No cabe duda de que las grandes reuniones son muy importantes porque te brindan la posibilidad de demostrar a mucha gente qué es lo que está sucediendo y qué es lo mejor en cada caso. Nuestra disciplina está en continuo desarrollo y es por eso que debemos intercambiar opiniones con otros colegas y transmitir nuestro conocimiento, sobre todo, a los más jóvenes. Pero, si realmente quieres entrar en contacto con otros profesionales, las reuniones reducidas son mucho mejores porque te brindan la posibilidad de discutir de verdad sobre lo que hacemos. Es casi como lo que hacemos en nuestro día a día en el hospital o en la universidad, pero en este caso con colegas de centros de todo el mundo y en otro contexto.



ENTREVISTA

Doctor Sergey Kantsevoy

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

“Antes de NOTES, no había relación entre cirujanos y gastroenterólogos”

¿Por qué NOTES no adquiere una mayor repercusión en la práctica clínica?

Hace 20 ó 25 años, cuando lo que había era la cirugía abierta convencional, yo fui uno de los pioneros en introducir la cirugía laparoscópica. Hasta ese momento, todas las intervenciones se realizaban por cirugía abierta, con lo que ello suponía: grandes incisiones, estancias en el hospital de dos semanas, los pacientes no podían realizar actividad física durante tres o cuatro semanas, debían tener cuidado de no resfriarse...

Cuando llegó la cirugía laparoscópica, las ventajas fueron obvias: procedimientos mucho menos invasivos, los pacientes podían ir a su casa incluso al día siguiente de la intervención y realizar ejercicio físico inmediatamente... Cuando los beneficios son tan evidentes como en este caso lo fueron, al paciente le resulta fácil elegir entre las dos opciones. Ahora bien, en el paso de la cirugía laparoscópica –que realmente es mucho menos invasiva que la convencional– a la cirugía transluminal, NOTES, el beneficio no está tan claro. NOTES es menos invasiva, pero ¿cuánto menos? No es una diferencia tan significativa como en su día lo fue el paso de la cirugía abierta a la laparoscópica.

Además, NOTES es más compleja y tiene más riesgos. A esto hay que añadir que todavía no disponemos de la tecnología óptima para llevarla a cabo, de hecho, llevamos trabajando en crear nuevos instrumentos que la hagan más segura los últimos diez o quince años.

¿Qué hemos aprendido de NOTES en este tiempo?

Antes de la llegada de NOTES a la práctica clínica, no había relación entre gastroenterólogos y cirujanos. Las conferencias sobre cirugía eran exclusivamente para cirujanos, sin presencia de los gastroenterólogos, y los cirujanos no tenían interés en asistir a las conferencias de los gastroenterólogos.

Lo que NOTES ha hecho ha sido poner juntos a estos dos grupos de especialistas, con proyectos en los que ambos pueden participar desde el principio, formando un verdadero equipo. Cirujanos y gastroenterólogos del mismo hospital pueden ser un equipo que converge en NOTES, que colaboran en cirugía experimental en animales, que comparten conocimientos y aprenden los unos de los otros. Ambos se benefician.

Además, NOTES ha supuesto el que hayamos empezado a hacer procedimientos mucho más complejos y esto ha dado lugar a nuevos instrumentos.

¿Hasta qué punto son frecuentes hoy las reuniones entre los gastroenterólogos y los endoscopistas?

Al principio de NOTES, pongamos hace unos diez años, esas reuniones eran bastante frecuentes, pero ahora, como NOTES sigue sin estar presente en la práctica clínica habitual, no son tan habituales. Pero esto es positivo porque, en sus inicios, mucha gente que no tenía un interés real en NOTES asistía a estas reuniones; ahora, los que estamos somos los que realmente tenemos interés y entusiasmo en realizar NOTES. Hoy, estas reuniones no son frecuentes y son pequeñas, desde el punto de vista de la asistencia, pero tienen un gran nivel por los expertos que participan en ellas.



