



¿Qué será de la cirugía vascular abierta?

What will be of open vascular surgery?

La cirugía vascular vive un momento paradójico. Mientras que nuestra especialidad avanza “viento en popa” en la evolución de las técnicas endovasculares, en busca de la mínima agresión y de la menor exposición de vasos sanguíneos, y por tanto, abandonando los diferentes abordajes a los que estábamos acostumbrados, el resto de especialidades progresa en el campo quirúrgico abierto debido a la mejora del manejo anestésico y al mayor conocimiento y experiencia de las técnicas quirúrgicas.

No nos resulta sorprendente escuchar en las noticias diferentes hitos quirúrgicos, como cirugía sobre lactantes, trasplantes multiorgánicos, prototizaciones de hombres casi biónicos o cirugías sobre patología tumoral que hace décadas eran imposibles de concebir. En definitiva, avances de la cirugía abierta con mejora de los resultados técnicos y supervivencia de los pacientes.

Lejos han quedado, ya casi en el siglo pasado, los momentos en los que un cirujano vascular estaba habituado a abrir con soltura un abdomen hostil, a exponer una aorta torácica, a una reintervención cervical, a un cuello radiado o a enfrentarse a grandes cirugías de redisecciones y de manejo de vasos ya tratados. En la actualidad, el avance y el dominio de las técnicas endovasculares hacen que podamos resolver numerosas situaciones quirúrgicamente comprometidas mediante reparaciones endovasculares, lo que sin duda alguna es un camino a seguir y un gran beneficio para nuestros pacientes. Sin embargo, el conflicto surge cuando la propia especialidad se estanca en algo que le corresponde por esencia: la propia cirugía vascular abierta.

La mayor parte de los servicios vivimos esta realidad, en la que nos encontramos con frecuencia casos quirúrgicos que podrían tener una solución adecuada en las manos idóneas, pero carecemos de cirujanos experimentados que puedan resolver con soltura dichas intervenciones. En parte, porque la indicación de cirugía abierta (por ejemplo, en el sector aórtico, quizá el más complejo) se ha desplomado drásticamente a favor de la reparación endovascular. La disminución de la casuística en los servicios y, por consiguiente, de los cirujanos, y la larga curva de aprendizaje que requiere

la cirugía abierta, disminuyen la experiencia y la confianza que requieren enfrentarse con cirugías de alto nivel, aumentan la morbilidad y ensombrecen el pronóstico. Esta situación genera un efecto de pescadilla que se muerde la cola. Cirugías abiertas complejas a las que no estamos habituados, peores resultados y, por tanto, mayor sobreindicación de cirugías endovasculares en las que nos sentimos más cómodos y seguros.

Pero esto tiene un gran impacto en la formación de los futuros médicos residentes, que terminan su residencia sin tener un entrenamiento y una exposición adecuados a este tipo de cirugías abiertas y de abordajes quirúrgicos. Si ellos no están suficientemente entrenados en procesos simples, ¿cómo van a ser capaces de afrontar situaciones complejas?

Si hiciéramos una encuesta a los médicos adjuntos más noveles y de edad media, no nos sorprendería encontrarnos que la mayor parte no ha visto jamás una cirugía de aorta torácica ni de origen de troncos supraaórticos, o en pocas ocasiones el abordaje de un abdomen hostil, ya que son técnicas que poco a poco han ido perdiéndose en favor de las técnicas endovasculares, salvo en servicios de gran tamaño, que, por casuística, pueden aglutinar un mayor número de patologías. Y digo "han visto" porque si realmente hiciéramos una estadística de lo que un adjunto de edad media ha operado antes de la realización de una cirugía arterial compleja, quizás los números hablarían por sí solos. Actualmente, hasta un *bypass* distal a un tronco tibial o a una arteria pedia puede llegar a ser una odisea.

