



Necrológica

Profesor D. Benjamín Narbona Arnau



El profesor D. Benjamín Narbona Arnau falleció el día 15 de abril en Valencia (España), a la edad de 90 años. Fue un destacado cirujano de la segunda mitad del siglo XX, y siendo un referente de la entonces amplia cirugía general española. Esbozaré brevemente su perfil curricular, y especialmente el de pared abdominal.

Nació el 2 de julio de 1924, en Valencia. Ya en sus estudios preuniversitarios superó el Examen de Estado con premio extraordinario, la carrera en la Facultad de Medicina de Valencia (28 matrículas de honor de 30 asignaturas); obtuvo el premio extraordinario en licenciatura, en doctorado y el Victor de Bronce en el concurso nacional de expedientes. Se especializó en el «viejo» Hospital Provincial, con los Profesores José Tomás López-Trigo, Alfonso Lafuente Chaos, Francisco Martín Lagos y José Gascó Pascual, y obtuvo ya en esa etapa una amplia formación quirúrgica en cirugía general, con especial dedicación en la cirugía torácica –cardiovascular y toracopulmonar– junto a la cirugía general y oncológica de mama, endocrino y del aparato digestivo, desarrollando una precoz, amplia e intensa actividad, motivo de sus numerosos desarrollos e innovaciones técnicas, que le convirtieron en uno de cirujanos pioneros de mayor reputación científica de la Comunidad Valenciana, y a nivel nacional e internacional entre 1952 y 1996.

Todos sus cargos asistenciales y académicos los ganó por oposición: desde alumno interno, pasando por 3 oposiciones

a cátedra, hasta profesor titular de la Facultad de Medicina de Valencia (durante 34 años) y profesor jefe de servicio de cirugía del Hospital General Universitario (durante 27 años), encargado del curso patología quirúrgica (1958-1960) en la Facultad de Medicina, y de 1978 a 1989, en el Hospital General. Amplió estudios con Brunner (cirugía pulmonar, en Zurich), Derra (hipotermia superficial, en Dusseldorf), Drew (hipotermia profunda, en Londres), Abrahms (cirugía cardiopulmonar y marcapasos, en Birmingham), y con Lortat-Jacob en París y con Santy en Lyon, en cirugía esofagogastrica y hepatopancreática.

El número de sus publicaciones es también extenso (más de 600). Algunos de los artículos con desarrollos técnicos o innovaciones personales son, por ejemplo, en los años 50: las primeras resecciones pulmonares y esofágicas en la Comunidad Valenciana (1951-1952); hidatidosis pulmonar de Pérez Fontana modificada; su técnica digitoinstrumental de comisurotomía para la estenosis mitral («palanca de Narbona») 1954; en febrero de 1958, realizó la primera operación en España a corazón abierto, con hipotermia y paro cardíaco inducido. En los años 60, destacamos su técnica de la cardiogastropexia con el ligamento redondo para la hernia hiatal-reflujo gástrico –más de millar y medio de operaciones (1964)–, la gatoplastia de Tomoda modificada –más de 300 casos–. En los años 70 fue pionero en España de la vagotomía supraselectiva y del control pHmétrico gástrico intraoperatorio (agosto de 1970) –en más de 1300 pacientes–; estenosis mitrales, cerca de 600 comisurotomías a corazón cerrado; la vía transhiatal (1972) –publicada posteriormente por Walter Pinotti– en el cáncer de esófago y cardias, etc. De los años 80 destacan sus estudios esofagomanométricos intraoperatorios en el hombre, en el perro y en el murciélago; la vía transfrénica suprahepática de acceso al mediastino anterior (1987); estudios experimentales en el esfínter esofágico inferior; la gatoplastia de Collis abdominal con la pexia del ligamento redondo como antirreflujo; el asa en Y de Roux para drenaje independiente del muñón pancreático tras duodenopancreatometomía cefálica (1987); la producción de esófagos de Barret en perros (1994), etc.

Dirigió 29 cursos de actualización y perfeccionamiento técnico-quirúrgico con cirugía en directo en casi todos ellos.

También 25 de oncología, con cirugía en directo en la mayor parte de ellos. Escribió decenas de monografías y capítulos de libros, entre otros: *Patología esófago-frénica* (1974); *Vagotomía gástrica proximal* (1977); *Hernia hiatal. Reflujo gastroesofágico* (1982); *Cirugía del ulcus gástrico* (1991); *The sling approach to the treatment of reflux péptica esophagitis* (Nyhus-Condon, 1989); *The Narbona sling repair for gastro-esophageal reflux* (Nyhus, Wastell y Donahue, 1995), etc.

Algunos de sus méritos fueron: académico corresponsal y de mérito de la Real Academia Nacional de Medicina; de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona; académico de número de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana; premio Virgili de la Sociedad Catalana de Cirugía; miembro de honor y medalla de oro de la Sociedad Valenciana de Cirugía, de la de Patología Digestiva y de la Asociación Española de Cirujanos; Presidente de la Asociación Española de Cirujanos (1982-86); miembro fundador y delegado hasta 1987 del Coll. International Chuirurgie Digestivae; miembro fundador de la International Society Diseases of Esophagus (ISDE); miembro fundador de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular; presidente de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana (2008-2010), etc.

