

LA VÍA VAGINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ENDOSCÓPICA

José Noguera Aguilar
Coordinador de Terapias Mínimamente Invasivas
Consortio Hospital General Universitario de Valencia
Avenida Tres Cruces, nº 2. 46014 – Valencia. Spain.
drjfnoguera@hotmail.com

La cirugía endoscópica o mínimamente invasiva (CMI) ha sufrido una de sus grandes revoluciones en la última década. El advenimiento de nuevas tendencias y la incorporación de nuevos conceptos nos han traído la aparición de un nuevo escenario en la CMI. El empleo de la vía transvaginal para realizar un procedimiento quirúrgico o para la extracción de una pieza quirúrgica no es nuevo, de hecho se ha realizado culdoscopia y extracción vaginal de piezas quirúrgicas antes de la llegada del actual milenio, pero no es hasta la llegada del concepto NOTES, de cirugía endoscópica a través de orificios naturales, que tomamos conciencia de su importancia.

La aparición de la Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) ha supuesto una verdadera revolución para todos; los cirujanos laparoscopistas, los gastroenterólogos endoscopistas, la industria fabricante de equipamiento de cirugía endoscópica y endoscopia flexible y, como no, para los pacientes. Al hilo de esta transformación de la CMI se han despertado intereses y técnicas que quedaron en el olvido, como pueden ser la minilaparoscopia y cirugía acuscópica, la culdolaparoscopia o las técnicas de sutura en endoscopia flexible. Aunque desde las primeras aplicaciones clínicas en el 2007 hasta nuestros días ha habido diversas aplicaciones de la cirugía NOTES, hay que decir que ha supuesto más una revolución en el campo de las ideas y del diseño de instrumentación, que en el ámbito de la aplicación clínica. Pocos grupos han implementado estas técnicas en su cartera de servicios y este tipo de abordaje ha quedado en manos de equipos seleccionados que han unido su interés y pericia al apoyo de la industria que les ha aportado los equipos necesarios para desarrollar la técnica (1-5).

Pronto aprendimos que el abordaje transvaginal iba a ser el más empleado, en virtud de su seguridad clínica y facilidad de acceso para la apertura y cierre de la viscerotomía. El abordaje transgástrico planteó los problemas de su aseptización para evitar la contaminación peritoneal, o bien de la creación de un mecanismo de entrada que la evitara, aunque su principal inconveniente fue conseguir un cierre seguro, procedimiento difícil mediante la endoscopia flexible. El abordaje transvesical no se postuló como una vía exclusiva por su dificultad para la extracción de piezas y por la limitación del tamaño para la introducción de instrumentación. Es por ello que fue considerada como una vía de apoyo desde la pelvis, de manera combinada con otras vías. En cuanto al abordaje transrectal, pronto se mostró como una alternativa para realizar procedimientos cólicos distales y rectales, no como una vía de acceso a la cavidad peritoneal libre, en virtud de la contaminación peritoneal a la que sometíamos al paciente entrando desde el recto.

Pero el abordaje transvaginal se mostraba seguro en virtud de la experiencia previa de la cirugía ginecológica, que empleaba esta vía en cirugía abierta convencional (histerectomía transvaginal), para la extracción de piezas en cirugía abierta y laparoscópica (extracción omental, de anejos, del útero...) y para la realización de técnicas endoscópicas exclusivas como en la culdolaparoscopia. Gracias a estas experiencias amplias sabíamos que la tasa de complicaciones generales era muy baja y de fácil resolución, así como que era extremadamente baja la de complicaciones graves (lesión rectal, vesical o vascular) (6-8). Además la apertura y cierre se mostraban sencillos incluso para los cirujanos con poca experiencia en cirugía pélvica.

La facilidad para su exploración previa, para su limpieza y aseptización, para el cierre de la viscerotomía y para el control y resolución de posibles problemas, han hecho de la vía transvaginal la vía de excelencia para la cirugía endoscópica abdominal que usa los orificios naturales. La mayoría de grupos que han iniciado la instrumentación transvaginal para cirugía endoscópica abdominal la han iniciado con el apoyo de los compañeros cirujanos ginecólogos. Esta es una recomendación general que en este caso se debe considerar como mandatoria. La búsqueda de la minimización de problemas en relación a las puertas de entrada no puede resultar en un cambio de lugar de las mismas: no podemos pretender tener menos complicaciones en la pared del abdomen, pasando a tenerlas en la pelvis y vagina.