ENTREVISTA

Doctor Senol Carilli

Departamento de Cirugía General.
Hospital Americano de Estambul. Turquía

“Cirujanos y Endoscopistas debemos trabajar juntos y aprender unos de otros”

Es la segunda vez que asiste al Curso Internacional de NOTES-WIDER Barcelona, ¿qué destacaría de esta reunión científica?

En mi opinión, se trata de una de las mejores reuniones en este campo a nivel internacional y le aseguro que conozco bien muchas de ellas. Uno de los puntos fuertes de esta es que abarca prácticamente todo acerca de la endoscopia y la cirugía mínimamente invasiva, es un curso muy completo. Por otro lado, hace tiempo que sé de los directores de este encuentro por su actividad científica y por lo que me transmiten otros colegas. A esto tengo que añadir que adoro su país y es un placer venir.

Ha participado como ponente y moderador de una de las primeras sesiones de este encuentro. ¿Cuál ha sido el objeto de su intervención?

Mi ponencia ha versado sobre métodos para realizar una colestectomía laparoscópica por puerto único (SILS) de manera segura, un tema sobre el que ya hay algunas publicaciones al respecto. Sabemos bien que hay ciertas complicaciones en la laparoscopia por puerto único

y muy especialmente en la colestectomía, por eso, debemos intentar reducir los riesgos, prevenir. De esta forma, además, contribuiremos a la extensión de la técnica, a popularizarla.

Como cirujano, ¿está usted de acuerdo en que cirujanos y endoscopistas deben trabajar conjuntamente?

Por supuesto, no me cabe la menor duda de que debemos trabajar juntos y aprender unos de otros. Yo acabo de empezar a aprender a realizar la técnica endoscópica, quiero saber cómo lo hacen, aprender de los endoscopistas y conocer cuáles son las complicaciones a las que tienen que hacer frente. Hay que mejorar la endoscopia y también la laparoscopia y una buena forma de hacerlo es colaborando.

¿Cuál es su valoración de los especialistas españoles en NOTES?

Creo que el nivel es muy bueno, de hecho, diría que españoles y alemanes lideran este campo a nivel europeo.



ENTREVISTA

Doctor Don Wang Seo

Departamento de Gastroenterología.
Asan Medical Center. Corea del Sur

“Nos dirigimos hacia la cirugía robótica sin incisiones”

Es la tercera vez que asiste a esta reunión, ¿qué le atrae de este encuentro?

Es una reunión muy útil para mí porque tengo un gran interés en NOTES y en técnicas como la ultrasonografía endoscópica terapéutica. Destacaría especialmente su formato reducido en cuanto a asistentes y centrado en temas muy específicos. Además, su espíritu de colaboración entre cirujanos y gastroenterólogos es clave porque cada especialidad aporta visiones, a veces muy diferentes, sobre la misma patología y sobre el modo de actuar en cada caso. La colaboración entre cirujanos y endoscopistas es muy importante.

¿Cómo es esa colaboración en el día día, por ejemplo, en su hospital en Corea?

Tenemos un equipo que denominamos “equipo biliopancreático”, aunque realmente vamos más allá de la patología biliopancreática, y que está compuesto por endoscopistas terapéuticos –como yo–, por cirujanos biliopancreáticos, patólogos y oncólogos radioterápicos. Es, por tanto, un gran equipo cuyos miembros mantenemos reuniones periódicamente.

¿Desde hace cuanto tiempo funcionan así?

Lo cierto es que empezamos a reunirnos conjuntamente hace ya más de 20 años e incluso previamente a dar ese paso ya habíamos hablado del acercamiento entre endoscopia y cirugía. Hoy nos encontramos en un escenario diferente al de entonces, en el que la endoscopia es cada vez más agresiva y la cirugía menos. La endoscopia empezó siendo diagnóstica y ahora ahí tenemos la ultrasonografía endoscópica terapéutica, la POEM, la disección endoscópica submucosa... La cirugía radical, por su parte, ha ido evolucionando hacia la cirugía laparoscópica, hacia el puerto único... Los límites o fronteras entre endoscopia y cirugía son cada vez más difusos porque están cada vez más cerca.

¿Cuál es en su opinión el futuro hacia el que se dirigen todas estas técnicas?

