

LA ÉLITE DEL BISTURÍ

ENTREVISTA

“La cirugía obliga a una profunda responsabilidad”

Prof. Enrique Moreno González Catedrático Emérito de Cirugía

Profesor, ¿se encuentra bien al considerarle un cirujano que forma parte de la ‘élite del bisturí’?

Me encuentro muy a gusto con cualquier denominación que destaque mi profesión de cirujano, y, asimismo, difunda el extraordinario sentido de la cirugía en todos los que somos responsables de esta importante profesión. Tenga en cuenta que, sin menoscabar la influencia de todas las especialidades, la cirugía obliga a una profunda responsabilidad, a una tenaz y permanente vigilia a favor de nuestros enfermos, a quienes dedicamos lo mejor de nuestras vidas, con la intensidad del estudio de la observación y de la asistencia diaria en el preoperatorio, muy especialmente durante la operación y atendiendo con el esmero necesario todos los minutos,

horas y días que componen el seguimiento del curso postoperatorio.

La evolución de un enfermo no finaliza con el acto quirúrgico. Continúa, especialmente en el tratamiento del cáncer, durante toda la vida del enfermo, por lo que continuamos siendo responsables de las exploraciones y cambios que estas pueden sugerir durante toda esa vida.

La cirugía es siempre para Ud. de ‘altísima responsabilidad’. En alguna entrevista la ha definido como ‘elitista’, ¿por qué?

La palabra élite está en estos años mal apreciada y hasta discutida porque significa “maniobra selectiva o rectora”, y parece que el sentido de “igualdad mal entendida” se lleva mal con las minorías. Sin em-

bargo, es bueno recordar que en todas las profesiones debe reconocerse el importante valor de una minoría que, por su formación, capacidad de entrega y responsabilidad, pueda suponer un ejemplo que apoye a otros profesionales para que sigan este camino siempre en beneficio de la sociedad.

En el caso particular de la cirugía, el cirujano debe tener un profundo grado de conocimiento de la anatomía: sin conocer la composición del cuerpo humano es imposible adentrarse físicamente en sus secretos. De la misma forma, debe estudiar y conocer la anatomía patológica, el carácter de la expresión de la enfermedad, especialmente del cáncer, y los cambios morfológicos y microscópicos que las enfermedades producen. De la misma forma, tiene que adquirir un extenso conocimiento de la fisiología, es decir, del funcionamiento de los aparatos y sistemas, en especial de aquellos más relacionados con las enfermedades seleccionadas, por su formación y conocimiento.

Y en la actualidad, ¿en qué ha cambiado la cirugía?

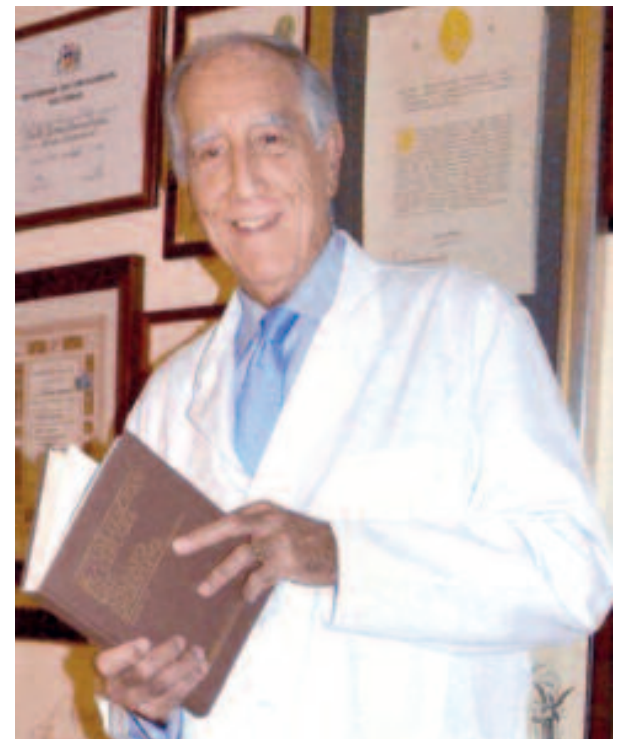
Actualmente la cirugía ha mejorado y mucho el conocimiento de las enfermedades orgánicas, con lo que los profesionales poseen una base más amplia para su conocimiento. La técnica quirúrgica está mejor diseñada, es más sutil, se apoya como nunca en procedimientos diagnósticos como la Resonancia Magnética, tan útil para el diagnóstico de la enfermedad por su morfología, pero también por la perfecta visualización de los troncos vasculares relaciona-

dos con la propia enfermedad. Asimismo, utiliza con mayor seguridad la actividad biológica de la enfermedad tumoral en PET (Gammaografía de Positrones), asociado o no a la Resonancia Magnética.

En esencia, uno de los grandes impulsores de los avances de la cirugía en la actualidad han sido, sin duda, los trasplantes de órganos, no solo por el número de vidas que han salvado sino porque han supuesto un paso gigante en el conocimiento de la resistencia del enfermo, en la extensión de las disecciones anatómicas y los cambios de la fisiología del individuo, que han permitido un mejor ‘acoplamiento’ del cirujano al enfermo. En detrimento de esta evolución, está el hecho de que los cirujanos dedican mucho menos tiempo al laboratorio experimental, a la investigación en general y, también, por qué no decirlo, al estudio, evolucionando peligrosamente hacia etapas pretéritas en las que los cirujanos eran más artesanos que científicos. Esta última afirmación, si bien es real, no es culpa de los cirujanos sino de un sistema en el que se permite la acción de grupos económicos en detrimento de la Universidad, la carrera profesional, la carrera universitaria y la producción científica, que deberían atesorarse y mimarse como buen ejemplo social para generaciones venideras.

¿Sobre qué enfermedades u órganos enfermos cree que han recaído en especial los avances de la cirugía?

Creo que especialmente en el tratamiento del Esófago de Barrett y en su evolución hacia



Catedrático Emérito de Cirugía, Universidad Complutense de Madrid. Director Emérito del Instituto de Cirugía Oncológica Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante de Órganos, Hospital Doce de Octubre. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España (Presidente de la Sección de Cirugía). Premio Príncipe de Asturias de Investigación y Tecnología. Miembro Honorario del Colegio Norteamericano de Cirujanos, de la Sociedad Norteamericana de Cirugía y de 26 sociedades mundiales más. Doctor Honoris Causae de la Brown UNIV. USA, de la Universidad de Coimbra, de la Universidad de Roma, de la Universidad de Málaga, de la Universidad de Extremadura y de otras siete universidades más. Académico de Honor de las Reales Academias de Zaragoza, Canabria y Lanzarote, entre otras.

el adenocarcinoma. Asimismo, en las escasas complicaciones en el tratamiento del cáncer de estómago.

En la actualidad, el tratamiento de los grandes tumores hepáticos y del hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico, mediante extensas resecciones o trasplante hepático, ha obtenido un gran avance en los resultados. El cáncer de páncreas mantiene sus resultados, aunque ha mejorado la evolución de su tratamiento quirúrgico en una menor incidencia de complicaciones postoperatorias y mortalidad. De cualquier forma, en el cáncer de páncreas son básicos el diagnóstico precoz antes de que aparezcan las complicaciones y la indicación

de la técnica quirúrgica de forma inmediata.

El carcinoma de la vía biliar posee tras su extirpación mucho mejor pronóstico, sin duda, que el cáncer de páncreas. Son aquí también esenciales el diagnóstico rápido y la decisión quirúrgica inmediata. En tumores malignos de colon y recto, la mejoría de nuestros resultados se basa fundamentalmente en el tratamiento del cáncer de recto por vía transanal (a través del recto), utilizando distintos procedimientos de preservación del mecanismo esfintérico (preservación del mecanismo de defecación).

enriquemorenogonzalez.es



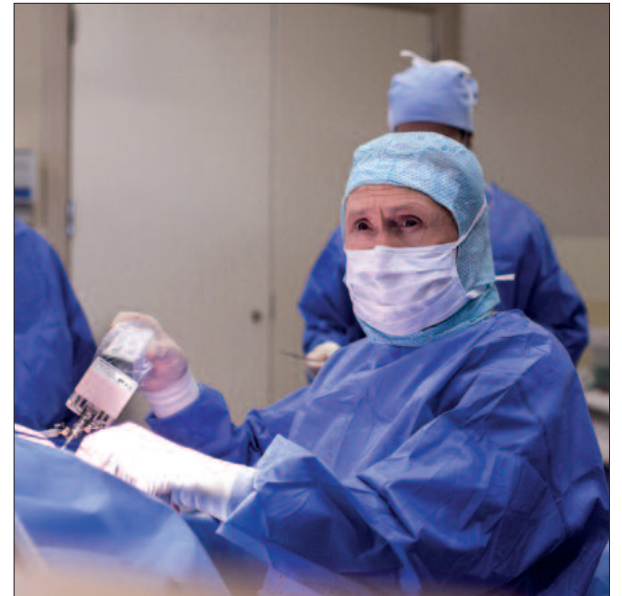
ENTREVISTA

“Nuestra labor es devolver al paciente las capacidades que la enfermedad le ha secuestrado”



Dr. Pedro Guillén Jefe de Traumatología y Ortopedia de Clínica CEMTRO

“‘Doctor, no quiero esperar a los 70 años para ponerme una prótesis, yo me encuentro mal ahora’. Esa visión positiva de la salud de las personas me gusta”. Esta frase del Dr. Pedro Guillén ya nos dice mucho de la visión que tiene este reconocido traumatólogo acerca de la práctica de una especialidad que cada día está más en boca de todos.



El Dr. Pedro Guillén realizando una artroscopia de rodilla con el artroscopio sin cables (WAD)

Este año Clínica CEMTRO celebra su 20 Aniversario. 20 años desde que usted fundó la Clínica y el Servicio de Traumatología y Ortopedia, ¿cómo ha evolucionado esta especialidad en su hospital?

Entonces éramos profesionales universales que entendíamos prácticamente de todo pero hoy se ha fragmentado el conocimiento. En estos años, hemos evolucionado y creado Unidades subespecializadas en las que trabajan médicos muy formados y con mucha experiencia. De esta manera, hoy en día contamos con una Unidad de Rodilla que opera más de 1.500 meniscos y ligamentos al año; una Unidad de Pie y Tobillo y una Unidad de Mano y Miembro Superior que realizan más de 1.000 cirugías al año cada una; una Unidad de Hombro que hace más de 700 artroscopias de hombro anuales; una Unidad de Cadera que coloca más de 500 prótesis al año, entre otras. Es la experiencia en cada subespecialidad la que garantiza su excelencia.

Háblenos sobre los hitos de la traumatología y la ortopedia, ¿cómo ha participado y qué ha aportado el Dr. Guillén en ellos?