El lugar de entrada a través de la vagina en el fórnix posterior debe ser escogido minuciosamente para no provocar lesiones uterinas ni pélvicas (vídeo 1). La entrada en la pelvis desde la vagina puede hacerse de manera directa o apoyada con trócares de 15 cm de longitud, lo que facilita la entrada y retirada de diversos instrumentos evitando el traumatismo de la pared vaginal y dirigiendo directamente el instrumento al interior del abdomen. Para dicha

entrada es recomendable la utilización de una minióptica desde el abdomen que controle que se hace de forma correcta. Esta puerta parietal por la que colocamos la óptica nos habrá servido para la creación del neumoperitoneo en la cavidad abdominal. La realización del procedimiento abdominal endoscópico que vayamos a hacer debe ser realizado de forma segura para el paciente, motivo por lo cual se debe recomendar colocar tantos apoyos parietales como sea necesario (vídeo 2). Una vez finalizado el procedimiento, la extracción de la pieza quirúrgica se puede hacer directamente o protegida con bolsa plástica, en función de que estemos ante un proceso benigno/maligno o infeccioso. El cierre tras la extracción es un cierre directo realizado por el cirujano de manera cómoda y sencilla (vídeo 3).

Vídeo 1

Vídeo 2

Vídeo 3

Actualmente se está empleando el acceso vaginal combinado con la laparoscopia convencional para la extracción de piezas evitando así la laparotomía de asistencia, o bien como vía accesoria a las puertas de entrada transparietales, sirviendo como una puerta de trabajo más en el procedimiento endoscópico (9-11). Empleado de esta manera, como canal de trabajo, a su través se puede introducir bien el endoscopio flexible, que lleva los canales de trabajo internos, o bien instrumentación rígida, con trócar de acceso o con entrada directa. En el campo de algunas cirugías con extracción transvaginal la técnica quirúrgica no difiere de manera significativa a la laparoscopia convencional (esplenectomía, adrenalectomía, gastrectomía tubular,...), pero en el campo de la cirugía colorectal nos obliga a cambiar la modalidad de la anastomosis digestiva. En la colectomía derecha nos obliga a realizar la anastomosis intracorpórea y en la colectomía izquierda a hacer una asistencia transvaginal de la confección anastomótica.

De una u otra manera, se debe ser muy juicioso y prudente a la hora de indicar una instrumentación transvaginal. Se debe realizar una adecuada anamnesis dirigida a descartar antecedentes de enfermedad pélvica y ginecológica, una exploración ginecológica que asegure la integridad de la anatomía funcional y revisar las exploraciones complementarias en busca de alteraciones insospechadas que pudieran hacer desaconsejar este abordaje. A pesar de que la complicación más temida es la dispareunia, ésta no ha sido reportada con un aumento significativo respecto de la población general. En relación a otros problemas postoperatorios relacionados con la sexualidad y la fecundación, éstos estarían más supeditados a que hubieran existido complicaciones postoperatorias en sí, que al mero abordaje transvaginal.

Como medida cautelar de seguridad, y en espera de tener más experiencia con este abordaje empleándolo para cirugía abdominal, se debería evitar su uso en mujeres nulíparas, que pretendan quedar gestantes en un corto período de tiempo y que no lleven revisiones ginecológicas periódicas.

Bibliografía

1. Kalloo AN, Singh VK, Jagannath SB. et al. Flexible transgastric peritoneoscopy: a novel approach to diagnostic and therapeutic interventions in the peritoneal cavity. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 114-117.

2. Bessler M, Stevens PD, Milone L, Parikh M, Fowler D Transvaginal laparoscopically assisted endoscopic cholecystectomy: a hybrid approach to natural orifice surgery. *Gastrointest Endosc* 2007; 66(6): 1243-5.
3. Marescaux J, Dallemagne B, Perretta S, Wattiez A, Mutter D, Coumaros D. Surgery without scars: report of transluminal cholecystectomy in a human being. *Arch Surg* 2007;142: 823-6.
4. Fritscher-Ravens A, Mosse CA. et al. Transluminal endosurgery: single lumen access anastomotic device for flexible endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 585-591.
5. Kaehler G, Grobholz R, Langner C. et al. A new technique of endoscopic full-thickness resection using a flexible stapler. *Endoscopy* 2006; 38: 86-89.
6. Ghezzi F, Raio L, Mueller MD, Gyr T, Butarelli M, Franchi M. Vaginal extraction of pelvic masses following operative laparoscopy. *Surg Endosc* 2002; 16: 1691-6.
7. Horng SG, Huang KG, Lo TS, Soong YK. Bladder injury after LAVH: a prospective, randomized comparison of vaginal and laparoscopic approaches to colpotomy during LAVH. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11: 42-6.
8. Teng FY, Muzsnai D, Perez R, Mazdisnian F, Ross A, Sayre JW A comparative study of laparoscopy and colpotomy for the removal of ovarian dermoid cysts. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 1009-13.
9. Rovio PH, Heinonen PK. Transvaginal myomectomy with screw traction by colpotomy. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 273: 211-5.
10. Gill IS, Cherullo EE, Meraney AM, Borsuk F, Murphy DP, Falcone T. Vaginal extraction of the intact specimen following laparoscopic radical nephrectomy. *J Urol* 2002; 167: 238-41.
11. Wilson JI, Dogiparthi KK, Hebblethwaite N, Clarke MD. Laparoscopic right hemicolectomy with posterior colpotomy for transvaginal specimen retrieval. *Colorectal Dis* 2007; 9: 662.