



¿Cirujano Hepato-bilio-pancreático? *

*Los pronósticos son siempre difíciles,
sobre todo, cuando tienen qué ver con el futuro.*
Bernard Shaw

Desde hace tiempo preocupa a todos el porvenir de la cirugía general, su definición, su existencia como especialidad: sus alcances y limitaciones han sido objeto en todo el mundo de discusiones maduras y de publicaciones en las principales revistas quirúrgicas internacionales.

El desarrollo de distintas especialidades quirúrgicas ha ido “limitando” el lugar de la cirugía general, en cuanto a la realización de muchas operaciones por distintos especialistas.

En los Estados Unidos, en 1983, sólo el 23% del total de las operaciones realizadas correspondieron a cirugía general.

En el excelente artículo titulado “**La oveja perdida**”, el doctor John Braasch, muestra gráficamente cómo ha ido variando y a su vez limitándose el alcance de la cirugía general, en comparación con lo que sucedía en los años 40’s, 60’s y 80’s. En un dibujo que tiende a mostrar esta situación, aparece una oveja (la cirugía general) en medio de lobos feroces (las distintas especialidades quirúrgicas, la radiología, la endoscopia intervencionista, etc).

Sin embargo, no creo que sea la disputa de sectores lo que constituye el meollo principal de esta cuestión. Quizá nos hemos aferrado demasiado los cirujanos generales a las definiciones que de la cirugía general existieron durante los primeros cincuenta años de este siglo.

¿Que es la cirugía general?

Es quizá oportuno considerarla hoy como aquella que comprende y maneja todo lo que hace relación a los principios básicos de la cirugía, pues entiende, al decir de Claude H. Organ (jr), en cicatrización de heridas, metabolismo quirúrgico, nutrición, resucitación cardiopulmonar, inflamación, infección, terapia antimicrobiana, traumas múltiples, inmunología, trasplante de órganos, etc.

Debemos convencernos de que la cirugía no es una disciplina de exclusión pues posee un cuerpo específico de conocimientos, es útil a la atención de los pacientes, tiene válidos antecedentes científicos y es parte vital del proceso de educación de pre y posgrado.

Se hace importante conocer aquí la propuesta del cirujano de Baltimore, doctor Gradner Smith, quien discurre sobre la necesidad de que existan dos tipos de cirujanos generales: un cirujano general práctico y un cirujano general académico.

El porqué del cirujano hepato-bilio-pancreático (H.B.P.)

a) Antecedentes históricos

Existe historia y antecedentes que legitiman quizá por sí solos su posible existencia, desde la época del misticismo (más de 1.500 años a. de C., hasta nuestros días, como lo señala John W. Braasch en *History of Biliary Tract Surgery*.

* Con gusto reproducimos el presente artículo, gentilmente remitido para su publicación por su autor, el doctor Enrique Beveraggi, Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina), Profesor Titular de Cirugía de la Universidad Nacional de Buenos Aires y Consultor Extranjero de nuestra Revista CIRUGIA.

b) Formación básica

El cirujano hepatobiliopancreático, como otros cirujanos especializados, deberá tener una sólida formación en cirugía general, quizá en centros universitarios o de gran complejidad, donde adquirieran en forma cierta los conocimientos básicos en metodología de la investigación, bioinformática, cirugía teórica, epidemiología y bioética.

Cada uno de estos pilares tiene fundamentación propia, pero a modo de ejemplo nos referimos sólo a la de la bioética.

Los cirujanos tenemos una relación muy concentrada e íntima con los pacientes, que nos obliga a ser los más decididos defensores de las necesidades integrales de los mismos, asumiendo a la vez nuestro papel de liderazgo en los temas éticos de actualidad, tales como la donación de órganos, la legitimidad de los trasplantes, los xenotrasplantes, la prolongación y calidad de vida en las unidades de cuidados intensivos, el encarnizamiento terapéutico, etc.

c) Factores desencadenantes

No hay duda de que la explosión tecnológica diagnóstica y terapéutica, la irrupción total de la bioingeniería, los conocimientos en biología molecular, genética, oncología, trasplantes, etc, impactaron seriamente en esta cirugía.