A rasgos generales podemos hablar de cuatro hitos en la historia de la traumatología: la artroscopia, la terapia celular, la osteosíntesis y la prótesis.

La artroscopia es una genialidad, el poder ver y actuar en el interior de una articulación. En 1977 introduje la artroscopia en España, lo que supuso una revolución en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones articulares y desde entonces he realizado más de 40.000 intervenciones. En 2007 inventé la tercera generación de artroscopia: la artroscopia sin cables (WAD), que reduce tiempos de intervención, el número de infecciones y posibilita la realización de cirugías fuera de quirófano (en campos de batalla o en la misma consulta).

¿Y qué nos puede contar sobre la terapia celular

aplicada a la traumatología?

Ha sido sin duda otro de los hitos en la traumatología y ortopedia. La célula es una oportunidad terapéutica, un medicamento, y en Clínica CEMTRO creemos en ello y trabajamos continuamente en nuevos proyectos en esta línea que benefician a nuestros pacientes. Es por ello que hemos dedicado gran parte de nuestra labor investigadora al estudio de la terapia celular del cartílago articular. El cartílago es un tejido privilegiado ya que no tiene vasos, ni nervios ni linfáticos, por lo que no produce rechazo. En 2010 desarrollamos una terapia con implante de condrocitos autólogos (ICC) para el tratamiento de lesiones focales del cartílago en articulaciones de carga (rodilla, tobillo y cadera). Hemos realizado ya más de 555 casos de implantes de cartílago con muy buenos resultados. Teniendo en cuenta que el 33% de las lesiones de meniscos o de ligamentos se

acompañan de lesiones en el cartílago, es una gran preocupación para los traumatólogos. En este sentido es importante reseñar que no es posible formar cartílago a partir de células que no sean condrocitos (las células del cartílago). Actualmente, somos líderes mundiales en la aplicación de cartílago y la técnica de implante de condrocitos con membrana está aprobada por la FDA en diciembre de 2016. Así mismo, en estos momentos estamos trabajando en la universalización de la técnica ICC con células alogénicas. Es decir, el camino va a ser utilizar células de donantes que se puedan usar para muchos implantes, abaratando el coste y evitando la primera cirugía de toma de muestra.

Hablemos ahora sobre la osteosíntesis...

La osteosíntesis, el mecanismo que consigue que las fracturas se fijen de forma estable, creció gracias a tres pilares: el metal, el antibiótico y la anestesia. Y se convirtió en uno de los grandes avances en traumatología y ortopedia del siglo pasado.

Y el último hito de la traumatología que nos comenta, las tan conocidas “prótesis”...

¡Qué gran avance! Sustituir una articulación dañada por una que hiciera la función de la articulación lesionada, que presenta dolor y falta de movilidad, para conseguir una articulación indolora y móvil. ¿Quién no tiene un familiar al que le han colocado una prótesis? Nuestra destacada aportación en este sentido fueron las prótesis a medida; Clínica CEMTRO es el hospital de España que ha realizado el mayor número

de prótesis personalizadas. Las prótesis han supuesto un gran avance para la reincorporación del hombre a su actividad normal, sin dolor y con calidad de vida, que es lo que quieren hoy en día las personas. “Doctor, no quiero esperar a los 70 años para ponerme una prótesis, yo me encuentro mal ahora”. Esa visión de la salud de las personas me gusta a mí, la que facilita la vida. Y es que nuestra labor es devolver al paciente las capacidades que la enfermedad le ha secuestrado. No estoy de acuerdo con aquellos que dicen: “no se la pongo por si a los 15 años se la tengo que cambiar”. Yo creo que las predicciones hoy, en ninguna rama del saber, deberían hacerse a más de 3 años vista. Lo que eran 100 años en el siglo XIV hoy son 3 en el año 2018.

Dejando los hitos a un lado... Usted siempre habla de tres labores que tiene su hospital: la labor asistencial, la labor docente y la labor investigadora...

Así es, nuestro hospital es un centro monográfico en traumatología con esa triple función. La labor asistencial es la razón esencial de un médico: un enfermo es una persona que necesita ayuda y el médico es alguien que se la puede dar. Es una relación de ayuda que empieza por escuchar al paciente, explorar para sacar los signos dormidos y

realizar pruebas de imagen, todo ello para llegar a un diagnóstico y ofrecer las mejores soluciones.

Por otro lado está la labor docente. En esta casa creemos en la formación continuada y organizamos cada año dos cursos internacionales sobre avances en Traumatología y sobre Rodilla. Además, este año lanzamos el primer Máster en Patología y Cirugía Avanzada de Rodilla. Este máster online es para nosotros un paso más en nuestro desempeño formativo.

La tercera labor de la que habla es la investigadora, de la que ya hemos hablado previamente algo...

Todo hospital que no investiga se empobrece y el paciente tiene que estar equidistante entre el médico práctico y el investigador. Yo pienso firmemente que la ciencia, si vale, tiene que estar pegada a la realidad, ser una fiel expresión de la sociedad y no puede ser algo reservado para unos pocos. Todo lo que hagamos tiene que repercutir en el beneficio de nuestros pacientes, el centro de nuestra actividad.



www.clinicacentro.com
www.iccimplantedecartilago.com
www.fundacionpedroguillen.org



El Dr. Pedro Guillén durante una de las sesiones clínicas que se celebran todas las semanas en CEMTRO

ENTREVISTA

“Remodelamos la figura dentro de las normas estéticas del cuerpo ideal”

Dr. Julio Millán Mateo

Cirujano Plástico

El Dr. Julio Millán Mateo lleva más de treinta años dedicado a la innovación en el campo de la cirugía estética. Ha sido el impulsor del Instituto de Cirugía Estética de la Clínica Ruber y está considerado uno de los mejores cirujanos plásticos de España. En la siguiente entrevista le preguntamos acerca de sus innovadoras técnicas de remodelación corporal.

Dr., ¿Cómo ha cambiado el concepto de remodelación corporal en las últimas décadas? La liposucción convencional ha dado paso a las nuevas técnicas que se practican hoy...

A principios de los años 80 se produce un hecho excepcional con la aparición de lo que puede considerarse como la moderna liposucción, introduciéndose en el campo de la cirugía estética entendida como una remodelación corporal, de la mano del Dr. Illouz. La liposucción se empieza a practicar entonces tal y como la conocemos ahora, realizando una serie de incisiones y creando determinados túneles con una cánula para poder sacar la grasa. Sobre la base de esta técnica, entonces muy laboriosa, los cirujanos hemos introducido variables que la han ido modificando y perfeccionando. Con el tiempo también ha disminuido el volumen de las cánulas que

se utilizan: al principio eran más gruesas, de entre 5 y 6mm, y ahora son de 2mm. Con estas cánulas tan finas hoy conseguimos extraer la misma cantidad de grasa pero produciendo menos sangrado. En este marco nos hemos movido durante mucho tiempo, trabajando con técnicas combinadas de liposucción en función del físico de cada paciente, hasta que en 1998 aparece la liposucción ultrasónica.

Técnica que ustedes introducen en España... ¿En qué consiste la liposucción ultrasónica?

Efectivamente. Nosotros hemos sido pioneros en liposucción ultrasónica en España y hemos ayudado a sistematizar su empleo. Se trata de una técnica revolucionaria porque el ultrasonido provoca una explosión de los adipocitos, convirtiéndolos en una especie de ‘puré’ amarillo que extraemos me-

dante una cánula milimétrica y una bomba de aspiración. No es verdad que la grasa se pueda eliminar por la orina, o que se metaboliza en el hígado, tampoco es verdad. Hay que extraerla mediante aspiración.

¿Qué ventajas introduce al respecto de la liposucción convencional?

La retracción de la piel que se consigue con el ultrasonido es mucho más importante que con la liposucción convencional pero, además, esta técnica supone otro avance importante: antes no se podían realizar liposucciones a señoras mayores de 40 años, mientras que ahora las hacemos a pacientes de 60 y hasta 70 años con re-



sultados espectaculares. Aunque el gran avance que aportamos con el ultrasonido es poder practicar liposucciones de más de 10 litros de grasa en un solo tiempo quirúrgico.

¿En qué zonas del cuerpo se puede practicar?

La liposucción consiste en la extracción de grasa corporal de aquellas zonas en las que su acumulación distorsiona la silueta, por lo que prácticamente todas las zonas del cuerpo son susceptibles de remodelación mediante liposucción. En un 80% la practicamos a mujeres y las zonas más tratadas son los

flancos, la espalda, los brazos, las ‘pistoleras’, la cara interna de los muslos, el hueco poplíteo, el abdomen y las caderas. La distribución genética de la grasa en la mujer abarca más zonas y es más superficial que en el hombre, por lo que resulta más fácil extraer mayor cantidad. En varones, la liposucción ofrece excelentes resultados en la zona de los oblicuos, las ‘chocolatinas’ y el admirado ‘músculo flecha’. Como el ultrasonido consigue ‘pelar’ más el tejido y quitar más grasa, obteniendo además mayor firmeza en la piel, marca muy bien la zona del abdomen y los pectorales.

En ese marco ¿Cuál es su propuesta? ¿Cuál su enfoque en pacientes que no se sienten a gusto con su figura?

Cuando un paciente viene a verme, le hablo de remodelación corporal: nosotros no entendemos la liposucción como un hecho aislado, sino que desde el principio observamos y estudiamos el cuerpo tridimensionalmente, en todo su contorno. El objetivo de la intervención es siempre conseguir un cuerpo ideal, en su conjunto. Entendemos que esto debe ser así porque si una paciente quiere hacerse una liposucción de abdomen pero vemos que también tiene ‘pistoleras’ o mucha grasa en la cara interna de los muslos, sabemos que si quitamos solo la grasa del abdomen la paciente no se verá bien. Por eso nuestra propuesta es remodelar la figura dentro de las normas estéticas del cuerpo ideal.

¿La liposucción se puede combinar con abdominoplastia para unos mejores resultados?

Sí. Cuando un paciente presenta una gran flaccidez cutánea, únicamente con liposucción no vamos a conseguir los resultados deseados. Por tanto, es preciso combinarla con abdominoplastia, de manera que reconstruimos toda la musculatura del abdomen, dándole la forma que tiene cuando se es más joven (20-25 años). Ese es el objetivo que perseguimos.

Actualmente combinamos de forma personalizada ultrasonidos, vibroliposucción y láser, atendiendo a las características de la piel de cada paciente y a la grasa que hay que quitar.

¿Qué resultados pueden esperarse de este tipo de cirugías?

Los resultados en una cirugía de este tipo, siempre y cuando esté bien realizada, son siempre espectaculares. Buscamos la perfección de las líneas. No puede existir imperfección en remodelación corporal.

¿Qué personas serían candidatas a ellas?

