



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Reflexiones tras ser nombrado miembro de honor de la Asociación Española de Cirujanos

Reflections upon receiving honorary membership to the Asociación Española de Cirujanos



Queridos colegas, ¡ha sido un inesperado honor recibir el nombramiento de miembro honorario de la Asociación Española de Cirujanos! Supongo que debo atribuirlo a que hace 30 años tuve la oportunidad y la suerte de estar en el lugar y en el momento adecuados para innovar en tecnología y técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, y así mejorar la calidad de los resultados posquirúrgicos y la evolución clínica de los pacientes tras la cirugía. Al principio, no fue fácil convencer a los pacientes de que se podía extirpar la vesícula biliar sin causar mucho dolor y lograr la recuperación en 6 semanas. Desde entonces, los pacientes esperan que la cirugía —inclusive la cirugía mayor— genere un impacto mínimo en sus vidas profesionales y personales. ¡Y quizás hasta logren encajar en sus agendas su funduplicatura de Nissen o colecistectomía, entre un viaje de negocios a Japón y un ansiado viaje de pesca!

Una gran institución es la que ofrece a un joven innovador, la oportunidad y el espacio para soñar, experimentar, fallar; volver a soñar de manera diferente, volver a experimentar y, finalmente, triunfar. Esta fue la gran oportunidad que, hace 30 años me ofreció la Universidad de Utah. Junto a la generosidad que significa tener la libertad para innovar, se acompaña la obligación moral de estudiar e informar de los resultados, sean buenos o malos, año tras año. Es importante compartir no solo nuestros éxitos, sino también nuestros fracasos, en la esperanza de que aquellos que nos siguen puedan evitar repetir nuestros errores y así no tengan que viajar por las calles ciegas de las que, forzosamente, hemos debido ya retirarnos en nuestra búsqueda hacia la verdad.

Las clínicas, los hospitales y los quirófanos son los laboratorios del científico clínico. En estos ambientes encontramos las mayores recompensas a nuestros esfuerzos, trabajando con nuestros pacientes para mejorar su salud y apelando a nuestro oficio quirúrgico para prolongar su supervivencia y lograr en ellos una mejor calidad de vida. En este mismo escenario, sufrimos nuestras mayores derrotas al enfrentar a

las formidables fuerzas del traumatismo, la infección, el cáncer y la inflamación, así como las limitaciones de nuestro conocimiento, nuestro juicio, la tecnología y de nuestras propias habilidades. Permítaseme ilustrar estos comentarios con varias observaciones y anécdotas tras una carrera de 30 años en cirugía. El paradigma es la cirugía esofágica, pero estas historias se pueden traducir a cualquier rama de la cirugía. Hace 30 años, después de 2 años de residencia en Cirugía General y un año como fellow en endoscopia flexible, se hizo evidente que la colecistectomía laparoscópica no solo era factible, sino que esta representaba el mayor avance en cirugía abdominal del siglo. El mayor riesgo, la lesión del conducto biliar común, podría mitigarse con una serie de 5 pasos que reportamos en el año 1991. Dichos pasos finalmente fueron traducidos en el concepto de «visión crítica de la seguridad»¹.

En los «primeros días» de la laparoscopia gastrointestinal, el espacio para innovar era muy amplio y daba cabida a dicha innovación gracias a que los cirujanos de todo el mundo fuimos liberados de las limitaciones de lo convencional y recibimos la ayuda y la colaboración de la industria interesados en proporcionar las imágenes y los instrumentos para revolucionar la cirugía. Cualquier procedimiento convencional, desde una apendicectomía a una pancreatectomía. ¡Todo era posible con una óptica y una serie de pequeñas incisiones! En el área de la cirugía esofágica, comenzamos con la funduplicatura para la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), pero luego ampliamos nuestra visión al incluir la reparación de la hernia paraesofágica, la miotomía de Heller, la diverticulectomía, la gastroplastia de Collis y, en última instancia, la esofagectomía mínimamente invasiva. El repertorio mínimamente invasivo se amplió rápidamente, repercutiendo positivamente sobre el acelerado crecimiento de la práctica de muchos cirujanos, incluyéndome a mí, que acababa de culminar recientemente el entrenamiento quirúrgico general. Los pacientes se mostraron agradecidos y buscaron cirujanos entrenados en cirugía laparoscópica. Las

