

# CIRUGÍA VIDEO TORACOSCÓPICA

La introducción de la cirugía video asistida en 1990 supuso una auténtica revolución dentro del campo de la cirugía torácica determinando un cambio conceptual referente al abordaje de las distintas patologías y situaciones quirúrgicas intratorácicas.

En los últimos años los procedimientos mínimamente invasivos han desplazado en toda la cirugía aquellos procedimientos obtenidos por grandes abordajes.

El desarrollo de estas vías de acceso al tórax ha incidido en el aumento de la eficacia diagnóstica, la mejor tolerancia al tratamiento quirúrgico, e incluso ha resucitado viejas técnicas (simpaticectomía torácica).

Hoy con una perspectiva de más de 10 años tiene indicaciones bien establecidas y aceptadas universalmente en sus vertientes diagnóstica y terapéutica, siendo el procedimiento de elección en determinadas patologías y una vía alternativa o complementaria en otras. Debido al continuo perfeccionamiento técnico – tecnológico y a la experiencia que se va adquiriendo en su manejo, consideramos que en el futuro se ampliarán las aplicaciones de esta vía de abordaje y que el papel de la cirugía videotoracoscópica será cada vez más importante en el manejo de las enfermedades del tórax.

## HISTORIA

El primer antecedente de cirugía de mínimo acceso a la cavidad torácica tiene más de 90 años y fue realizada por Jacobsen, que en 1910 realizó toracoscopías utilizando un citoscopio y una fuente de luz primitiva en la evaluación de pacientes con derrames pleurales y para la lisis de adherencias pleurales a fin de provocar el colapso pulmonar, único medio disponible en esa época para colapsar las cavernas tuberculosas **(1,2)**.

Otro avance se produce en la década del 70 cuando las mejoras tecnológicas en diferentes áreas permitieron el desarrollo de equipos de visión endoscópica para el estudio de los bronquios del mediastino y de la pleura. La pleuroscopia y mediastinoscopia convencionales que se popularizaron como excelentes métodos para el diagnóstico y tratamiento de variadas patologías están basadas en la visión directa del operador y limitadas a un solo acceso mínimo **(3,4,5,6,7)**.

En la década de los 80 el desarrollo y aplicación del video a los aparatos de endoscopia, y el desarrollo de instrumental para uso endoscópico desarrollaron progresivamente las cirugías videotoracoscópicas y video asistidas que hoy se utilizan **(8,9,10)**.

Conceptualmente debemos diferenciar la cirugía video toracoscópica, aquella que actúa a través de procedimientos endoscópicos e instrumentales puros introducidos por toracotomías mínimas a través de trocares especiales de la cirugía torácica video asistida que utilizando los mismos fundamentos, se asocia a un abordaje complementario a través de una toracotomía de asistencia **(11)**.

Cualquiera de estos procedimientos permite a través de estos accesos mínimos, realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas con los mismos resultados que en la vía convencional abierta, intentando disminuir la morbilidad de los procedimientos convencionales.

Las ventajas de esta vía de acceso son el mínimo traumatismo quirúrgico sobre la pared torácica invocándose como resultado menor dolor postoperatorio. Se enumeran como otras ventajas un mejor resultado estético, menor alteración funcional respiratoria y una disminución de la estadía hospitalaria. Por otro lado la calidad de la

visión videoendoscópica permite una mejor visualización de la cavidad torácica y su contenido(12,13).

En la década del 90 la literatura científica ha abundado en comunicaciones de casuística de pacientes con diferentes patologías intratorácicas abordados por vía toracoscópica(14).

A partir de un emprendimiento de cirujanos torácicos de norte América se sentaron las bases para el desarrollo de este abordaje siendo los trabajos de Landreneau, Mack y Dowling los pioneros respecto a técnicas y estrategias(11,15).

Luego de una década de experiencia acumulada la cirugía videotoracoscópica esta plenamente incorporada al armamentario de la cirugía torácica actual. Se ha consolidado como el abordaje preferido para el diagnóstico y tratamiento de derrames pleurales, la biopsia pulmonar y biopsia de procesos mediastinales.

Tiene indicación formal en el tratamiento de neumotórax espontáneo primario, la simpaticectomía torácica, la resección de nódulos pulmonares periféricos, el abordaje de la columna torácica y es un recurso de uso difundido en la estadificación invasiva pleural y mediastinal del cáncer de pulmón.