Cualquier persona a partir de los 18 años y, en liposucción por ultrasonidos, hasta los 70. Hay que dejar claro que la remodelación corporal no es un tratamiento de obesidad, lo que no significa que no podamos hacerla en personas obesas o de talla ‘curvi’. En esos casos, podemos aplicar un factor de corrección a la figura, encargándonos de quitar los acúmulos de grasa que no les dejan verse bien. No las dejamos delgadas, pero sí conseguimos que sus curvas sean más armónicas.

La intervención se realiza con anestesia local más sedación. Es una operación dolorosa y no creemos que el paciente deba pasar dolor durante la intervención. La buena Medicina de calidad pasa por que el paciente no sufra.

¿Qué es importante saber acerca del postoperatorio? ¿Al cabo de cuánto tiempo pueden leerse los resultados de la cirugía?

El postoperatorio de liposucción ha mejorado mucho. Antes las pacientes tenían que llevar puesta una faja durante dos meses, mientras que ahora son suficientes 10 - 15 días. Sí es importante que después de la primera semana se hagan entre 10 y 20 sesiones de drenaje linfático para restaurar las cadenas linfáticas que hemos desestructurado con la liposucción, o lipoescultura. En cuanto a la lectura de los resultados, se ven nada más salir del quirófano pero, como la inflamación deja de existir a los seis meses, decimos que es entonces cuando los resultados son definitivos en cuanto volumen, forma y definición. Los adipocitos no se reproducen, luego no es verdad que al cabo de un tiempo se recupere la grasa que hemos extraído. Una remodelación corporal bien hecha es definitiva.

Buscamos la perfección de las líneas, siendo pioneros en liposucción ultrasónica en España



ENTREVISTA

La última técnica no invasiva para el tratamiento de la obesidad: sin cirugía, sin endoscopia y sin anestesia

Dr. Adelardo Caballero

Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, y Cirugía de la Obesidad

El Dr. Adelardo Caballero nos habla en esta entrevista sobre el Balón Elipse. Su centro, Instituto de Obesidad, ha sido el primero en Madrid en ofrecer esta novedosa terapia contra la obesidad a sus pacientes.

Dr., como especialista en cirugía del aparato digestivo, ¿la investigación ha sido clave en su trayectoria para poder ofrecer cada día más y mejores propuestas a sus pacientes?

Tras muchos años en el campo de la cirugía digestiva, decidimos dedicar nuestros esfuerzos a la cirugía bariátrica o cirugía de la obesidad, a su estudio, prevención y tratamiento. Es una especialidad altamente desarrollada, pero aún con un gran camino por andar, con un enorme futuro y expectativas, aunque compleja y exigente.

En ese marco, siempre he procurado colaborar para sentar bases clínicas, en investigación médica y quirúrgica. Durante nuestra andadura, hemos formado y consolidado un equipo multidisciplinar, de referencia a todos los niveles y altamente cualificado y hemos ofrecido a nuestros pacientes las técnicas más innovadoras.

Así, fuimos pioneros en el uso de los balones intragástricos tradicionales en el año 2004, y posteriormente, en la cirugía de las bandas gástricas, y de los sistemas por endoscopia Metodo Pose, Apollo y Aspire.

Y por supuesto continuamos realizando las reducciones gástricas, así como pass gástricos y derivaciones biliopancreáticas, como tratamientos definitivos de la obesidad, la diabetes y enfermedades metabólicas.

Su centro, Instituto de Obesidad, es pionero en Madrid en la técnica del balón intragástrico Elipse ¿en qué consiste?

El Balón Elipse es un dispositivo en forma de cápsula, lo suficientemente pequeña

como para poder ser ingerida por la boca, bajo rayos x, y con una cánula adosada. Una vez en el estómago, el balón se llena a través de la cánula (que después retiramos) con hasta 550 ml. de líquido. Pasadas 16 semanas, el balón se vacía automáticamente mediante una válvula de operación autónoma y luego es expulsado del organismo a través del intestino, de forma natural.

Instituto de la Obesidad es centro pionero en Madrid en terapia de la obesidad con balón Elipse

¿Qué ventajas presenta al respecto de los globos gástricos tradicionales? ¿No se requiere endoscopia para su implantación?

El Balón Elipse™ es el primer balón gástrico del mundo que no necesita procedimiento quirúrgico, ni endoscópico, para su implantación ni para su explantación, y por lo tanto tampoco de anestesia ni sedación.

Todo ello, disminuye el riesgo de complicaciones en el procedimiento, y permite al paciente seguir con su vida normal inmediatamente después de la implantación.

¿Es un tratamiento definitivo o se plantea como antesala a la cirugía?

Al tratarse de una intervención temporal que no requiere modificación anatómica, Elipse es un camino menos invasivo y reversible para perder pe-



Un profesional de prestigio

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid, con Premio Extraordinario de Licenciatura. Médico Interno Residente en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, y Médico Adjunto en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de la Princesa. el Dr. Adelardo Caballero recibió formación de posgrado en Israel,

Suecia, Canadá y Estados Unidos tras aprobar el examen del Foreign Medical Graduate Examination in the Medical Sciences (FMGEMS). Doctor Cum Laude por la Universidad Autónoma de Madrid con un trabajo experimental dedicado al trasplante de páncreas y la diabetes. Es fundador y director del Instituto de Obesidad de Madrid.

so. Puede permitir a los pacientes permanecer en un peso sa-

ludable mediante el uso repetido del dispositivo, sin requerir anestesia, incisiones o riesgos quirúrgicos.

Así mismo, estamos utilizando el balón Elipse como terapia previa a la cirugía, porque logra pérdidas de peso que facilitan la reducción drástica de riesgos a la hora de pasar por quirófano. En pacientes sú-

per obesos, y como paso previo a la cirugía, hemos llegado a conseguir pérdidas de peso de hasta 40 kg.

¿Qué sucede tras la implantación?

El paciente, en su primer día, solo podrá ingerir líquidos; a partir del segundo día podrá tomar alimentos blandos; y, poco a poco, irá ampliando hasta llegar a una dieta normal. El balón no funciona por sí solo: causa una sensación de saciedad, debiéndose reducir la cantidad y calorías ingeridas. Es importante llevar un control en las comidas para que el balón sea efectivo. Actualmente, facilitamos a los pacientes una básica conectada con nuestro

centro médico, de manera que nos llegan de forma actualizada todos los datos referidos a su peso.

¿Cuántos balones Elipse ha colocado hasta hoy? ¿Con qué resultados?

En Instituto de Obesidad hemos implantado ya más de 100 balones Elipse a nuestros pacientes, logrando pérdidas medias de entre 13 y 17 kg, llegando en algún caso hasta los 35 kg, en pacientes con obesidad severa.

Además de la pérdida de peso, ¿qué otros beneficios aporta al paciente?

Además de la pérdida de peso, la terapia con balón Elipse logra mejoras en los niveles de triglicéridos y hemoglobina HbA1c (prueba sanguínea de diabetes tipo 2) y una reducción de ocho centímetros en la circunferencia de la cintura.

La técnica cuenta con reconocimiento internacional...

El tratamiento está siendo reconocido como seguro y eficaz en diferentes estudios científicos. Además, Elipse, de la empresa Allurion Technologies, ha recibido el prestigioso Premio Innovación SAGES (Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos).

En 2014 el prestigioso 'The New York Times' publicaba un artículo que hacía referencia a los ensayos iniciales con él, en los que se constataba su seguridad. Ese mismo año, la European Association for the Study of Obesity hacía públicos los resultados de un estudio cuya puesta de gala fue en la European Obesity Summit (EOS) de ese mismo año, en Gotemburgo (Suecia). Los datos mostraron su seguridad y el logro de una pérdida de peso similar a otros procedimientos con balón que usan endoscopia. El estudio fue realizado por el Dr. Ioannis Raftopoulos, del Programa de Control de Peso, del Centro Médico Holyoke en Massachussets (EEUU). El 90% de los participantes informaron sobre su satisfacción con el procedimiento.



ENTREVISTA

La interacción de la estética, la medicina y la cirugía para alcanzar la excelencia

Dr. Antonio García Hernández

Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Prolífico cirujano plástico, el Dr. García Hernández ha alcanzado un gran prestigio por ser precursor de numerosas técnicas médico-estéticas y por su enorme experiencia quirúrgica. Actualmente es director de Centro Salud Estética (CSE) en la capital tinerfeña, un instituto especializado donde ha querido integrar lo mejor del mundo de la belleza bajo un enfoque global que combina estética, medicina y cirugía.



“Mi enfoque es ofrecer las mejores opciones que brinda la ciencia de la belleza bajo las premisas de innovación, seguridad y eficacia”

¿Qué ha supuesto la existencia de su centro CSE para Canarias? Cuando abrió sus puertas en 2005 fue la primera Unidad Integral de Salud Estética del archipiélago...

La existencia de CSE ha supuesto la creación de un centro único dirigido por un cirujano plástico, en el que se combinan los tratamientos médico-estéticos y quirúrgicos con la última aparatología, además de los avances en estética facial y corporal. Todo ello con la finalidad de obtener los mejores resultados, difícilmente alcanzables si no fuera por la asociación de todos estos recursos. Para Canarias ha significado la elevación del nivel de servicios que se ofrece al cliente de estética.

¿En qué cirugías acumula personalmente mayor reconocimiento? La cirugía de mamas es uno de sus campos de trabajo más importantes...

Sin lugar a dudas, uno de los mayores reconocimientos me ha venido de la mano de la cirugía mamaria, que es una de las que más realizo, tanto de aumento como reducción y lifting mamario. Pero también he dedicado una atención especial a las cirugías de párpados, abdominal, nasal y genital.

El desarrollo de mis técnicas tengo que agradecerlo a la posibilidad que he tenido de aprender con grandes expertos a nivel internacional y también son el resultado de haber acumulado una gran experiencia.

¿Bajo qué premisas afronta sus intervenciones qui-

rúrgicas y los tratamientos que realizan en su centro?

Mi enfoque, tanto para el paciente quirúrgico como para los tratamientos menos invasivos, es el de ofrecer las mejores opciones que brinda la ciencia de la belleza bajo las premisas de innovación, seguridad y eficacia. El objetivo debe ser alcanzar resultados armónicos que realcen la belleza natural.

Además, soy muy consciente de la importancia de ofrecer un servicio cercano y de que el paciente / cliente se sienta protegido en todo momento y perciba el compromiso genuino que existe por nuestra parte al respecto de su bienestar.

¿Qué técnicas le permiten obtener mejores resulta-

dos en mamoplastia de aumento?

Los buenos resultados en la mamoplastia de aumento los determina, en gran parte, la elección de los implantes. Estos deben cumplir las máximas garantías y, por eso, trabajo desde hace muchos años con el mismo laboratorio, que además dispone de infinidad de modelos para adaptarse a cada mujer.

