



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Las modas en la Cirugía General

Fashions in General Surgery



No les voy a engañar. Este editorial ha sido inspirado por la lectura reciente de *Vida cotidiana y velocidad* (Herder), el ensayo póstumo de Lluís Duch, antropólogo y monje de Montserrat recientemente fallecido. Escribe Duch: «la moda es imitación de modelos construidos por especialistas que, de una manera u otra, son fieles servidores de las apetencias e intereses del mercado. (...) Los seguidores de la moda reducen su conducta a meros ejemplos de una regla (la moda) a la que se otorga una autoridad e infalibilidad ilimitadas». Les animo a que lean el ensayo entero, aunque ello les suponga un cierto esfuerzo. El estilo de Duch no es de los más llanos, pero el núcleo de su argumentación, cuestionando el supuesto progreso de nuestra cultura en el siglo XXI, no tiene desperdicio.

No creo que a estas alturas nadie deba ni pueda reprocharme que implique a la Cirugía en el mismo circuito que las modas del vestir, de la música popular o de los alimentos ecológicos. Las pruebas son demasiado evidentes. Pero por si acaso, las traigo ahora a la consideración de los lectores de CIRUGÍA ESPAÑOLA que deseen actualizarse.

Si empezamos por los comienzos, como debe ser, he de confesar que en los primeros años de mi ejercicio profesional me llamó poderosamente la atención el *rise and fall* de un sinnúmero de intervenciones que se ponían de moda en los circuitos supuestamente académicos, de la mano de cirujanos estrella, para durar apenas algunos años en los foros quirúrgicos. A bote pronto recuerdo la miotomía sigmoidea para la diverticulosis¹, la dilatación anal para las hemorroides² o el anillo de Angelchik para el tratamiento del reflujo gastroesofágico³. Estamos hablando de los años 70-80. Fueron modas pasajeras que no duraron ni lo que duró la minifalda y que dejaron muy mal recuerdo. Por no hablar de algunas propuestas efímeras que viví de muy cerca y que me parecieron, ya en aquellos años, auténticas barbaridades cuestionables no solo desde el punto de vista científico sino, simplemente, ético, como poner esófagos de teflón, tráqueas de silicona o quitar el páncreas en las pancreatitis graves. Por si fuera poco, en los años de la transición secular, Longo describió el grapado hemorroidal⁴, al que una cohorte de cirujanos actualizados se adhirieron acriticamente causando

una epidemia de cataclismos pélvicos y anales algunos de los cuales fueron honestamente publicados⁵ pero, como sucede con tantas innovaciones, muchos se ocultaron. Eso sí, el diario *El País* (17.12.2002) se hizo eco de la irrupción de una «máquina automática que (...) evita la cirugía convencional».

El fenómeno de las modas no quedó circunscrito a las últimas décadas del siglo XX cuando las innovaciones quirúrgicas fueron justamente llamadas a capítulo en *The Lancet*⁶. A pesar de que, teóricamente, los criterios para la introducción de nuevos procedimientos quirúrgicos se han endurecido^{7,8}, las modas siguen apareciendo y desapareciendo impulsadas por una simbiosis entre la vanidad de los cirujanos, la hipocondría social y los intereses industriales. La laparoscopia, por ejemplo, supuso un avance notable en la cirugía adrenal, pero se convirtió en sentencia de muerte para los pacientes con carcinoma adrenocortical potencialmente curable, muchos de los cuales han fallecido por carcinomatosis peritoneal a manos del fundamentalismo⁹. Cuando llegó la cirugía de puerto único, los laparoscopistas que no se subieron al carro eran casi menospreciados en los círculos más *fashion*, pero hoy apenas queda rastro de ella. Claro que se pueden sacar la vesícula por la boca o el colon o el bazo por la vagina, intervenciones que hasta han ocupado visibles titulares en la prensa diaria, pero, todo indica que la cirugía por orificios naturales está en peligro de extinción.

En mi subespecialidad de Cirugía Endocrina, las modas se han sucedido a una velocidad vertiginosa en los últimos 30 años, en especial por cuanto se refiere al acceso a la glándula tiroides. En uno de los cursos organizados por el profesor Moreno González en el Hospital 12 de Octubre a finales de los 90, Michel Gagner presentaba una hemitiroidectomía endoscópica con 3 trocares realizada a una muchacha de 28 años que estuvo 4 h en quirófano¹⁰. Compartía con él mesa redonda y cuando se me pidió una opinión sugerí que este tipo de cirugías debería estar prohibido. Gagner replicó que los «cirujanos generales eran muy conservadores». Veinte años más tarde, Inabnet, su discípulo más aventajado —al que se le supone una gran experiencia— intentaba una hemitiroidectomía por vía transaxilar en un hospital de Barcelona que culminó tras más de 5 h con un repaso

a la vena yugular interna. Henry defendió la paratiroidectomía endoscópica¹¹ que ha muerto con su jubilación, salvo en manos de algún epígono recalcitrante. Después de Gagner y Henry llegó Paolo Miccoli con el acceso endoscópico abierto (MIVAT) a la glándula tiroidea, que sedujo a no pocos incautos. Como ocurre con las propuestas de métodos supuestamente disruptivos, el grupo de Pisa jamás presentó una auditoría creíble de complicaciones permanentes tras cientos de tiroidectomías MIVAT, muchas de ellas probablemente innecesarias debido al peculiar sistema de financiación italiano. Pero ello no es una excepción en el mundo de las modas: o bien no se discuten, o bien se mencionan de pasada situándolas por debajo del 1% (o las dos cosas)¹².