Concretamente, en pared abdominal, inició su técnica de la cardiogastropexia con el ligamento redondo, o terescardiotropexia, para el tratamiento de la hernia hiatal y el reflujo gastroesofágico en 1964, y tras los primeros resultados abandonó definitivamente las funduplicaturas y otros tipos de pexias gástricas. La aplicó en todos los tipos de hernias hiatales, siempre que el ligamento redondo estuviese indemne. Todos sus discípulos la aprendimos y realizamos por su sencillez, rapidez y efectividad, comprobando resultados de corto a muy largo plazo. También se difundió por una veintena de hospitales españoles, y por algunos en Italia, Hungría, Polonia, Escocia (Alfred Cushieri la realizó por laparoscopia, denominándola técnica de Cushieri-Narbona), Portugal, Brasil, etc. Recientemente tuve noticia de su actual empleo en Guanajuato (Méjico) con buenos resultados. Los detalles de la técnica están publicados en muchos artículos, algunos citados previamente, y también incluido como capítulo en el libro de *Hernia* (Nyhus-Condon) en inglés y en español, tal como la tituló el propio Nyhus: «Narbona B. La técnica del cabestrillo para el tratamiento de la esofagitis péptica por reflujo. En: Nyhus LlM y Condon R, eds. Cap 47. Buenos Aires: Panamericana edit; 1992. pp. 643-656.

Profundizó en investigaciones sobre la fisiología y fisiopatología del esfínter esófágico inferior, realizando no solo centenares de estudios preoperatorios y posoperatorios pHiemétricos y manométricos de esófago, sino -lo más interesante-intraoperatorios, para observar y medir la influencia de la anestesia general, de la apertura laparotómica, de la disección hial y de las tracciones progresivas gastrocardiales, cuantificadas con dinamometría y con registro manométrico simultáneo del área de la zona de alta presión. Con ello, describió el «área de la zona de alta presión» como variable interesante y correlacionable con el estado presivo del esfínter; y también aclaró que este no es un esfínter débil sino debilitado y rehabilitable con las técnicas antirreflujo en general y con notable claridad, con la cardiogastropexia en

particular. Exploraciones que fueron estudiadas también en el modelo canino, y en el quiróptero, por su larga permanencia en postura «prorrreflujo», con hallazgos interesantes.

En cuanto a las hernias de la ingle, siempre hacía el Bassini y, en ocasiones, el McVay. Fue conocido y amigo de Nyhus, de su escuela, y de sus investigaciones, y aprendió su técnica para el tratamiento de la hernia por vía preperitoneal abierta, pero que nunca hizo. Como casi todos los «grandes» maestros, dedicaba toda su atención, mayoritariamente, a la cirugía de alta complejidad. Le propuso en 1986 la posibilidad de iniciar la técnica de Nyhus, y todo fue estímulo y ayuda para que la iniciase -conocía los buenos resultados de ella por Nyhus-, aunque con el condicionamiento de que yo siguiese con rigurosidad la evolución clínica de los operados. Así fue, y así me cupo la satisfacción de que conociera muy de cerca mi experiencia con ella (más de tres mil operados); incluso tuve el placer y el honor de que me ayudase a operar a su último paciente privado, de hernia inguinal, con mi técnica (Nyhus modificado-técnica de Dávila) antes de retirarse definitivamente de los quirófanos tras 55 años ininterrumpidos de actividad. Con sus investigaciones en esa parcela de la pared abdominal -la hernia hiatal y el reflujo gastroesofágico-, junto con su técnica de la terescardiotropexia, desentrañó aspectos relevantes de la dinámica fisiológica, fisiopatológica y quirúrgica de la unión esofagogastrica.

Su personalidad la definiré con estas 3 cualidades diferenciales:

- Como maestro, nos enseñó su experiencia, su metodología, sus técnicas y el porqué de sus desarrollos e innovaciones, apoyadas -por norma y con su estilo- en los fundamentos biofísicos y biológicos de la cirugía. Nos recordaba siempre que lo más importante es saber «lo que no se debe o no conviene hacer en el quirófano» y conocer y calcular siempre los beneficios, riesgos y consecuencias si se traspasa de forma deliberada la línea roja de «no retorno» durante una intervención quirúrgica compleja o de alto riesgo.
- Como investigador, su objetivo fue siempre estudiar, analizar, medir y comparar, para deducir e intentar mejorar las técnicas y salir del acostumbrado «atrincheramiento técnico por costumbre», o de la habitual inflexibilidad de los dogmáticos gold standar para buscar siempre «la mejor oferta para el paciente, con el menor riesgo». Por ese motivo, las historias clínicas de determinadas enfermedades eran revisadas periódicamente, y los pacientes eran llamados con frecuencia para evaluar su evolución clínica, en la policlínica y gabinetes de exploraciones, facilitado todo ello por el asequible y riguroso fichero de triple entrada que estableció cuando aún no se disponía de ordenadores.
- Como persona, fue un ejemplo «contagiante» de comportamiento ético, honesto, responsable y con una capacidad extraordinaria de trabajo y estímulo dentro y fuera del Servicio de Cirugía, y dentro y fuera de la Medicina. He tenido la suerte, el honor y el orgullo de trabajar a su lado durante muchos años en esa, nuestra «casa profesional», el Hospital General Universitario, y acompañarlo hasta en esta, su última etapa de su vida. He regresado recientemente de un curso internacional de pared abdominal en la Universidad Autónoma de Temuco (Chile), donde algunos cirujanos

de Guanajuato (Méjico) me confirmaron que siguen realizando su técnica de la «cardiogastropexia con el ligamento redondo», con buenos resultados. Por ello, me apenó aún más no llegar a tiempo para transmitirle esa gratificante información, ya que, sin duda, hubiese sido su última alegría profesional, que le acompañara en su eterno descanso en paz.

David Dávila Dorta
Cirujano Emérito, Servicio de Cirugía General y Digestivo,
Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España
Correo electrónico: ddavila@sohah.org

2255-2677
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2015.06.001>