Generalmente utilizo implantes anatómicos, tras una exhaustiva toma de medidas para elegir el modelo idóneo, porque forman un pecho perfecto con aspecto natural.

Para la implantación suelo utilizar la vía submamaria y, generalmente, con inserción submuscular, siempre y cuando la paciente no practique deportes

que impliquen la musculatura pectoral.

¿Cuál es su propuesta en pacientes que demandan hacerse una liposucción? ¿Qué opciones o alternativas hay?

En CSE nos hemos especializado en la realización de tratamientos reductores de volumen y de mejora del contorno corporal de manera no invasiva. No todos los sujetos son susceptibles de liposucción. En primer lugar, realizamos un análisis corporal y muchas veces el paciente se trata con nuestra dietista y, posteriormente, realizamos cirugía de liposucción o bien, en muchas ocasiones, aplicamos tratamientos con la última tecnología lipolítica que existe en el mercado mundial.

Para ello, estamos siempre al tanto de las innovaciones, acudiendo a ferias nacionales e internacionales y contamos con técnicas de destrucción de la grasa mediante protocolos personalizados. Entre otros, incorporamos a nuestro centro la tecnología más avanzada en criolipólisis, que en una sesión puede destruir un porcentaje importante del acúmulo de grasa.

En los últimos años se viene hablando cada vez más de la estética genital femenina. ¿Qué puede ofrecer a las mujeres en este sentido?

En CSE llevamos muchos años realizando este tipo de tratamientos y de cirugía íntima, habiendo sido pioneros en Canarias tras formarnos en esta especialidad clínica. Es una de las áreas de nuestro trabajo que recibe múltiples solicitudes y que es posible corregir con diversidad de técnicas adecuadas a cada problema.

Además de las distintas cirugías de embellecimiento genital femenino, realizamos tratamientos con radiofrecuencia, infiltración intravaginal con PRP o ácido hialurónico para tratar tanto el aspecto estético como problemas funcionales, ya sea por sequedad o molestias.

¿Cuáles son sus proyectos para el 2018?

Vamos a materializar

dentro de muy poco un gran proyecto para CSE, que va a suponer un enorme salto, crecimiento y mejora para nuestros clientes. Y es que en breve vamos a reunificar las dos divisiones que actualmente tenemos, en unas instalaciones conjuntas de unos 1200 m2 de superficie en pleno corazón de Santa Cruz de Tenerife, con gabinetes más modernos para acoger nuestras nuevas incorporaciones en aparatología. Con ello deseamos ofrecer un mejor servicio, mayor comodidad para el usuario, mantener los certificados de calidad y excelencia, optimizar nuestros recursos, seguir investigando en la búsqueda de los avances en estética y, por supuesto, proporcionar la mejor medicina estética y cirugía plástica que mantengan nuestra diferencia.

Centro Salud Estética
cirugía plástica, reparadora y estética

Centro Salud Estética
Dr. Antonio García Hernández

División de Cirugía Plástica y Medicina Estética
c/ Bethencourt Alfonso, 10
T 922 245 297
Santa Cruz de Tenerife

División de Estética y Láser
c/ Imeldo Serís, 41
T 922 241 190
Santa Cruz de Tenerife

www.saludestetica.com



ENTREVISTA

“La regeneración del sistema corneal es posible en el ojo humano”



Dr. Jorge Alió y Sanz

Cirujano oftalmólogo, catedrático e investigador de la Universidad Miguel Hernández

Hay personas capaces de transmitir la pasión que sienten por su profesión y contagiársela a su interlocutor. Este es el caso del doctor Jorge Alió y Sanz, investigador y cirujano oftalmólogo con una excelsa carrera dentro y fuera de nuestras fronteras. 103 premios avalan su labor clínica e investigadora, y alrededor de 780 publicaciones científicas y más de 45.000 operaciones oftalmológicas realizadas, le han aupado hasta el olimpo de los mejores cirujanos de su especialidad.

¿Qué avances se están viendo en la cirugía del segmento anterior del ojo?

La cirugía del segmento anterior del ojo ha experimentado una reciente revolución gracias, por ejemplo, al advenimiento de láseres, de nueva instrumentación, nuevas lentes, y también gracias a las novedosas formas de entender el funcionamiento del ojo y los resultados que obtenemos. Hoy por hoy, hablar de resultados es hablar de tecnología y de una línea de mejora continuada durante los últimos 20 años.

Por ejemplo, lo más destacado en la cirugía de la córnea es la variedad de modalidades de trasplantes de córnea que se están realizando y, lo más puntero, la cirugía re-

generativa de la córnea que evitará los trasplantes, ya que seremos capaces de regenerar los tejidos del propio paciente. De hecho, hemos realizado recientemente un estudio clínico que demuestra que la regeneración del estroma corneal es posible en el ojo humano. Somos pioneros en este campo.

También en el segmento anterior del ojo, ¿qué novedades encontramos en la cirugía refractiva?

En la cirugía refractiva la clave está en los cada vez mejores láseres, en la mejora de las técnicas quirúrgicas y especialmente en las técnicas de diagnóstico. Todo ello, la convierte en una cirugía muy segura cuando se emplea un

buen equipamiento de diagnóstico, los mejores láseres y las manos expertas del cirujano. Actualmente podemos decir que el 99% de los defectos refractivos tienen solución si se sabe emplear la tecnología disponible.

Cada vez existe un mayor número de diagnósticos de cataratas debido al aumento de la esperanza de vida. ¿De qué forma han mejorado estas intervenciones?

Las cataratas suelen aparecer alrededor de los 70 años, por lo que prácticamente todos acabaremos pasando por una operación de este tipo. En esta cirugía hemos experimentado un gran avance: ahora, no solo restauramos la visión del pa-

ciente, sino que mejoramos sus niveles de visión anteriores a la enfermedad. En este campo, lo más novedoso es la cirugía con lentes acomodativas.

Asociado a ello, si ponemos el foco en el glaucoma, primera causa de ceguera en Occidente, las cirugías han vivido una enorme revolución con el advenimiento de micro-válvulas que, además de hacer la cirugía más precisa y menos cruenta, logran mejores resultados y reducen las complicaciones. Poco a poco, esta cirugía suplantará el uso actual de colirios.

¿Qué relevancia está cobrando la tecnología diagnóstica en todos estos avances?

Tiene una importancia capital. Si estamos avanzando es porque sabemos más y esto lo conseguimos gracias a la tecnología diagnóstica, fuente fundamental de información sobre el ojo humano. Esta mejora en la tecnología diagnóstica nos lleva a realizar mejores cirugías y, por tanto, a obtener mejores resultados.

Ahora que vivimos más años, ¿cuáles son los principales retos de la cirugía oftalmológica?

Sobre todo, buscamos mejorar la calidad de vida de los pacientes. Calidad de vi-

El doctor Jorge Alió ha sido pionero en nuevas tecnologías de lentes intraoculares, así como en nuevas técnicas quirúrgicas en cirugía de la catarata y de la córnea y de la corrección de los defectos de refracción

da y calidad de visión van siempre de la mano, teniendo en cuenta que un 90% de los impulsos y estímulos sensoriales que recibe nuestro cerebro provienen de la vista.

Por poner un ejemplo, en la cirugía de cataratas que comentábamos antes, hemos logrado rebasar las expectativas iniciales; es decir, cuando antes se padecía de cataratas se trataba de recuperar la visión con gafas; después sin gafas, más tarde sin gafas de cerca y en estos momentos trabajamos para que el paciente pueda ver sin gafas y con mecanismos ópticos muy similares a la fisionomía y anatomía del ojo que le permiten recuperar la visión anterior o incluso mejorar sus niveles de visión anteriores a padecer la enfermedad.

Después de más de 45.000 operaciones realizadas, ¿qué le queda por hacer?

Trabajo día a día con el objetivo de mejorar. Si ya sabemos cómo restaurar el mecanismo de enfoque del ojo, ¿por qué no vamos a mejorar ese mecanismo para, por ejemplo, magnificar la imagen en un paciente que ve poco, o restaurar la normalidad del ojo a través de la cirugía regenerativa corneal? Hasta la fecha hemos hecho todo lo que hemos podido gracias al conocimiento que teníamos; ahora podremos hacer más porque sabemos más. Nos encontramos en un proceso de mejora constante gracias a la mejora de las técnicas

diagnósticas, al perfeccionamiento quirúrgico y al avance de la instrumentación quirúrgica. Buscamos la excelencia en Oftalmología: lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo para el paciente.

¿Podemos decir que España es un país puntero en cirugía oftalmológica?

España tiene una larga tradición en Oftalmología. Nuestro país ha dado grandes nombres en esta disciplina que han marcado un estilo. Sin embargo, no contamos con los recursos y apoyos necesarios por parte de los gobiernos que, en la actualidad, no se ocupan lo suficiente de la investigación clínica. Esta falta de recursos provoca que España no ocupe el lugar que se merece a nivel mundial.

Debido a estas carencias, hace diez años, profesionales de la Oftalmología nos unimos a través de Oftared: una red de profesionales que impulsa la investigación colaborativa. Esta red nacional colaborativa requiere del esfuerzo altruista de muchos profesionales, pero este no puede ser el único camino...

Oftared es una red de profesionales de la Oftalmología que impulsa la investigación colaborativa desde hace diez años

Por último, ¿considera que también los ciudadanos estamos alejados de la investigación o no la alentamos lo suficiente?

Es necesario un mayor reconocimiento del investigador ya que la investigación que se hace hoy nos curará a todos el día de mañana. Sería interesante, por ejemplo, permitir una política de mecenazgo, como ocurre en Estados Unidos o Reino Unido, donde muchos ciudadanos contribuyen voluntariamente apoyando la investigación a través de sus impuestos o mediante donaciones. Es una inversión que beneficia a la sociedad en su conjunto y que, además, puede convertirnos en una potencia tecnológica como ha ocurrido con Israel.

ENTREVISTA

“Es importante encontrar el equilibrio entre el bienestar interior y nuestra imagen exterior”

Dra. Gema Pérez Sevilla

Cirujano Maxilofacial experta en cirugía estética de la cara

Dicen que la cara es el espejo del alma, pero, en ocasiones, y especialmente cuando pasan los años, la imagen que nos devuelve el espejo no se corresponde con nuestro sentir interior. El tiempo pasa irremediamente y nos permite ganar en experiencia y en sabiduría. Cumplimos años y nos sentimos mejor por dentro, así que, ¿por qué no hacer que este sentimiento de plenitud vital que ofrece la madurez se refleje también en nuestra cara? La cirugía estética ofrece resultados cada vez más naturales, siempre que confiemos en las manos adecuadas. Hablamos con un referente en cirugía estética de la cara: la doctora Gema Pérez Sevilla.