Nos dirigimos hacia la cirugía robótica sin incisiones. Quizás sea utilizando brazos robóticos o endoscopios que introduzcan robots dentro del cuerpo, en este momento, es difícil siquiera imaginar cómo será realmente.



ENTREVISTA

Doctor Stavros Stavropoulos

Servicio de Gastroenterología del Winthrop-University Hospital. (Mineola), Nueva York. Estados Unidos

“La POEM es menos invasiva y sin cicatrices”

Usted ha participado en el simposio sobre el tratamiento de la acalasia con la POEM. ¿Qué destacaría de este simposio?

Ha sido muy útil porque se han aportado dos perspectivas sobre el mismo tema. La mía, como gastroenterólogo, y la del doctor Zhou Pinghong, de Shanghai, como cirujano. Y eso es precisamente NOTES, la combinación del cirujano en su modo de proceder menos agresivo y la del endoscopista en su forma más agresiva.

¿Se realiza esta técnica conjuntamente entre endoscopistas y cirujanos?

Cuando empiezas es fundamental que estés supervisado por un cirujano por si algo va mal o para ayudarte a reconocer ciertas estructuras. Llevo haciendo esta técnica cuatro años y nunca he necesitado su ayuda, pero su presencia es también un soporte emocional. Al principio, así lo dispuso el comité ético del hospital, el cirujano estaba en el quirófano conmigo. Ahora, realizamos el procedimiento en la Unidad de Endoscopia y el cirujano está en algún lugar del hospital, disponible y conocedor de lo que estamos haciendo por si acaso.

¿Cuántas intervenciones de este tipo ha realizado en estos cuatro años?

He hecho 110 procedimientos. En 2009 realicé la que fue la primera fuera de Japón. Allí se había hecho un año antes. Nuestra serie es muy importante puesto que la acalasia es una enfermedad muy rara, que afecta a 1 de cada 100.000 personas.

¿Qué ventajas diría que representa la POEM con respecto a la miotomía de Heller, por laparoscopia?

La POEM es menos invasiva y sin cicatrices porque todo se hace a través de la boca. Además, es más rápida y el paciente pierde menos sangre, se recupera antes e incluso su estancia en el hospital se reduce a la mitad. La POEM es el primer procedimiento de NOTES cuyo éxito ya está reemplazando a la intervención estándar porque las ventajas son muy significativas. En sólo cuatro años, en Estados Unidos, ha pasado de hacerse sólo en nuestro centro a realizarse en una treintena y en diez años seremos cien centros porque la tendencia actual es a adoptar esta técnica.



ENTREVISTA

Doctor Naohisa Yahagi

Departamento de Terapias Mínimamente Invasivas. Keio University Hospital Tumor Center, Tokyo. Japón

“He llegado a realizar una DSE que duró 10 horas”

¿Cuál es el tumor más grande que ha resecado mediante DSE?

He resecado tumores muy grandes. El más grande alcanzaba los 24 centímetros. La resección fue completa, en una sola pieza, pero hubo que cortarla en dos para poder extraerla. Ha sido el tumor más grande resecado en una sola pieza con esta técnica del que, hasta este momento, tengamos conocimiento.

¿Que desventajas tiene la DSE?

Están relacionadas con el elevado riesgo de complicaciones como el sangrado o la perforación durante el procedimiento. Además, es una intervención larga, requiere mucho tiempo. En ocasiones, hablamos de más de 5 horas y he llegado incluso a realizar una DSE que duró 10 horas. Aún así, pienso que es mejor que la resección quirúrgica porque incluso invirtiendo 10 horas, no deja de ser un día de trabajo, pero si el paciente se queda sin estómago es para el resto de su vida, quizás hablamos de 20 años sin estómago. Por eso, creo que compensa la DSE.

¿Qué diría que aporta este Curso NOTES-W.I.D.E.R. Barcelona?

Es una oportunidad para que expertos de todo el mundo en este campo puedan reunirse durante unos días y discutir acerca los nuevos avances tecnológicos y terapéuticos. Esto es bueno para los expertos que acudimos pero también para los pacientes. La posibilidad de combinar la terapéutica intraluminal con el tratamiento endoscópico es una idea excitante que permite ofrecer a los pacientes una nueva modalidad terapéutica.