Tiene indicación en casos seleccionados de resección de masas y procesos mediastinales y en la cirugía de reducción de volumen pulmonar en el tratamiento de enfisemas.

Esta probada como una técnica segura aunque aún discutida en la lobectomía pulmonar por cáncer y en la timectomía.

Tiene indicación en el manejo del trauma torácico, siendo en estos casos discutible su utilización con relación a los diferentes grupos de trabajo(16,17,18,19).

1. Jacobaeus HC: The cauterization of adhesions in pneumothorax treatment of tuberculosis. Surg Gynecol Obstet ; 1921 32 : 493
2. Jacobaeus HC: The practical importance of thoracoscopy in surgery of the chest. Surgery, Gynecology, and Obstetrics 1922;34:289-296
3. De Camp PT , Moseley PW, Scott ML , et al: Diagnostic Thoracoscopy. Ann Thorac Surg ;1973 16: 79
4. Cantó A, Blasco E, Casillas M, Zarza A, Padilla J, Pastor J et al Thoracoscopy in the diagnosis of pleural effusion. Thorax 1977; 32: 550.
5. JI Miller and CR Hatcher, Jr: Thoracoscopy: a useful tool in the diagnosis of thoracic disease. Ann. Thorac. Surg. 1978 26: 68-72.
6. Bloomberg AE: Thoracoscopy in perspective. Surg Gynecol Obstet 147:433, 1978
7. Weissberg D, Kaufman M: Diagnostic and therapeutic pleuroscopy: experience with 127 patients. Chest 78:732, 1980
8. Satava RM, Poc W, Joyce G. Current generation video endoscopes: a critical evaluation. Am Surg 1988;54:73.
9. Allen MS, Trastek VF, Daly RC, Deschamps C, Pairoero PC Equipment for thoracoscopy. Ann Thorac Surg 1993; 56: 620-623.
10. Darzi A., Mackay S.: Recent advances in minimal access surgery. BMJ. 2002 Jan 5;324(7328):31-4.
11. RJ Landreneau, MJ Mack, SR Hazelrigg, RD Dowling, TE Acuff, MJ Magee, and PF Ferson Video-assisted thoracic surgery: basic technical concepts and intercostal approach strategies. Ann. Thorac. Surg. 1992 54: 800-807.

12. RJ Landreneau, SR Hazelrigg, MJ Mack, RD Dowling, D Burke, J Gavlick, MK Perrino, PS Ritter, CM Bowers and J De Fino: Postoperative pain-related morbidity: video-assisted thoracic surgery versus thoracotomy. *Ann Thorac Surg* 1993, 56, 1285-1289.
13. Landreneau RJ, Wiechmann RJ, Hazelrigg SR, Mack MJ, Keenan RJ, Ferson PF. Effect of minimally invasive thoracic surgical approaches on acute and chronic postoperative pain. *Chest Surg Clin N Am.* 1998 Nov;8(4):891-906. Review.
14. Hazelrigg SR, Nunchuck SK, LoCicero III J, and The Video Assisted Thoracic Surgery Study Group. Video Assisted Thoracic Surgery Study Group Data. *Ann Thorac Surg* 1993;56:1039-44 grupo corporativo.
15. RJ Landreneau, MJ Mack, RJ Keenan, SR Hazelrigg, RD Dowling, and PF Ferson Strategic planning for video-assisted thoracic surgery *Ann. Thorac. Surg.* 1993 56: 615-619.
16. Michael J. Mack, Granger R. Scruggs, Kevin M. Kelly, Hani Shennib, and Rodney J. Landreneau. Video-Assisted Thoracic Surgery: Has Technology Found its Place? *Ann. Thorac. Surg.* 1997 64: 211-215.
17. Henri G. Colt Thoracoscopy: Window to the Pleural Space. *Chest* 1999 116: 1409-1415.
18. Yim AP, Lee TW, Izzat MB, Wan S. Place of video-thoracoscopy in thoracic surgical practice. *World J Surg.* 2001 Feb;25(2):157-61. Review.
19. JJ Rivas de Andrés J Freixinet Gilart F Rodríguez de Castro Estudio multicéntrico español de cirugía videotoroscópica. *Arch Bronconeumol* 2002;38(2): 60-63