¿Cómo surgió el flechazo por la cirugía estética facial?

Realicé la especialidad de cirugía maxilofacial en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Durante mi estancia en este hospital realicé cirugía oral, cirugía de traumatología facial, cirugía oncológica de cabeza y cuello, etc., pero si algo me llamó la atención en mi estancia fue ver como los pacientes, después de haber superado su enfermedad, tenían una gran preocupación por verse estéticamente bien. Ahí me di cuenta de la importancia que tiene la percepción de nuestro rostro y de cómo esta percepción puede hacernos sentir. Cambiando pequeñas imperfecciones del rostro, lográbamos un fuerte grado de satisfacción en el paciente. Así que, me enamoré de la cirugía estética de la cara, tanto por lo bonito de la técnica, como por la satisfacción que provocaba en las personas. Desde entonces, llevo más de 18 años dedicada en exclusiva a este tipo de cirugía.

Al mismo tiempo que avanza la tecnología, las técnicas quirúrgicas nos sorprenden con novedades. En este sentido, ¿qué ventajas ofrece el blefaroláser respecto a la blefaroplastia convencional?

El blefaroláser es una técnica que nos permite realizar un rejuvenecimiento integral de la mirada asistiendo el procedimiento únicamente con láser. En la zona del párpado superior, el blefaroláser ofrece similares resultados a los que obtenemos con la blefaroplastia



Pre y Post Neolifting de cuello en posición de flexión, la más exigente para la valoración de la flacidez cervical.



Tratamiento con láser Smartxide 2 DOT/RF y técnica Cleft Infiltration.



Blefaroláser de ambos párpados.

tia convencional, pero evitando complicaciones y logrando una mayor rapidez en la recuperación del paciente, al tratarse de una técnica mucho menos traumática. Nos permite eliminar el exceso de piel en el párpado superior y las bolsas de grasa.

En el párpado inferior, además de eliminar la bolsa de grasa inferior y las ojeras, podemos tratar las ojeras vasculares o pigmentarias, lo que no conseguíamos con la blefaroplastia convencional, además de eliminar las patas de gallo sin cicatrices exteriores.

La cirugía estética, ¿se sigue viendo como una cuestión frívola?

En ocasiones sigue existiendo esta percepción, pero creo que es totalmente lícito que la persona quiera verse mejor. Especialmente en la cirugía del envejecimiento, los pacientes, a medida que van cumpliendo años, sienten que son mejores profesionales, mejores padres, mejores hijos, mejores amigos... Es decir, con el paso del tiempo, a medida que vamos madurando, adquirimos un mayor bienestar interno. Sin embargo, a pesar de sentimos

“El neolifting es una técnica mínimamente invasiva que ofrece muy buenos resultados, provocando muy poco traumatismo y prácticamente ningún sangrado”

mejor por dentro, cuando nos miramos al espejo nos vemos peor. Se produce, por tanto, un desequilibrio entre cómo nos sentimos interiormente y lo que vemos en el espejo.

Lo que los pacientes quieren es encontrar ese equilibrio, que su cara refleje lo que sienten en su interior. Nosotros nos ocupamos de que exista esta concordancia interna y externa. Cuando la persona se siente bien en todos sus planos es más feliz.

¿Este sigue siendo un territorio eminentemente femenino o cada vez más hombres acuden a la consulta?

La cirugía estética está dejando de ser territorio únicamente de mujeres. En los últimos años ha aumentado el número de varones que acuden a la consulta. Hoy en día existe mucha competencia, sobre todo en el mundo laboral, y tener una imagen más joven, más fresca, importa mucho a los

En buenas manos

La vocación por la medicina ha acompañado a la doctora Gema Pérez Sevilla desde que era una niña. Durante su época de estudios universitarios en la Universidad Complutense de Madrid se decantó por la cirugía y después de especializarse en Cirugía Maxilofacial, llegó el flechazo por la cirugía estética de la cara. Fue en aquel momento cuando este idilio se formalizó al cursar el Máster de Medicina y Cirugía Estética y el Máster de Medicina Antienvjecimiento y Longevidad. Desde entonces se dedica en exclusiva a la cirugía estética facial con gran éxito y consigue, día tras día, lo que más anhela: hacer felices a sus pacientes a través de la profesión que le apasiona. La doctora Gema Pérez Sevilla es miembro de las más importantes organizaciones de cirugía plástica del mundo y atiende en el Instituto Médico Láser (IML) en Madrid. Si hay algo en su cara que le preocupa y no le permite estar satisfecho con su imagen, la doctora Pérez Sevilla puede ayudarle.

hombres de mediana edad. Otro de los motivos lo encontramos en lo que comentábamos antes, en la búsqueda del equilibrio entre el interior y el exterior.

Por último, me gustaría hablar de otra de las técnicas más novedosas en cirugía estética facial: el neolifting o ritidectomía. ¿En qué consiste y qué resultados ofrece?

El neolifting es una técnica mínimamente invasiva que ofrece muy buenos resultados. Se asiste mediante láser, por lo que podemos despegar y coagular el tejido al mismo tiempo, provocando muy poco traumatismo y prácticamente ningún sangrado. Además de asistir con láser, en esta técnica utilizamos unas cámaras muy finas de fibra óptica que nos permiten ver el interior de

la cara sin tener que realizar grandes despegamientos cutáneos. Esta técnica nos permite, por tanto, trabajar los planos profundos de la cara sin aumentar la agresividad. Empleamos además unas suturas flexibles en varias profundidades de la cara que permiten que exista movilidad y naturalidad en las gesticulaciones después del lifting. Gracias a esta novedosa técnica, podemos tratar casos de envejecimiento facial muy severos de forma poco invasiva.

Además, a la técnica de neolifting añadimos la técnica Cleft Infiltration que se realiza de forma simultánea. Se trata de infiltrar ácido hialurónico para evitar la aparición de arrugas de gesticulación.

ENTREVISTA

“La investigación, la asistencia sanitaria y los avances tecnológicos deben tener su centro en el paciente”

Dr. José Ignacio Salmerón

Jefe encargado del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Gregorio Marañón

Hablar del doctor José Ignacio Salmerón es hablar de excelencia en cirugía oral y maxilofacial. Es uno de los principales cirujanos maxilofaciales de nuestro país y trabaja a la vanguardia en las últimas técnicas diagnósticas y quirúrgicas en su especialidad. Hablamos con él sobre los últimos avances tecnológicos en este campo, acerca de las nuevas tendencias hacia la “humanización” de la atención sanitaria y sobre la estrecha vinculación entre la medicina pública y privada en España.

¿Qué peso está adquiriendo la tecnología en la cirugía oral y maxilofacial? ¿Hasta qué punto está revolucionando este tipo de cirugías?

Los avances tecnológicos están siendo de gran ayuda a la hora de realizar los abordajes quirúrgicos en varios sentidos: por un lado, nos permiten llevar a cabo una medicina de precisión centrada en el paciente y, por otro lado, en cuanto a la planificación de las cirugías, ahora podemos planificar previamente a través de modelos 3D mediante escáneres e impresoras. A partir de esta tecnología podemos, además, diseñar prótesis a medida de cada defecto maxilofacial, especialmente en casos de traumatismos o en pacientes oncológicos.

En resumen, estos avances permiten una mejor comunicación médico-paciente, hacen posible una planificación previa de cada intervención y, como resultado, conseguimos cirugías en las que se minimizan los errores y se acortan los tiempos de recuperación del paciente.

¿Este avance tecnológico otorga, además, mayor po-

der de decisión al paciente sobre su tratamiento?

La tecnología, ahora, nos permite realizar diagnósticos mucho más precisos. A partir de esta precisión en el diagnóstico, obtenemos diferentes planificaciones que podemos mostrar al paciente y, en algunos casos, se pueden plantear diferentes programaciones de cirugía para que pueda decidir entre una opción u otra.

En cuanto a la cirugía reconstructiva, ¿cuáles son las principales novedades?

Por un lado, tenemos la navegación, muy implantada ya en la cirugía maxilofacial. Esta navegación nos permite, tanto en fracturas faciales como en extirpaciones tumorales, realizar intervenciones muy al detalle, cada vez más precisas en los lugares afectados, salvaguardando así el resto de los tejidos. En casos oncológicos, esta precisión es especialmente importante. Con la planificación 3D conseguimos guías que nos indican cortes específicos en la zona del tumor, así como desarrollar injertos con una gran precisión.

En el mundo de la implan-

tología, podemos también realizar la planificación 3D a través de guías para decidir sobre el tamaño, la profundidad o la inclinación en la que se deben colocar los implantes en cada caso concreto.

Al hilo de lo que nos comenta sobre la implantología, ¿qué factores debemos tener en cuenta cuando nos sometemos a una cirugía de este tipo?

En el mundo de la implantología es de vital importancia ponerse en manos de un profesional formado y capacitado. Es fundamental que el profesional explique al paciente la problemática que ha detectado y le plantee posibilidades de tratamiento, por ejemplo, mediante una planificación virtual. Teniendo en cuenta las características particulares de cada paciente en cuanto a edad, problemas asociados, etc. se debe llegar a un consenso con el paciente respecto al tratamiento a seguir.

En la implantología nos encontramos cada día con ofertas con precios muy llamativos, pero, debemos tener en cuenta que, en muchas ocasiones, los planes de trata-



miento están realizados por comerciales de las clínicas y no por profesionales de la salud, lo que puede afectar a nuestra salud bucal.

Por otro lado, ¿cuáles son los casos más habituales con los que se encuentra en consulta?

Los grandes campos de un especialista en cirugía oral y maxilofacial son: la cirugía oral y la implantología; las

fracturas faciales, menos habituales en el presente por accidentes de tráfico (gracias a las medidas de seguridad al volante) siendo ahora más frecuentes por agresiones.

Además de la cirugía de traumatología, vemos muchas deformidades faciales por posiciones adelantadas o retrasadas de maxilares o defectos óseos, y el campo de los tumores de cabeza y cuello nos obligan a realizar cirugías

reconstructivas muy especializadas a través de injertos microquirúrgicos. Por último, otro de los campos principales es el abordaje de los tumores de las glándulas salivales.

Usted que desarrolla su actividad profesional tanto en la sanidad pública como en su clínica privada, ¿qué relación existe hoy en día entre ambas esferas?