Sin embargo, como escribía al inicio, el resto de especialidades quirúrgicas continúa con su avance sobre la cirugía abierta enfrentándose cada vez de forma más frecuente a situaciones quirúrgicas complejas en las que, por accidente o por colaboración, se solicita la presencia de un cirujano vascular. A todos nosotros puede "sonarnos de oídas" o haber vivido "en nuestras carnes" acudir a reparar una vena cava, colaborar en un trasplante hepático o renal, ayudar en un tumor retroperitoneal o colaborar con traumatología en diferentes abordajes. Y la realidad es que, continuando con el refranero español, el hábito no hace al monje. Difícilmente va a poder resolverse con soltura una situación quirúrgica a la que no solo no se está acostumbrado, si no de la que no se tiene suficiente conocimiento, formación ni experiencia para poder resolverla de una forma sólida y segura.

Sin tener que acudir a otras especialidades podemos enfrentarnos a situaciones de la misma o de superior complejidad dentro de nuestros propios servicios. *Explantaciones* de endoprótesis, presencia de aneurismas torácico-abdominales en centros con escaso entrenamiento endovascular, cirugías de reconversión a cirugía abierta tras intentos fallidos endovasculares, infecciones protésicas o traumatismos vasculares pueden ser un ejemplo de las dificultades que podrán estar presentes en nuestro campo profesional.

Esta situación, que marca la tónica habitual de los servicios de tamaño medio (que, por otro lado, son la mayoría en nuestro país), hace que se planteen dos opciones razonables: una, la derivación de casos a centros de referencia; y dos, la elaboración estratégica de áreas subespecializadas dentro del propio servicio con el fin de concentrar esa menor casuística en determinadas personas para adquirir la máxima experiencia. Hay menos casos, pero se centran en uno o dos facultativos dentro del equipo quirúrgico.

Es en esta fase cuando, desde mi modesto punto de vista, deben tomarse decisiones. Por un lado, la propia Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular debe fomentar cursos de entrenamiento en cadáveres o simuladores y facilitar rotaciones de cirugía abierta dentro o fuera del país. Por otra parte, se hace más necesaria que nunca

la colaboración activa con otras especialidades, porque ceder un médico adjunto para ayudar a otra especialidad, en esa transversalidad de los procesos quirúrgicos, puede ser una oportunidad de entrenamiento y para seguir mostrando activamente que ese campo quirúrgico precisa de nuestro conocimiento. ¿Quién dentro de unos años podrá abordar el retroperitoneo? ¿Quién podrá colaborar con la cirugía traumatológica en el control de grandes vasos? ¿Quién podrá resolver un problema quirúrgico que no pueda hacerse mediante un simple abordaje endovascular? Como se preguntaba el Dr. Fernández-Samos: “¿Desaparecerá la cirugía vascular como especialidad reducida por otras especialidades, quedando solo para tratar casos anecdóticos o residuales?” (1).

En mi opinión, es necesario fomentar la colaboración activa con otros servicios (unidades de trasplantes, servicios de traumatología, de urología o de cirugía general), aunque sea como cirujanos de abordaje o de acceso, porque esto nos aumenta la casuística y, por tanto, la experiencia en esa cirugía abierta. Debemos estimular en nuestros residentes el conocimiento y el dominio de la cirugía abierta, desde las revistas científicas hasta los cursos propios de formación, y no limitarnos exclusivamente al mundo endovascular.

En la era multidisciplinar es imprescindible “estar ahí” para no perdernos un tren imparable, al igual que sigue siendo necesaria la progresión y el avance de la cirugía abierta. Del mismo modo que hace unos años fue necesario promover el conocimiento y el desarrollo de las técnicas endovasculares, ahora se hace imprescindible abordar este problema, y las sociedades científicas deben promover esas habilidades quirúrgicas abiertas que están perdiéndose.

No podemos y no debemos caer en nuestros propios errores y ceder un ámbito que llevamos escrito en el propio nombre de nuestra especialidad. Somos “cirujanos” por definición, por titulación y por esencia.

Miguel Ángel González Arranz

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.

Hospital San Pedro. Logroño

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Samos R. Réquiem por la cirugía vascular. *Angiología* 2020;72(1):1-9. DOI: 10.20960/angiologia.00086