

Cirugía colorrectal: justificación de un área de conocimiento específico

A nadie le puede causar sorpresa si decimos que desde hace casi una década venimos reivindicando la oportunidad de crear en nuestro país un área acreditada de conocimiento específico para la cirugía colorrectal. La justificación de este reconocimiento puede estar avalada por razonamientos históricos, asistenciales y sociales.

Razones históricas

Un breve análisis de nuestro entorno europeo constata que desde las últimas décadas del siglo XIX han ido surgiendo grandes cirujanos generales que prestaron una específica atención a la cirugía de colon y recto. Especialmente innovadores surgieron, desde Gran Bretaña, nombres tan brillantes como: Frederick Salmon, David H. Goodsall, W. Ernest Miles, Lloyd-Davis, J.P. Lockhard-Moumery, Milligan, C.N. Morgan, Alan Parks, J. Goligher, etc. El punto de referencia mundial de esta cirugía ha sido el Hospital San Mark's de Londres desde la segunda mitad del siglo XIX hasta bien avanzado el pasado siglo. Pero también es cierto que, a pesar de toda esta pléyade de ilustres cirujanos colorrectales, nunca ha habido en Europa una acreditación de esta área como subespecialidad.

Por el contrario, en Estados Unidos, el reconocimiento de la cirugía colorrectal como un área quirúrgica especializada comenzó ya a fraguarse en la última década del siglo XIX. La Asociación Americana de Proctología fue fundada en Columbus, Ohio, el 7 de junio de 1899 y Joseph Mathews, de Louisville, fue su primer presidente.

Un miembro destacado en la evolución de esta especialidad en Estados Unidos fue el Jefe de la Sección de Proctología de la Clínica Mayo: el Dr. Louis Buie. Éste, junto con otros destacados cirujanos como Harry Bacon, fundó en 1949 el Board Americano de Proctología y posteriormente fue el primer editor de la revista *Diseases of the Colon & Rectum*. Asimismo, un miembro que reivindicó la especialidad fue Edward Martín, de Detroit, que presidió esta primera etapa de la Sociedad Americana de Proctología. Como un complemento fundamental para la formación de los *fellowship* en cirugía colorrectal, se crea en 1958 la Fundación para la Investigación en Coloproctología. De forma similar a lo que ocurrió en México y en nuestro país, con el fin de dar protagonismo a la compleja cirugía colorrectal, en los años sesenta, se reconvierte la Sociedad de Proctología en la actual American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS). Sociedad, que con una trayectoria de más de 100 años, ha venido mar-

cando los avances de la cirugía colorrectal de las últimas décadas.

El reconocimiento o acreditación como área especializada, de forma similar a Estados Unidos, se ha seguido en Canadá y Australia, así como en muchos países latinoamericanos: México, Argentina, Brasil, Chile, etc. En éstos, la mayoría de sus líderes han tenido en su formación y organización una influencia claramente estadounidense.

Sin embargo, a pesar de la creación de la European Society of Coloproctology (ESCP) y del European Board of Surgery Qualification (EBSQ) en coloproctología, en ningún país de nuestro entorno, exceptuando recientemente el Reino Unido y Suecia, se ha acreditado esta actividad como específica y, mucho menos, ha tenido un reconocimiento como especialidad; como había ocurrido en Estados Unidos y en los países antes mencionados.

Razones asistenciales

Desde el punto de vista asistencial, los argumentos más sólidos que demandan la creación de esta área específica son, por una parte, el grado de complejidad del manejo de los pacientes con afecciones coloproctológicas, y por otra, el impacto que tiene, principalmente el cirujano, en los resultados del tratamiento de los procesos de mayor dificultad. El progreso científico y técnico de la cirugía en los últimos 50 años ha sido espectacular. Obviamente, la coloproctología ha estado involucrada en este progreso. Especialmente interesante ha sido la creación y el desarrollo de los laboratorios para el análisis de la función anorrectal: estudios manométricos, electromiográficos, videodefecográficos, etc. Estudios que han permitido redefinir y comprender la fisiopatología de las alteraciones estructurales y funcionales del intestino terminal¹. Todo esto ha llevado a tener que aprender nuevas y complejas técnicas para el tratamiento de enfermedades del suelo de la pelvis, como incontinencia fecal, defecación obstructiva, prolapsos de los órganos pelvianos, etc.

Gracias a estos estudios, se ha podido clarificar muchos de los mecanismos que controlan la fisiología de la continencia y la defecación, impulsando nuevas y complejas técnicas con preservación de esfínteres para el tratamiento de enfermedades que han incrementado su prevalencia e incidencia en nuestro entorno, como la enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI) y el cáncer colorrectal (CCR), entre otras.

Todos estos avances han ido aumentando de forma considerable el contenido del área de conocimientos de la coloproctología: inmunológicos, genéticos, biológico-moleculares, etc. Este aumento exige una dedicación específica por parte de los médicos para conocer y resolver estos nuevos desafíos.

En los últimos 10 años se ha publicado un gran número de estudios que vienen a demostrar la eficacia del cirujano con formación y dedicación a la coloproctología frente a la del cirujano general a la hora de tratar estos problemas. Tanto en la cirugía colorrectal programada como en la urgente se han constatado mejores resultados cuando las operaciones han sido realizadas por cirujanos especializados.