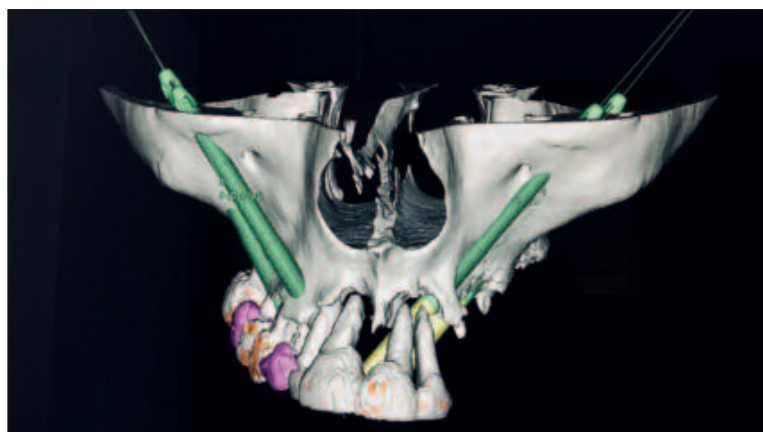
En mi caso concreto, soy jefe encargado del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Gregorio Marañón en Madrid y profesor asociado de cirugía en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Para mí es un orgullo y una gran satisfacción poder trabajar en ambos espacios, además de en mi consulta privada, siendo además el Gregorio Marañón uno de los más prestigiosos centros hospitalarios del país según MERCO.

Tanto en la sanidad pública como en la privada mi principal objetivo es centrarme al cien por cien en los pacientes. Es fundamental individualizar cada tratamiento, además de la colaboración multidisciplinar entre profesionales.

Todo debe girar en torno al paciente; la investigación, la asistencia sanitaria y los avances tecnológicos deben tener siempre su centro en ellos. La tecnología debe estar al servicio de los pacientes con el fin de individualizar cada caso, realizar diagnósticos más precisos e intervenciones quirúrgicas que ofrezcan mejores resultados con menos complicaciones y acortando los tiempos de recuperación.

Por último, aunque sea un ejercicio complicado y casi de predicción. ¿Dónde considera que estaremos dentro de unos años en cirugía maxilofacial, teniendo en cuenta los rápidos avances a los que estamos asistiendo?

En el futuro, al igual que ahora ya podemos realizar impresión de modelos en 3D, en menos tiempo del que esperamos, podremos imprimir materiales biocompatibles y bioreabsorbibles. Todo apunta a que será posible poder realizar también bioimpresiones de tejidos blandos y que se podrán fabricar estructuras bioactivas con compuestos farmacológicos que, por ejemplo, reduzcan la producción ósea o tengan propiedades antibióticas. Este es un futuro muy cercano.



GRUPO
HORO

ENTREVISTA

“El TAC torácico favorece la detección temprana del cáncer de pulmón en pacientes de riesgo”

Dr. Laureano Molins

Jefe de Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínic de Barcelona



El Dr. Laureano Molins López-Rodó es uno de los más prestigiosos especialistas en cirugía torácica de nuestro país. Hemos hablado con él para conocer cuál es la realidad de una especialidad que se ocupa, mayoritariamente, de las intervenciones de cáncer de pulmón.

¿Cómo ha evolucionado la cirugía torácica en los últimos años?

La evolución ha sido radical. Hace treinta años se solía decir que a “grandes cirujanos, grandes incisiones”. Desde 1992 la cirugía torácica –y la cirugía en general– se basa en abordajes mínimamente invasivos. En nuestro caso, al principio se empleaba para cirugía pulmonar menor, pero hoy estamos operando ya los tumores de pulmón con cirugía video asistida e incisiones pequeñas, lo que permite un recuperación más rápida del paciente. Para que se haga una idea, los pacientes operados de un cáncer de pulmón están una media de 5 días en el hospital, cuando hace unos años hablábamos de entre 10 y 15 días. Esa convalecencia domiciliaria permite, además, reducir al mínimo el riesgo de complicaciones o infecciones quirúrgicas.

¿La mayor parte de las intervenciones de cirugía torácica están relacionadas con el cáncer de pulmón?

El 80% de ellas, aunque la especialidad abarca todo lo

que incluye la caja torácica a excepción del corazón: neumotórax, patología de la pleura, de la pared torácica, del mediastino, etc.

¿Todos los pacientes diagnosticados con un tumor pulmonar son operables?

No. Solo podemos operar a 3 de cada 10 pacientes que han recibido ese diagnóstico. El resto no pasan por el quirófano o bien porque tienen metástasis o porque la enfermedad está localmente avanzada y ha invadido estructuras que no podemos extirpar. Haciendo números, si solo podemos operar al 30% de los pacientes y curamos a la mitad de ellos (el resto puede tener recaídas al cabo de unos años), al final estamos curando únicamente al 15% de las personas diagnosticadas.

Y eso se debe...

A que no existe un diagnóstico precoz y normalmente se espera al síntoma: esputo con sangre, dolor de tórax porque el tumor invade estructuras... De los cuatro cánceres con más prevalencia, el de pulmón es el de mayor mortalidad. El resto –ma-

ma, colon y próstata– no lo hace tanto porque ha habido grandes avances en diagnóstico precoz como la mamografía, la sangre oculta en heces y la colonoscopia o el marcador PSA, respectivamente. En el caso del pulmón no hemos tenido algo así hasta ahora.

¿Cuál es la alternativa?

Pues la mejor prevención es no fumar. 9 de cada 10 pacientes diagnosticados son o han sido fumadores. Hay que erradicar el tabaquismo porque, aunque hemos pasado del 45% al 29% de prevalencia en los últimos 20 años, el nivel sigue siendo muy alto. Hay que prevenir que los niños no empiecen a fumar y que el fumador abandone el hábito. Y luego tenemos algo más: el TAC torácico de baja dosis.

¿En qué consiste?

Hemos visto que en los pacientes de riesgo –fumadores y exfumadores de entre 55 y 70 años– es posible detectar nódulos o tumores muy pequeños con este tipo de prueba. En Estados Unidos se ha realizado un estudio con más

de 50.000 voluntarios que se han sometido al screening y se ha reducido la mortalidad un 20%. Para que se haga una idea, la tasa de curación de un tumor pulmonar de entre 1 y 2 centímetros es del 90%. Si los operamos cuando tienen 4 ó 5 cm como ocurre ahora, la tasa de éxito es mucho menor.

¿Por qué no se pone en marcha el sistema?

El TAC torácico de baja dosis ha recibido algunas críticas a causa de su coste beneficio, porque de cada 100 pacientes de riesgo, solo a 2 se les localizará un tumor. Sin embargo, conviene no perder de vista algo: si no operamos al 70% de los pacientes, el coste de los tratamientos de radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia es muy alto. Es cierto que han evolucionado y hoy mejoran la calidad y la esperanza de vida, pero no curan como hace la cirugía. Si con una criba como la de este TAC permitiera pasar a la mitad de esos 70 pacientes al tratamiento quirúrgico lograríamos un doble objetivo: mejorar las posibilidades de curación y ahorrar un dinero considerable en tratamientos de la enfermedad en estadio IV. Esa eficacia se demuestra en el hecho que las compañías de seguros norteamericanas ya aceptan el screening de cáncer de pulmón en pacientes de riesgo porque han

comprobado que les es más barato pagar la operación que sufragar el tratamiento de esa misma persona durante dos o tres años.

¿Hay opciones de instaurar esta prueba en nuestro país?

Llevo más de una década defendiendo ante a la comunidad científica y las administraciones públicas la puesta en marcha de un programa de screening de cáncer de pulmón y, finalmente, una vez obtenida la evidencia, vamos a arrancar un programa piloto en el Hospital Clínic que permita demostrar aquí lo que han demostrado ya en Estados Unidos. El objetivo ideal sería que esta prueba se instaura en el sistema del mismo modo que han hecho las que permiten lograr un diagnóstico temprano de los cánceres de mama, colon o próstata.

¿Cuál sería su plan estratégico ideal para luchar contra el cáncer de pulmón?

En primer lugar, acudiría una vez al año a los colegios para dar charlas a los niños y explicarles los efectos del tabaco sobre la salud, que no solo es el cáncer de pulmón, sino el de laringe, el de vejiga, el enfisema pulmonar o la cardiopatía isquémica, entre otros. Yo mismo lo he hecho en las escuelas de mis hijas y los alumnos lo entienden per-

fectamente. En segundo lugar intensificaría las campañas de prevención del tabaquismo e incidiría sobre los beneficios de dejar de fumar incluso en edades avanzadas. Si una persona de 50 años deja el tabaco, a los 15 años el riesgo de padecer un cáncer se reduce drásticamente y casi se iguala al de quien no ha fumado nunca.

La tercera parte de mi plan sería instaurar como protocolo la realización de un tac torácico a los fumadores o exfumadores de entre 55 y 70 años que permita detectar nódulos precozmente y encaminarlos hacia la cirugía. Para el resto, destinaría dinero y recursos a la investigación que permita obtener tratamientos dirigidos más personalizados. No sirve el café para todos, sino que debemos avanzar hacia más dianas terapéuticas.

¿Llegará un día que se cronifique esta enfermedad?

El objetivo final es curarlo y que desaparezca del cuerpo. Sin embargo, habrá algunos en los que se hará crónico y el paciente podrá convivir con él como ocurre con muchas enfermedades benignas que no se curan, como la fibrosis pulmonar. Lograr eso sería un gran avance.

www.ctsnet.org/home/lmolins
lmolins@clinic.ub.es

ENTREVISTA



“Nunca me he arrepentido de haber hecho una cesárea, pero sí de no haberla hecho”

Doctor Juan José Vidal Peláez

Jefe de la Unidad de la Mujer del Hospital Ruber Internacional

Se formó en el hospital madrileño de La Paz cuando allí se atendían 120 partos diarios, y fue Jefe de Sección hasta que en 1977 obtuvo la plaza de Jefe de Ginecología de Puerta de Hierro. Tras catorce años, Juan José Vidal Peláez dejó esa responsabilidad y pidió una excedencia de esta plaza y también la de Profesor Titular de la Universidad Autónoma de Madrid para crear la Unidad de la Mujer del Hospital Ruber Internacional, donde dirige un equipo de 15 médicos.

¿Cómo ha evolucionado la Ginecología desde que comenzó su carrera?

En Ginecología ha habido más avances que en Obstetricia, que es la especialidad que se ocupa del embarazo y del parto. Los grandes progresos se produjeron en los años setenta, empezando por la introducción de la anestesia epidural en el parto. Hoy se utiliza prácticamente en todos los partos, tanto en la sanidad pública como en la privada, salvo cuando la paciente no quiere. Otro de los grandes progresos de esos años fue el diagnóstico prenatal con la introducción de

la ecografía. Eso nos permite ver intraútero y detectar desde el primer trimestre si el feto tiene riesgo de padecer alguna alteración, y como la tecnología progresa y los ecógrafos son cada vez más precisos, el diagnóstico prenatal es más acertado.

¿Se abusa de la cesárea?

