

Cirugía mínimamente invasiva

En este último año se han reunido en nuestro ámbito profesional múltiples citas en congresos, sobre este nuevo enfoque de hacer las cosas, con especial referencia a la cirugía protésica de cadera y de rodilla. Efectivamente el afán del cirujano por inferir una mínima lesión nos acerca a filosofías y a esquemas de trabajo muy en auge en estos últimos años. Se enfrenta esta tendencia con maneras clásicas de cierto olor a rancio: «grandes cirujanos, grandes incisiones».

El arte de la cirugía empieza por «ver», es decir, exponer aquella parcela anatómica que se oculta y que alberga un problema. Cuanto más clara la exposición, mejor se aborda y se resuelve, pero con limitaciones pues «del mal hay que tomar el menos». La pregunta es si las nuevas técnicas ofrecen ventajas y mejores resultados o si sólo un ataque de «minimalismo» y un compromiso estético-técnico nos hace luchar a la baja con los centímetros de incisión.

En esta situación existen dos posiciones, una de inercia positiva que adopta con entusiasmo las nuevas técnicas y otra conservadora, reticente y pragmática que evita la inseguridad de una curva de aprendizaje y de una vía de trabajo aún no refinada.

En estos últimos años nos estamos acostumbrando a cambios constantes que se van imponiendo con fuerza y consolidando como las técnicas artroscópicas, las percutáneas, las asistidas por tomografía axial computarizada (TAC), la vértebro y cifoplastia, la navegación, etc.

El cirujano, en esta era de progreso, no puede sentirse completamente formado a ninguna edad y debe seguir de cerca la evolución científico-técnica de su práctica.

El año 2003 es el de la presentación como primicia de estas técnicas en la *American Academy of Orthopaedic Surgeons* y con los trabajos de Berger, Di Gioia, Dorr, Hartzband, Mears y otros.

Una última reticencia es la de los aspectos comerciales que promueven estos cambios. Sin duda existen, pero no son la causa del avance técnico, sino meros y potentes colaboradores de nuestra práctica médica y activadores necesarios en una economía de mercado llena de intereses. El prurito del cambio surge de grupos de profesionales que se cuestionan una constante mejora y evolución hasta donde sea posible.

Por moda o por necesidad, el hecho es que el avance se produce y debemos agradecer que estos cambios hayan promovido una mejora técnica en todos los aspectos técnicos de la cirugía protésica: mejores estudios de imagen previos a la cirugía, nuevas vías de abordaje que resultan «posibles y seguras» y, sobre todo, un nuevo rediseñado del instrumental quirúrgico que durante décadas había dormitado, siendo herencia incuestionable de decenas de generaciones de especialistas.

A. Fernández-Domingo
Director Adjunto