

cambiar idioma:



COMO SI SU HIJO HUBIERA VUELTO A NACER

La cirugía laparoscópica pediátrica nació en los años 90 aprovechando la experiencia de los cirujanos de adultos. Para algunos fuimos pioneros, siendo las apendicectomías las primeras indicaciones. Este “campo de entrenamiento” nos permitió crecer y progresar con la colecistectomía y la funduplicatura. Poco a poco el material quirúrgico evolucionó también, permitiendo a los cirujanos pediátricos realizar este tipo de cirugía en lactantes y recién nacidos. El material de 3mm y las ópticas con zoom han contribuido enormemente al desarrollo de la cirugía minimamente invasiva en los niños de menor peso.

La videocirugía neonatal ha ampliado sus indicaciones progresivamente desde la estenosis de píloro a la atresia de esófago, siendo hoy en día posible el abordaje de grandes malformaciones, como atestiguan algunas publicaciones. Para todo esto ha sido necesario superar numerosos obstáculos y deshacer ciertos mitos. El neumoperitoneo sí es posible en el recién nacido, aunque con precauciones especiales y bajo un control muy estrecho.

El éxito de esta cirugía lo da la experiencia y ciertas cualidades del cirujano pediátrico: uno no puede embarcarse en esta aventura sin dominar todos los detalles de la técnica. Hay que elegir bien las indicaciones: ¿la cirugía laparoscópica debe siempre aportar ventajas sobre la cirugía abierta? No es así en el caso de la estenosis de píloro, que puede abordarse de manera “poco invasiva” por la vía supraumbilical (aunque, como la apendicectomía, la piloromiotomía puede constituir un buen campo de entrenamiento). Sin embargo, las ventajas son evidentes en la atresia de esófago, la lobectomía pulmonar, la atresia duodenal, la hernia diafragmática... pero esta cirugía es difícil y peligrosa, ya que el espacio operatorio es mínimo. Por otra parte, el riesgo de hipotermia en el recién nacido está estrechamente ligado a la duración de la intervención, que tiene tendencia a prolongarse con la inexperiencia del cirujano. Todo esto significa que cada uno debe conocerse y adaptarse a las nuevas técnicas según su capacidad y su experiencia. Es imprescindible también una colaboración perfecta en el equipo quirúrgico,

especialmente con el anestesista. Debido a la paciencia y al dominio de los movimientos que requiere este tipo de cirugía, resulta fundamental un entrenamiento adicional, como ocurre con la microcirugía. Se deberían realizar, por ejemplo, 50 anastomosis esofágicas en el conejo o en un modelo sintético o virtual antes de lanzarse a intervenir toracoscópicamente una atresia de esófago.

La cirugía laparoscópica del neonato y el lactante sigue siendo un gran desafío, pero mientras se realice siguiendo unas normas precisas, buscando corregir grandes malformaciones sin dejar apenas señales visibles, los padres le estarán agradecidos como si su hijo hubiera vuelto a nacer.

Dr. Hossein Allal
Jefe del Departamento de Videocirugía
Jefe de Cirugía Visceral y Urología
Hospital Lapeyronie
Montpellier (Francia)
Email: h-allal@chu-montpellier.fr

Números anteriores:

[Editorial Nº 35 Cirugía robótica del cáncer de recto](#)

[Editorial Nº 34 El Mir y La Formación en Cirugía Laparoscópica Avanzada](#)

[Editorial Nº 33 Cirugía Oncoginecológica](#)

[Editorial Nº 32 ¿Cirujano técnico o cirujano humanista?](#)

[Editorial Nº 31 La Crisis de la formación en cirugía](#)

[Editorial Nº 30 El Riesgo quirúrgico en cirugía laparoscópica](#)

[Editorial Nº 29 La Formación de los residentes quirúrgicos en cirugía Endoscópica](#)

[Mínimamente Invasiva](#)

[Editorial Nº 28 Seguridad Clínica y Cirugía](#)

[Editorial Nº 27 El entrenamiento quirúrgico basado en la simulación, ¿una necesidad o una moda?](#)

[Editorial Nº 26 N.O.T.E.S. de la idea a la realidad clínica](#)

[Editorial Nº 25 Potencial de las herramientas de la web 2.0 para el aprendizaje de la cirugía mínimamente invasiva](#)

[Editorial Nº 24 Da Vinci o el avance en la mínima invasión](#)

[Editorial Nº 23 El paciente-problema](#)

[Editorial Nº 22 Presente y futuro de la cirugía de la obesidad](#)

[Editorial Nº 21 Robótica en cirugía ginecológica](#)

[Editorial Nº 20 Laparoscopia basada en evidencias](#)

[Editorial Nº 19 Cirujanas](#)

[Editorial Nº 18 Evolución de la cirugía urológica en España](#)

[Editorial Nº 17 En defensa del futuro médico residente en cirugía general y del aparato digestivo](#)

[Editorial Nº 16 Curva de aprendizaje en cirugía laparoscópica](#)

[Editorial Nº 15 ¿Revista electrónica o revista de papel?](#)

[Editorial Nº 14 Las nuevas estructuras hospitalarias y la cirugía laparoscópica](#)

[Editorial Nº 13 El silencio de los corderos](#)

[Editorial Nº 12 Una política de relaciones internacionales para SECLA](#)

[Editorial Nº 11 Abulcasis, el primer cirujano endoscopista](#)

[Editorial Nº 10 Congresos de laparoscopia o el precio de la fama](#)

[Editorial Nº 9 La falacia del 2000](#)

[Editorial Nº 8 Formación y acreditación en cirugía laparoscópica](#)

[Editorial Nº 7 Cirugía robótica: de la improvisación a la "cibercirugía"](#)

[Editorial Nº 6 2004: nuevos retos, nuevo equipo, nuevos contenidos](#)

[Editorial Nº 5 Carta editorial Aniversario Seclaendosurgery](#)

[Editorial Nº 4 III Congreso Nacional de SECLA: un nuevo salto adelante](#)

[Editorial Nº 3 Cirugía laparoscópica: no sólo en los países desarrollados](#)

[Editorial Nº 2 Diálogo abierto con otras especialidades](#)

[Editorial Nº 1 Razón de ser](#)