Hay muchas mujeres que demandan cesárea a la carta, porque saben que el parto es doloroso y que si el feto es grande, el paso de la cabeza fetal va a producir un destroz en la musculatura del perineo y el suelo pélvico. Eso requiere hacer recuperación

y aun así, cuando llegue la menopausia, pueden tener incontinencia de orina. También, como los controles son cada vez más precisos y la mujer está monitorizada, si hay una amenaza de pérdida de bienestar fetal, se practica una cesárea. La OMS dice que hacemos demasiadas, en general, pero yo no estoy muy de acuerdo, creo que el nivel de satisfacción de la mujer con una cesárea es muy grande. Las molestias del post-operatorio son prácticamente las mismas, con la diferencia de que el suelo pélvico no se afecta. Creo que hay que dejar evolucionar los

partos, intentar que la mujer dé a luz de forma natural, pero si hay alguna complicación, realizar una cesárea. Yo nunca me he arrepentido de haber hecho una cesárea, pero sí me he arrepentido de no haberla hecho, y llevo muchos años en esto. Ocurre igual con la lactancia materna, que es maravillosa, pero siempre que sea normal, porque si produce molestias a la mujer o no alimenta bien al niño, no hay ningún inconveniente para dar una lactancia artificial, que cada vez es mejor. No hay nada más idílico que una mujer que acaba de dar a luz y le da de mamar a

su hijo, pero no está bien llamar mala madre a la que no lo hace, le crea un sentimiento de culpabilidad que es absurdo.

¿Ayudan a las mujeres con dificultades para quedarse embarazadas?

Sí, y el campo de la reproducción es uno de los que más han evolucionado. La primera reproducción asistida se hizo hace 40 años, y el avance ha sido espectacular. La mujer de hoy intenta quedarse embarazada más tarde, y a partir de los 35 años la fertilidad disminuye, pero en las Unidades de Reproducción le solucionamos todos estos problemas con consejos y tratamientos y como último recurso, la Fertilización in Vitro. También hay donación de ovocitos y la doctora Elena Carrillo de Albornoz, que es la Jefa de Reproducción dentro de la Unidad de la Mujer, ha publicado recientemente un artículo muy interesante en el cual preconiza la vitrificación (una técnica de congelación) de óvulos. Cuando una mujer, antes de los 35 años, no sabe cuándo va a decidir quedarse embarazada, puede acudir a un Centro de Reproducción, donde se le extraen los óvulos y se congelan. Cuando decida tener un hijo, si lo intenta y no puede, puede recurrir a sus propios óvulos congelados que son los de una mujer joven.

Y en Ginecología, ¿cuáles han sido los mayores progresos?

Respecto a la mama ha habido avances sobre todo en diagnóstico. Antes sólo se hacía mamografía y ahora también se hace ecografía y resonancia magnética, y con las tres se detecta cualquier patología.

Con un diagnóstico precoz, las probabilidades de curación son prácticamente del 100%. Y la cirugía es cada vez menos invasiva. Antes, cuando una mujer tenía cáncer de mama le quitábamos la mama y todos los ganglios, que muchas veces no estaban afectados. Ahora, normalmente quitamos sólo el tumor y la zona de alrededor y gracias a la Medicina Nuclear extirpamos sólo el ganglio centinela que es el que está a la entrada de la axila, y, si no está afectado por el tumor, sabemos que el resto tampoco lo está y no hay que extirparlos. Y en los casos en que haya que quitar la mama, que son cada vez menos frecuentes, existe la Cirugía Re-

construtora Inmediata que realiza el cirujano plástico. La paciente se despierta y tiene sus mamas, lo que psicológicamente es muy importante. Este hospital ha sido pionero en hacer ganglio centinela y reconstrucción inmediata.

Y en cuanto a la patología del aparato genital también ha habido avances importantes en el diagnóstico, principalmente gracias a la ecografía y también a las técnicas radiológicas como el Scanner, la Resonancia Magnética Nuclear y el PET-TAC, y en el tratamiento gracias a técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas como la Laparoscopia o la Histeroscopia.

En nuestra Unidad de la Mujer, el Dr. Jiménez Ruiz, que es el Jefe de Cirugía Ginecológica, realiza intervenciones por cánceres en los cuales es necesario extirpar todo el aparato genital y las cadenas ganglionares correspondientes, mediante estas técnicas laparoscópicas que son mínimamente invasivas e igual de eficaces.

Y también ha resultado fundamental para la mejora de los tratamientos de los cánceres del aparato genital y de la mama la continua progresión en la Oncología Médica y Radioterápica con tratamientos cada vez más eficaces y con menos efectos secundarios.

¿Todo esto se podría evitar con más prevención?

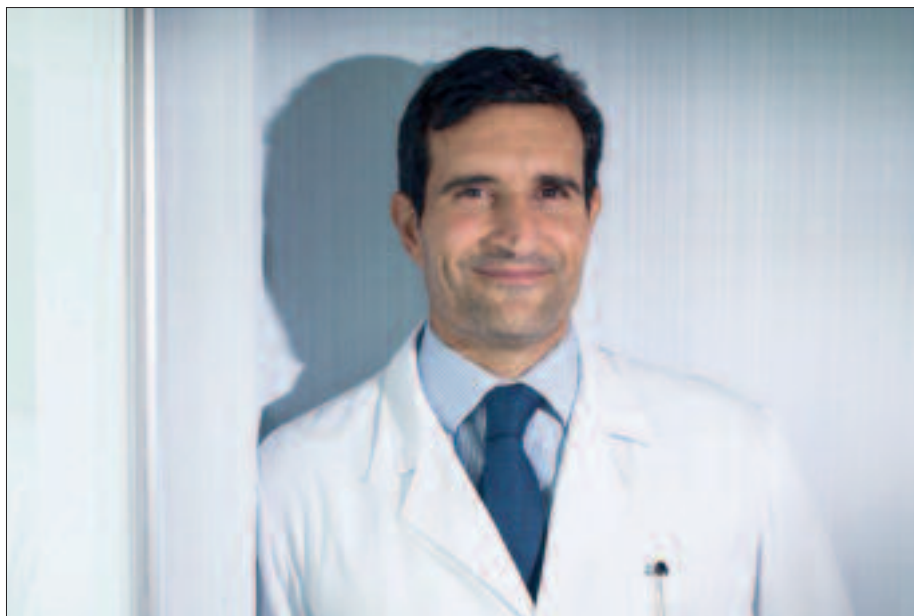
Pues sí, la clave es que la mujer vaya al ginecólogo una vez al año y así conseguimos unos diagnósticos cada vez más precoces. En esta Unidad, si una paciente pide cita para un chequeo, le hacemos una citología, una ecografía intravaginal, una analítica completa y, según su edad, una mamografía y una densitometría ósea.

Me siento muy orgulloso de haber hecho obligatoria la exploración mamaria en las revisiones ginecológicas. También he sido precursor en la petición de una analítica general, porque si vemos una alteración, la enviamos al especialista correspondiente, y me siento muy satisfecho de haber detectado varios cánceres de esta forma y multitud de problemas hepáticos, renales o tiroideos. No hay que olvidar que muchas mujeres al único médico que ven periódicamente es al ginecólogo y por eso la revisión debe ser lo más completa posible.

ENTREVISTA

Láser Holmium La solución quirúrgica incluso en próstatas grandes sin las complicaciones de una cirugía abierta

Dr. Javier Romero otero Urólogo, especialista en Patología Prostática y Andrología



Ejerce como responsable de la Unidad de Andrología y Cirugía Reconstructiva del HU 12 de Octubre y en varios centros privados por su alta especialización. El Dr. Romero Otero se centra en el diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia de la urología, siendo especialista y referente internacional en andrología, urología funcional masculina y patología prostática. Junto a su equipo, realizó el primer neofalo tras amputación por cáncer, siendo además pionero en cirugía prostática con láser de Holmium, sumando más de 1.300 cirugías de este tipo.

¿Qué enfermedades pueden afectar a la próstata?

La próstata puede producir patología en tres sentidos: cáncer de próstata, Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) e infecciones o prostatitis. Por ello, es esencial que a partir de los 45 años el hombre asista a hacerse revisiones de esta glándula. No en vano, el cáncer de próstata es el más frecuente en el varón y la HBP es la enfermedad benigna más frecuente entre los hombres. Es importante diagnosticar el cáncer de próstata precozmente y tratarlo de manera que no progrese porque, como no da sintomatología hasta que está muy avanzado, en la mayoría de casos se diagnostica en estado metastásico, descubriéndose por los síntomas que sí produce la HBP, porque ambas enfermedades suelen coexistir, estando presentes en

un 70% de los varones de 70 años.

¿Cuál es su opinión al respecto del cribado para el cáncer de próstata? ¿Es partidario de mantener una actitud prudente ante ciertos resultados del PSA?

En los últimos años venimos asistiendo a una auténtica revolución en el manejo del diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata. El PSA, utilizado históricamente como marcador tumoral para este tipo de cáncer, ha llevado a un 'sobrediagnóstico' y 'sobretatamiento' de esta patología, de manera que con un PSA por encima de 4 ya se pautaba realizar una biopsia aleatorizada y una ecografía de la glándula prostática. Así, se han dado como positivos casos que no iban a tener una significación clínica ni iban a poner en riesgo la vida del paciente. Des-

de mi punto de vista, tratar a estos pacientes no tiene ningún beneficio para su salud y además conlleva los efectos secundarios de un tratamiento innecesario en un cáncer que no se ha manifestado. Por esta razón, EE.UU. decidió retirar hace años el screening o cribado para cáncer de próstata, mientras que en España se mantiene.

Se ha referido también a una revolución en el tratamiento del cáncer de próstata...

Tratar el cáncer de próstata acarrea una serie de efectos secundarios que suelen consistir en incontinencia urinaria, disfunción eréctil e incluso complicaciones mayores, como fístulas. Por eso, nosotros aseguramos el diagnóstico a través de resonancia magnética prostática. Esta prueban de imagen nos

permite detectar los tumores que sí van a ser clínicamente significativos, los que sí van a poner en riesgo la vida del paciente, y biopsiarlos. Supongamos que la próstata es una naranja, gracias a la RM vemos dónde está la zona 'podrida', sin necesidad de hacer 20 pinchazos para encontrarla (como sucede en las biopsias aleatorias) y, además, podemos tratarla sin tener que quitar toda la naranja, realizando una terapia focal del tumor, evitando por tanto muchas cirugías innecesarias y los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de próstata. No obstante, siempre habrá casos en los que será necesaria la extirpación total de la glándula mediante cirugía, bien porque la zona tumoral sea muy extensa o porque el tumor sea oncológicamente muy agresivo.

¿En qué consiste la Hiperplasia Benigna de Próstata y cómo se trata?