revistas publicaron nuestros artículos sobre nuevas técnicas y sus resultados. Las publicaciones y la productividad clínica conllevaron la promoción y las oportunidades de liderazgo para muchos cirujanos. La sed de conocimiento sobre esta nueva cirugía nos llevó a viajar alrededor del mundo, resultando en la interacción con nuevos colegas, el surgimiento de nuevas ideas y colaboraciones internacionales de investigación nunca previamente experimentadas. Estos colegas se convirtieron en amigos internacionales que se reunían para esquiar, pescar, jugar al golf, degustar vinos y la maravillosa cocina internacional. . . ¿Que podría ser mejor?

Sin embargo, hubo problemas: el joven cirujano alemán Eric Muhe, primero en realizar una colecistectomía asistida por laparoscopia, fue denunciado por su sociedad quirúrgica nacional y puesto bajo arresto domiciliario por las complicaciones de una colecistectomía laparoscópica que llevó a la muerte de un paciente. Menos dramáticos, pero no menos importantes, son los casos de muchos cirujanos quienes, aunque cuidadosos y prudentes, incurrieron en complicaciones quirúrgicas imprevistas y mórbidas en sus primeras experiencias con la cirugía laparoscópica.

Algunos cirujanos de la vieja escuela, reacios a adoptar una nueva visión de la cirugía, fueron los más afectados por la «revolución mínimamente invasiva». Por esta razón, rechazaron y desacreditaron satíricamente a los jóvenes cirujanos que impulsaban la innovación, escribieron editoriales, instaron a los comités de acreditación de hospitales para que eliminasen los privilegios de quienes excedían los límites ya establecidos e inclusive presentaron reclamaciones ante las juntas estatales que otorgaban licencias incluso a los cirujanos con interés en cirugía laparoscópica más reconocidos.

El escepticismo no logró detener esta nueva tendencia. La oportunidad que esta técnica presentaba no instaba al profesional a convertirse simplemente en defensor o escéptico, sino a perfeccionar la experiencia quirúrgica mínimamente invasiva a través de la repetición y el perfeccionamiento de la técnica, y el adecuado uso de la tecnología quirúrgica. Del mismo modo, sí que exigía el abordaje crítico de las deficiencias tecnológicas y de las técnicas de cirugía mínimamente invasivas, para formular preguntas que podrían responderse con estudios bien diseñados, preferiblemente ensayos clínicos aleatorios.

A la aplicación de dichos principios, siguió una necesidad de formación y enseñanza. Surgieron programas de becas y fellowships en cirugía mínimamente invasiva (CMI) alrededor de todo el mundo, permitiendo a los profesionales acceder a programas de formación, lograr el dominio y las mejores

aptitudes posibles para desarrollar eficientemente la cirugía mínimamente invasiva. Inicialmente, estos programas fueron financiados por la industria; hoy en día, son avalados en su mayoría por instituciones hospitalarias o bien por servicios de cirugía que se benefician de la ayuda adicional de un becario, quien, a su vez, se beneficia de aprender y trabajar bajo la tutoría de los profesionales con mayor experiencia.

En última instancia, el éxito de la CMI debe atribuirse a muchos cirujanos que buscaron aprender, innovar y ofrecer una cirugía más «amable para el paciente» dentro de sus sistemas de salud comunitarios y universitarios. Ellos plantearon las preguntas claves para una investigación clínica bien diseñada, logrando así grandes avances en esta área quirúrgica.

Finalmente, debemos resaltar que el éxito de la CMI se debe al interés de los pacientes que depositaron su confianza en nosotros, quienes innovábamos en esta área. A ellos les debemos nuestra mayor gratitud. Es evidente, en el momento actual, que la CMI, ya sea realizada a través de instrumentos convencionales o mediante robots quirúrgicos, es una realidad indiscutible. Nuestros hijos y nietos descubrirán cómo realizar una cirugía sin incisiones, sin anestesia y sin dolor. No estoy seguro de que viva para ver este avance, ¡pero estad atentos!

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hunter JG. Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg.* 1991;162:71-6.

John Hunter
Oregon Health & Science University, Portland, Oregon,
Estados Unidos

Correo electrónico: hunterj@ohsu.edu

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.11.012>

0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.