Usted es pionero en la realización de la DSE (disección endoscópica submucosa). ¿Cuál es su experiencia con esta técnica?

Yo soy especialista en cirugía endoscópica intraluminal y, efectivamente, llevo mucho tiempo realizando la DSE, de hecho, empecé hace 15 años y llevo más de 2.500 casos.

¿Cuáles son las ventajas de la DSE?

La ventaja fundamental es la posibilidad de resecar el tumor de una sola pieza. Eso nos da seguridad y permite preservar la función gastrointestinal incluso en tumores muy grandes.



ENTREVISTA

Doctor Yuri Starkov

Departamento de Cirugía del A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscú. Rusia

“Este Curso es tan interesante para los expertos como para los jóvenes”

¿Cuál es su opinión sobre esta reunión?

Este es un encuentro, sin duda, muy interesante y lo es no sólo para los ya expertos, como yo, sino también para los jóvenes especialistas que están interesados en poner en práctica las nuevas técnicas de las que aquí se habla y, de hecho, vemos aquí también a muchos de esos jóvenes. Esta es la cuarta vez que asisto al W.I.D.E.R.-Barcelona y, como organizador de muchas reuniones de este tipo en mi país, puedo decir que el profesor Armengol-Miró realiza una labor excelente al traer aquí a grandes expertos de todo el mundo en las técnicas más pioneras como a los doctores Sergey Kantsevov y Naohisa Yahagi, por citar a dos de los que han asistido en esta ocasión.

¿Qué destaca del programa de este año?

Me ha resultado muy interesante la intervención del doctor Kantsevov sobre la técnica de sutura Apollo. Es una técnica que yo y otros colegas de mi país ya hemos visto en otros países y en otros congresos a los que hemos ido y que quisiéramos implantar en Rusia.

¿Cuál es el nivel de implantación de estas nuevas técnicas en Rusia?

El centro en el que trabajo es un instituto muy famoso ubicado en el centro de Rusia. En 2008 empezamos con la cirugía transluminal y hoy trabajamos con distintos tipos de puerto único, pero no en todos los centros es así y, de hecho, nosotros vamos a otros más pequeños a impartir cursos y conferencias para formar a jóvenes especialistas en este campo.



ENTREVISTA

Doctor Jean Escourrou

Servicio de Gastroenterología del Hôpital de Rangueil, Toulouse. Francia

“Cada vez encontramos más casos de neoplasias ampulares”

En su intervención en este Curso, se ha referido a la resección de los tumores ampulares. ¿Cuál es su incidencia?

Lo cierto es que cada vez encontramos más casos de neoplasias ampulares, aunque en población general es un tumor raro. En el caso de pacientes con poliposis adenomatosa familiar, sin embargo, aparecen hasta en el 80% de los casos.

¿Cómo se ha avanzado en su diagnóstico?

Antes llegábamos siempre tarde al diagnóstico, cuando ya habían aparecido complicaciones; ahora, con una endoscopia rutinaria, somos capaces de establecer un diagnóstico precoz. Esto es muy importante, sobre todo, en ese grupo de pacientes de alto riesgo, a los que realizamos endoscopias periódicamente.

¿Cuál es la eficacia de la endoscopia como técnica diagnóstica?

Es muy eficaz porque, como apuntaba, podemos ver y tomar biopsias, pero debemos tener en cuenta que el porcentaje de falsos negativos en la primera toma de biopsias alcanza el 15%. Y si tenemos dudas, por ejemplo en caso de colestasis o pancreatitis aguda, tenemos que complementarlo con otras técnicas como la EUS e incluso la EUS intraductal.

En tumores ampulares, ¿cuál es el objetivo de la endoscopia terapéutica?

La resección del tumor de una sola pieza y no en múltiples fragmentos. Eso es muy importante para el estudio anatomopatológico y para evitar tejidos residuales que obliguen a realizar una cirugía complementaria.