Los trasplantes hepáticos (gran homenaje a T. Starzl) quizá hayan sido la mayor repercusión en la cirugía hepática propiamente dicha. Su manejo habitual, el resecarlo o trasplantarlo impactaron de tal manera, que permitieron rápidamente el desarrollo de todo tipo de resecciones hepáticas, el "clampeo" vascular total, la cirugía de banco, el tratamiento de los grandes traumatismos de la glándula con importantes lesiones de sus pedículos vasculares y, además, hicieron posible esclarecer puntos básicos de fisiopatología que involucran, sin duda, a todas las áreas quirúrgicas.

Otros hechos trascendentes han sido los sucesivos y continuados avances tecnológicos, diagnósticos y terapéuticos. La ecografía de todo tipo, incluida la intraoperatoria, el *ecodoppler*, la T.A.C. abdominal (hasta la helicoidal de hoy), la R.N.M., la medicina nuclear, los procedimientos vasculares de todo tipo, la endoscopia por todos lados (en definitiva, toda la endoscopia y la radiología intervencionista), la irrupción de la cirugía laparoscópica instalada hoy en la cirugía biliar con la máxima fuerza y autoridad.

Toda esta revolución genera problemas graves y desconocidos que deben ser reflexionados por médicos muy bien estructurados en forma integral.

Me voy a referir ahora a dos aspectos o temas que nos preocupan hoy.

Todos los métodos diagnósticos y/o terapéuticos invasores o no, tienen más o menos inconvenientes (riesgos del método, costo beneficio); por lo tanto, su utilidad va a depender de:

- a) Racional indicación (poco común hoy) y
- b) Excelente técnica (experiencia).

Se necesitarán centros, grupos interdisciplinarios para discutir cada caso, y números (experiencia) para asegurar mejores resultados con los menores inconvenientes.

Es hoy sabido que en muchas patologías, a los pacientes se les indican distintos procedimientos de acuerdo con la línea por la que hayan entrado a un centro de variada complejidad.

Otro hecho importante y quizá obligatorio de la cirugía especializada

Determinadas patologías y operaciones están limitadas por la propia realidad.

Camerum y colaboradores, y otros autorizados autores, lo han explicitado con absoluta realidad.

El número de operaciones limita, sin duda, la posibilidad de que las mismas puedan ser realizadas por todos los cirujanos.

Debemos conocer, por ejemplo, que entre los candidatos a ingresar como *fellows* (como cirujanos generales) del *American College of Surgeons* y los ya certificados después de cinco años de actuación, no figuraban prácticamente realizadas ni duodenopancreatectomías, ni hepatectomías, ni tratamiento de lesiones de las vías biliares; esto ocurre porque el número de estas patologías no fue suficiente para dar la oportunidad de intervenir en ellas a todos los 26.000 cirujanos generales que actuaban en los Estados Unidos hacia 1989, en el cual, por ejemplo, se realizaron en ese país 2.000 duodenopancreatectomías solamente.

Estas operaciones puestas sólo como ejemplo, deberán ser realizadas cuando los resultados de morbilidad tiendan a acercarse a los estándares internacionales; por ejemplo, la duodenopancreatectomía tendría que tener una mortalidad no mayor del 5%; por lo tanto, esta cirugía debería realizarse sólo en centros hacia los que converjan estas patologías para poder obtener tales resultados.

Esto no significa una disminución de las posibilidades del cirujano general, cuya figura deberá ser absolutamente jerarquizada y protegida porque será el responsable absoluto de hacer muy bien el 80% de la cirugía general, que es lógicamente la más frecuente; sólo un ejemplo para no ahondar en detalles: la cirugía biliar común deberá ser realizada por todos los cirujanos generales bien formados y adiestrados, pero si se produjese durante la intervención una lesión de la vía biliar, quizá lo más atinado para el paciente, el cirujano y la sociedad, será derivarlo a centros con experiencia en el procedimiento. Así lo aconseja la bibliografía más autorizada.

En definitiva, no es cirugía general vs. cirugía especializada, sino cirugía general y especializada trabajando mancomunadamente y respetándose mutuamente.

Por último y para terminar, la cirugía especializada debería cuidarse mucho de no apartarse del tronco fundamental que sigue siendo la cirugía general, tal cual expusieramos al principio; quizá su futuro dependa de esta premisa básica.

¿Y el siglo que viene?

Enrique Beveraggi, M.D.