Hoy hay evidencia científica que demuestra que el cirujano es una variable independiente con impacto pronóstico en los resultados de los tratamientos de procesos tales como la incontinencia fecal compleja, la EICI y el cáncer de recto, entre otros. Por su importancia y la limitación de extensión que tiene el editorial, comentaremos, especialmente, los estudios sobre el CCR.

El cirujano con dedicación específica a la cirugía colorrectal y con mayor volumen de pacientes consigue mayor número de resecciones curativas (R0) en pacientes con cáncer colorrectal que los no especializados, lo que es probable que induzca a un incremento de la supervivencia². Asimismo, la organización de grupos multidisciplinares (GMD) con cirujanos con dedicación exclusiva al tratamiento del cáncer de recto tiene impacto pronóstico en los resultados, en términos de menor morbilidad posquirúrgica, mejor control de las recidivas locoregionales y mayor supervivencia³. Esta especialización de los cirujanos incrementa las tasas de cirugía con preservación de esfínteres⁴. Por otro lado, con independencia de la complejidad y la comorbilidad de los pacientes (*case-mix*), la concentración de volumen de pacientes y la especialización en coloproctología de los cirujanos consiguen los mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con CCR⁵.

Aún hay una controversia sobre la relación entre una concentración de casos de afección colorrectal en un hospital y la optimización de resultados. Trabajos recientes apuntan a que una concentración de volumen en hospitales de primer nivel, junto con cirujanos expertos, se asocia a mejores resultados en el manejo del CCR⁶. Por el contrario, un reciente estudio que analiza una selección de los trabajos publicados en los últimos 45 años, respecto a esta controversia, llega a la conclusión de que los factores que realmente tienen impacto pronóstico en cuanto a los resultados de los procesos complejos quirúrgicos (incluyendo los colorrectales) son: la especialización del cirujano y la acumulación de volumen o experiencia en un tipo de cirugía concreta. Por el contrario, sólo con la acumulación de un gran volumen de pacientes en un hospital el beneficio es más cuestionable⁷.

Razones sociales

Nadie mejor que los cirujanos para saber la repercusión de nuestros actos asistenciales en el devenir de nuestros pacientes. También los cirujanos somos pro-

bablemente los médicos que practicamos con mayor severidad la autocritica. El sociólogo de la Universidad de Pennsylvania, Charles Bosk, describió hace casi 30 años las propiedades del fracaso quirúrgico en un paciente, respecto a los fracasos de los internistas. Decía el profesor Bosk que cuando un paciente de un internista se muere, sus colegas le preguntan: ¿qué ocurrió? Por el contrario, cuando el paciente que fallece es consecuencia de un acto quirúrgico, nuestra habitual pregunta es: ¿qué hizo usted? Parece pues una constante, creer que nuestra actividad es más responsable que la de los otros médicos y también es la que nos obliga a dar más cuenta de ella a nosotros mismos y a la sociedad. Por ello, hoy más que antes, con la desaparición de la relación vertical tradicional médico-enfermo, tenemos que asumir la autonomía del paciente y toda la legislación que regula esa relación. Destacando el derecho del paciente a la información en términos probabilísticos sobre las alternativas terapéuticas y los resultados esperados, el derecho a una segunda opinión, etc. Estos condicionamientos sociosanitarios están traduciendo una demanda específica de los pacientes a ser tratados por los especialistas, con mejores resultados contrastados.

En cualquier caso, como viene siendo una constante en medicina, el progreso científico y la demanda social van siempre por delante y marcan el camino a la legislación.

En resumen, basándonos en razonamientos de índole histórico, asistencial y de demanda social, el futuro inmediato, siguiendo el camino ya iniciado por el Reino Unido y Suecia, es la acreditación de unidades asistenciales para la formación, durante un año, en el área de conocimiento específico en coloproctología. Iniciativa que comparte la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y la Asociación Española de Coloproctología (AECP).

Salvador Lledó Matoses

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.

Bibliografía

1. Lledó S, Roig JV, Tomás M, Minguez M, editores. Avances en Coloproctología. Barcelona: JIMS; 1990.
2. McArdle CS, Hole DJ. Influence of volume and specialization on survival following surgery for colorectal cancer. *Br J Surg*. 2004;91:610-7.
3. García-Granero E, Martí-Obiol R, Gómez-Barbadillo J, García-Armengol J, Esclapez P, Espí A, et al. Impact of surgeon organization and specialization in rectal cancer outcome. *Colorectal Disease*. 2001;3:179-84.
4. Purves H, Pietrobon R, Herve S, Guller U, Miller W, Ludwig K. Relationship between surgeon caseload and sphincter preservation in patients with rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:195-202; discussion 202-4.
5. Smith JA, King PM, Lane RH, Thompson MR. Evidence of the effect of 'specialization' on the management, surgical outcome and survival from colorectal cancer in Wessex. *Br J Surg*. 2003;90:583-92.
6. Rogers SO Jr, Wolf RE, Zaslavsky AM, Wright WE, Ayanian JZ. Relation of surgeon and hospital volume to processes and outcomes of colorectal cancer surgery. *Ann Surg*. 2006;244:1003-11.
7. Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg*. 2007;94:145-61.