Consiste en un agrandamiento de la próstata y, como la glándula abraza la salida de la vejiga, al crecer produce una patología obstructiva: la vía de salida de la orina se hace más pequeña, por lo que el chorro es más flojo y entrecortado. Entonces, la próstata se engrosa, esto es, se hipertrofia para crear la presión suficiente que permita salir la orina, pero esa hipertrofia no deja que la vejiga de distienda bien, de modo que el 'depósito' se hace más pequeño y el varón necesita levantarse varias veces en la noche para orinar.

Cuando el paciente presenta una obstrucción clínicamente significativa, iniciamos un tratamiento farmacológico pero, si fracasa, bien porque la sintomatología sigue siendo muy severa o porque aparecen complicaciones en forma de retención aguda de orina, sangrado, piedras en la vejiga o infecciones de repetición, la única forma de so-

lucionar el problema es con cirugía.

¿La HBP debe corregirse con cirugía abierta o los tratamientos láser son efectivos?

Depende de qué casos y depende de qué tratamientos láser. Volviendo al símil de la naranja, diríamos que el cáncer de próstata se desarrolla en la cáscara y la HBP en los gajos, de modo que cuando crece o se hipertrofia la naranja, hay que quitar esos gajos. Clásicamente, las próstatas de un tamaño menor a 60-80gr se podían operar a través de la uretra, eliminando parte de los gajos con un bisturí eléctrico para abrir una oquedad que permitiera vaciar con buena salida la vejiga. No obstante, como siempre queda tejido adenomatoso, que con los años vuelve a crecer repitiendo el problema, cuando la próstata era grande había que recurrir a cirugía abierta: abrir la cápsula prostática y extraer todo el adenoma (todos los gajos de la naranja). Entonces se obtenían los mejores resultados funcionales, puesto que al quitar todo se conseguía la mayor desobstrucción posible. La alternativa son los láseres, que llegan a la urología con la intención de ser capaces de retirar más tejido prostático a través de la uretra, evitando las complicaciones de la cirugía abierta.

¿Cuál es su láser de elección? Usted fue pionero en tratamiento de HBP con láser Holmium...

El láser que más se ha extendido en urología es el láser verde porque es el más sencillo de aprender a utilizar y además es más barato, pero la evidencia científica ha demostrado que el láser verde fracasa en próstatas mayores de 60-80gr, de modo que no soluciona el problema en las próstatas más grandes, lo que nos sitúa de nuevo ante la cirugía abierta como única opción. Sin

embargo, gracias al láser de Holmium, que es la técnica que nosotros utilizamos, podemos enuclear todo el adenoma prostático (quitar todos los gajos de la naranja) a través de la uretra, minimizando lo que se hace en cirugía abierta y consiguiendo los mismos resultados, pero minimizando las complicaciones.

Empezamos de forma pionera en España con esta técnica quirúrgica en el año 2007, realizándola desde entonces en todo el territorio nacional y en otros países, sumando más de 1300 casos. Hoy somos además equipo formador a nivel internacional del fabricante de esta tecnología.

La cirugía reconstructiva del área genital masculina es otro de sus campos de trabajo...

Sí. También hemos sido pioneros en cirugía reconstructiva del área genital. En 2007 iniciamos un programa de faloplastias y, por primera vez en nuestro país, realizamos un neofalo a un paciente de 40 años con amputación por cáncer de pene, consiguiendo una reconstrucción morfológica total, urinaria y sexual. Después empezamos a hacerlo también en casos de malformaciones congénitas, de pérdida por traumatismo y hoy en día hemos formado a un equipo para cirugía de cambio de sexo.

¿En qué casos están indicadas las prótesis de pene?

En pacientes con disfunción eréctil severa que no consiguen solucionar su problema con medicación. Las prótesis de pene son dispositivos muy seguros y eficaces que implantamos en una intervención quirúrgica de 45', consiguiendo devolver al paciente la espontaneidad en sus relaciones sexuales, dado que él mismo puede activar y desactivar la prótesis cuando quiere y sin fallos, puesto que se trata de un sistema hidráulico que proporciona una rigidez que se puede mantener el tiempo que quiera. En un estudio que realizamos sobre 300 pacientes tratados, su grado de satisfacción fue muy alto en más del 80% de ellos y de sus parejas.

ENTREVISTA



“He tenido la suerte de ver lo que fue y lo que es la neurocirugía”

Francisco Villarejo Ortega

Jefe de Neurocirugía del Hospital La Luz

Francisco Villarejo Ortega es jefe de la Unidad de Neurocirugía del Hospital La Luz y jefe de servicio de Neurocirugía del Hospital del Niño Jesús. Con él hemos hablado para conocer la realidad de la especialidad.

¿Ha cambiado mucho la neurocirugía en los últimos años?

Mucho. Y yo he tenido la suerte de ver lo que fue y lo que es la Neurocirugía. Al terminar mi formación de residente en el Servicio de Neurocirugía del Hospital La Paz, mi maestro, fundador de la Neurocirugía en España con el Dr. Adolfo Ley y el Dr. Barcia, me envió a Inglaterra y después a Estados Unidos. En La Paz teníamos más de 150 pacientes ingresados diariamente, se realizaban más de 1.000 cirugías al año y al principio no había TAC o escáner ni resonancia magnética (RM); en Inglaterra y Estados Unidos sí que había TAC, aunque la resonancia surgió más tarde.

Tecnología que ha evolucionado la disciplina...

Operábamos a los enfermos de urgencia y a los programados sólo con la angiografía cerebral, que consistía en introducir un contraste en el cerebro a través de una punción en la arteria carótida a nivel del cuello. Aquellos eran tiempos heroicos, sin duda. Hoy, con la RM (para mi uno de los mejores avances de la medicina) uno puede ver el cerebro y la columna vertebral por fuera y por dentro en las tres dimensiones del espacio. También podemos localizar un tumor, saber si es benigno o maligno, las relaciones que tiene con otras estructuras vecinas, si se puede operar y, en ese caso, cómo hacerlo gracias a los estudios radiológicos del cerebro.

¿Hablamos de cirugías mínimamente invasivas?

Así es. La mayoría de los tumores se pueden operar ha-

ciendo el menor daño. Ahí aportan mucho los neuronavegadores, que son como GPS que te permiten llegar al tumor, al foco epiléptico o a la patología existente, por la vía o camino más corto y sin hacer daño al resto del cerebro. Todas las intervenciones se realizan con microcirugía o con endoscopia. La microcirugía es el uso del microscopio quirúrgico, que permite ver la patología que tratamos con el aumento que queramos, desde 5 hasta 25 veces su tamaño, con una luz muy potente e instrumentos muy delicados que permiten hacer incisiones muy pequeñas y evitar lesionar estructuras importantes cerebrales.

¿Ocurre lo mismo con las patologías vasculares cerebrales?

La cirugía de la patología vascular cerebral también ha cambiado considerablemente. Se previene evitando la hipertensión, tratando la diabetes, evitando cifras de colesterol alto, etc., pero cuando ocurre un accidente cerebro-vascular existe el código Ictus. El paciente debe de ingresar inmediatamente en un hospital con Unidad de Ictus para intentar resolver el problema planteado. Mención aparte merecen las hemorragias cerebrales

producidas por rotura de una malformación que puede ser arterial (aneurisma) o arteriovenosa (angioma).

¿Cómo se tratan?

Hace años había que hacer craniotomías para exponerlas y aislarlas con clips metálicos. Hoy en día los aneurismas se intentan embolizar con pequeñas partículas llamadas microcoils y, si no es posible, se clipan con microcirugía abierta. En los angiomas, si son de menos de 3-4 cm., se puede aplicar radiocirugía. En caso contrario se intenta embolizarlas o extirparlas en bloque con cirugía abierta.

A nivel de la columna vertebral también ha cambiado todo. Hace años apenas teníamos los síntomas del enfermo, la exploración neurológica y la mielografía para hacer el diagnóstico. Esta última técnica consistía en introducir un contraste en la columna vertebral a través de una punción lumbar y realizar luego radiografías donde se veía si había una hernia discal lumbar, dorsal o cervical u otro tipo de compresión. A estas intervenciones, y siempre con microcirugía, ayudaron el uso de los navegadores, los aspiradores ultrasónicos y los potenciales evocados.

En el caso de la columna, ¿ha habido variaciones en la prevalencia de las enfermedades?

Sí. Antes predominaba la patología congénita, sobre todo la espina bífida, una malformación que ha desaparecido gracias a la prevención con ácido fólico que se administra antes de quedarse embarazada a las futuras mamás durante 3 meses y otros 3 meses después del embarazo. De esta forma prácticamente no existe esta malformación medular. Lo que ha cambiado también es la patología degenerativa. Los españoles, junto con los japoneses, somos los que más vivimos, con una esperanza de vida media de 83 años. Debido a esto y a la vida que llevamos con más deporte, mejor alimentación, etc., las enfermedades degenerativas son más frecuentes.

¿Qué patología degenerativa encontramos que antes no había?

La mayor es la estenosis de canal lumbar. Este canal se va cerrando y va comprimiendo la médula y las raíces nerviosas y los pacientes a partir de los 60-70 años comienzan con el síndrome del escarapate que se caracteriza por una claudicación neurógena. El paciente cuando camina una serie de metros se tiene que parar porque pierde fuerza en las piernas, se le duermen y no puede seguir caminando y se tiene que parar mirando un escarapate o sentarse en algún banco. El tratamiento de esta patología en principio es conservador (analgésicos, antiinflamatorios y rehabilitación), pero en la mayoría de los casos la estenosis sigue progresando y es necesaria la cirugía.



¿Cómo es esa intervención?

Se trata de una técnica quirúrgica mínimamente invasiva. Se amplía el canal con microscopio y se colocan espaciadores, que son pequeñas prótesis que aumentan el canal. Son cirugías de 30-40 minutos y el enfermo es dado de alta a las 24-48 horas y hace vida normal a las 2-3 semanas. También el tratamiento de la hernia discal ha cambiado completamente. Ya no es necesario operar todas como hace años, sino solo las que no ceden con tratamiento conservador, son de tamaño más grande y producen déficits neurológicos.

El tratamiento que ha sufrido el mayor cambio son las fracturas vertebrales. Antes a los pacientes con osteoporosis y con fracturas se les obligaba a estar en cama con un lecho

de escayola 3 meses o con corsés rígidos. Hoy en día se realiza una cirugía percutánea que permite inyectar un cemento o una silicona dentro de la vértebra, permitiendo después de 20 minutos de cirugía que los pacientes sean dados de alta a las 24 o 48 horas sin corsés rígidos.

Cambios notables...

Así es, la neurocirugía ha sufrido un gran cambio en los últimos años que ha permitido que tengamos diagnósticos más fiables, intervenciones más sencillas y tiempos de recuperación más breves. Y todo ello ha beneficiado a los enfermos que padecen patologías que afectan al sistema nervioso.