En 2003, a petición de Agustín del Valle, moderé una mesa redonda en Sevilla durante el III Curso de Formación de MIR en Cirugía Endocrina, en la que se comentaban dos retransmisiones simultáneas de cirugías en directo: una hemitiroidectomía por el propio Miccoli para extirpar un nódulo tiroideo de 4 cm a través de una incisión de 2 cm, y una paratiroidectomía endoscópica de un colega español. Cuando Miccoli acabó a duras penas un trabajo sucio le pedí que midiera la herida que en aquel momento ya alcanzaba los 4 cm (desde entonces se enfriaron mis relaciones con el cirujano de Pisa). Cuando llevaba casi una hora sin dar con el adenoma paratiroideo (localizado, por cierto, en la gammagrafía), el colega endoscopista preguntaba a la audiencia si les parecía necesaria la ligadura de la vena tiroidea media. Comprenderán que tras las experiencias vividas en Madrid y Sevilla haya desestimado sistemáticamente otras invitaciones similares.

Pero las modas continúan a pesar de todo. Los cirujanos surcoreanos han masacrado recientemente los tiroides sanos de miles de compatriotas a golpe de cribados, sobrediagnóstico y cirugía robótica mereciendo la censura de las más altas instancias académicas¹³. Algo similar ha sucedido con lo último en accesos remotos a la glándula tiroidea a través del labio inferior. El tecnostar tailandés Angkoon Anuwong ha popularizado esta vía, después del fracaso del acceso sublingual propuesto por autores alemanes por complicaciones graves confesadas¹⁴. Menos mal que esta última no llegó a alcanzar la categoría de moda quedando circunscrita a Essen. Anuwong y sus seguidores no han aportado nunca datos fiables sobre las complicaciones derivadas de la vía de acceso o bien, como en los ejemplos que hemos ido citando, las cifran por debajo del 1%¹⁵, algo muy extraño en una técnica que, a las complicaciones inherentes a la tiroidectomía convencional, añade las propias de un acceso atípico que, como el resto de accesos remotos, abren más posibilidades de complicaciones como dolor, lesión del nervio mentoniano o infecciones de tejidos blandos. En todos estos casos cabe pensar si los cirujanos *glam* priorizan el bienestar y la seguridad de sus pacientes o más bien inscribir su nombre (en letra pequeña) en la historia de la Cirugía Endocrina.

Las modas quirúrgicas representan una amenaza sanitaria cuando tratan de incorporar al arsenal técnico de nuestra especialidad intervenciones con un riesgo mayor que las ya utilizadas, más caras, más prolongadas y con curvas de aprendizaje injustificables por el escaso beneficio que aportan.

Antonio Machado, que de conservador no tenía nada, escribió que «de cada diez novedades nueve no lo son y una no lo es tanto». No hay que poner palos a las ruedas al progreso de nuestra disciplina, sin duda, pero sí tenemos el deber moral y científico de cuestionar qué entendemos realmente por «progreso».

BIBLIOGRAFÍA

1. Reilly M. Sigmoid myotomy: five years results. *Proc R Soc Med.* 1970;63 Suppl.:139-41.
2. Lord PH. A new approach to haemorrhoids. *Prog Surg.* 1972;10:109-24.
3. Angelchik JP, Cohen R. A new surgical procedure for the treatment of gastroesophageal reflux and hiatal hernia. *Surg Gynecol Obstet.* 1979;148:246-8.
4. Longo A. Pain after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet.* 2000;356:2189-90.
5. Botey M, Piñol M, Troya J, Pachá MÁ, Vela S, Navinés J, et al. Primera complicación grave descrita tras hemorroidopexia de Longo. *Rev Esp Enf Ap Dig.* 2012;104:392-3.
6. Surgical innovation under scrutiny. *Lancet.* 1993;342:187-8.
7. Special Symposium. Innovation by surgeons. *Surgery.* 2008;143(2).
8. Sitges-Serra A. Innovation, ethics and sustainability. *JASGBI.* 2012;38:20-1.
9. Kiernan CM, Lee J. Minimally invasive surgery for primary and metastatic adrenal malignancy. *Surg Oncol N Am.* 2019;28:309-26.
10. Gagner M, Inabnet BW 3rd, Biertho L. Endoscopic thyroidectomy for solitary nodules. *Ann Chir.* 2005;128:696-701.
11. Henry JF, Defechereux T, Gramatica L, de Boissezon C. Endoscopic parathyroidectomy via a lateral neck incision. *Ann Chir.* 1999;53:302-6.
12. Miccoli P, Materazzi G. Minimally invasive, video-assisted thyroidectomy (MIVAT). *Surg Clin N Am.* 2004;84:735-41.
13. Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer «epidemic» — screening and overdiagnosis. *N Engl J Med.* 2014;371:1765-7.
14. Karakas E, Steinfeldt T, Gockel A, Mangalo A, Sesterhenn A, Bartsch DK. Transoral parathyroid surgery — a new alternative or nonsense? *Langenbecks Arch Surg.* 2014;399:741-5.
15. Jongekkasit I, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Anuwong A. Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019;48:165-80.

Antonio Sitges-Serra
Departamento de Cirugía, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de
Barcelona, Barcelona, España

Correo electrónico: asitges@hospitaldelmar.cat

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.06.005>
0009-739X/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de
AEC.