

Endoscopía digestiva: ¿El cirujano o el gastroenterólogo?

Italo Braghetto

Resumen

Se discute la propiedad con que tanto cirujanos como gastroenterólogos se han empeñado en el campo fronterizo de la endoscopía, los desafíos que este cruce de especialidades presenta y las perspectivas que abre.

Summary

The property whereupon as much surgeons as gastroenterologists have been evolved in the border field of endoscopy, the challenges that this crossing of specialties presents and the challenges that raise, are discussed.»

La cirugía y la medicina interna, por su propia naturaleza, atraen diferentes tipos de personalidad. Las personas extrovertidas, que se sienten atraídas por las actividades manuales y las gratificaciones más inmediatas que otorga una operación bien hecha serán más cercanos a la cirugía, mientras que las personalidades más inclinadas a lo intelectual, que se sienten más atraídos por el desafío de resolver el puzzle de un diagnóstico complejo, gravitarán en torno a la medicina interna.

Sin embargo, los importantes avances ocurridos en endoscopía desafortunadamente no se han traducido en situaciones en que cirujanos y gastroenterólogos trabajen juntos integrados. A pesar de nosotros

*Departamento de Cirugía
Hospital Clínico Universidad
de Chile.*

mismos, dado el estado del arte en nuestra práctica, cirujanos y gastroenterólogos estamos obligados a trabajar en equipo. El advenimiento de la cirugía laparoscópica ha incrementado la necesidad de un diagnóstico preoperatorio acucioso y ya no existe el lujo de una "laparotomía exploratoria" en que el cirujano palpaba los órganos abdominales como primer paso antes de "abrir". La localización de los tumores de colon previa a la colectomía laparoscópica es un ejemplo de ello. Por una parte el advenimiento de la mucosectomía en cáncer incipiente y por otra parte la quimioterapia adyuvante de primera línea para tumores avanzados subrayan la importancia de la detallada etapificación por ecografía endoscópica. Mientras la endoscopia terapéutica avanza en territorios tradicionalmente quirúrgicos, los límites entre ambos territorios se hacen cada vez más difusos. Estos nuevos procedimientos acarrearán sus propios riesgos como sangramientos y perforaciones: una cooperación estrecha entre endoscopistas y cirujanos es necesaria para la tranquilidad mental de los pioneros de estas nuevas técnicas y sobre todo para la seguridad de los pacientes.

El endoscopio flexible, el laparoscopio y hasta el escalpelo son todas herramientas que usamos en beneficio de nuestros pacientes. No deben ser vistas como tecnologías excluyentes. Los pacientes deben ser acogidos por un equipo multidisciplinario con las mejores técnicas disponibles para su condición clínica. Idealmente, una patología gástrica debe ser abordada considerando aspectos de biología molecular, gastroenterología clínica, endoscopia, laparoscopia, cirugía gastrointestinal y radiología intervencional y ojalá el médico sea especialista de alguna de estas áreas, teniendo la oportunidad y acceso a estos procedimientos y tecnologías aquel profesional que

haya completado su estudio y entrenamiento y haber obtenido la "expertise" exigida.

Mientras tanto, ¿cómo generamos una relación más cercana dentro del sistema actual? Como primer paso, debemos abandonar la actitud de "nosotros" y "ellos", cosa que debe venir desde las jefaturas. Los tutores y maestros deben ser cuidadosos en sus comentarios acerca de colegas de otras especialidades, ya que los más jóvenes tienden a emular los peores comportamientos. Los encuentros y reuniones clínicas en que se toman decisiones de común acuerdo debieran integrar a todos los especialistas en torno a protocolos comunes. Visitas combinadas de gastroenterología y cirugía digestiva ahorran el traslado del paciente de una parte a otra del hospital. Es también más fácil para el equipo que refiere al paciente seguir directamente su progreso y apreciar de primera mano lo efectiva y moderna que puede ser la cirugía. La evolución hacia un "dream team" – trabajar juntos bajo una única administración – va a necesitar, sin embargo, una transformación radical de nuestro sistema de formación, entrenamiento y acreditación para gastroenterólogos y cirujanos, tanto como una reestructuración de toda la organización hospitalaria que deberá basarse más en los sistemas orgánicos que en las tradicionales especialidades.

Los cirujanos estuvieron íntimamente involucrados en la creación del endoscopio flexible y de los primeros procedimientos realizados con esa herramienta como colonoscopías, colangio pancreatografía endoscópica (ERCP), control de hemorragias y gastrostomías. Pero pese a su liderazgo en esas áreas, la comunidad quirúrgica norteamericana no abrazó con entusiasmo la endoscopia en las últimas décadas. Las razones de ello son múltiples e incluyen factores económicos, de competencia con los gastroenterólogos quienes descubrie-

ron en estos métodos una herramienta invaluable en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades que veían diariamente en sus consultas. Muchas veces preferirán no referir a un paciente a un cirujano que por su parte subvalora estas técnicas. También a algunos cirujanos que adquirieron estas técnicas como una parte de su trabajo les cuesta no entenderlas como prácticas subordinadas respecto de la intervención mayor de la cirugía tradicional.

Con muy pocas excepciones, los gastroenterólogos asumieron el liderazgo en endoscopia gastrointestinal, tanto diagnóstica como terapéutica, llamando a los cirujanos cuando requirieron asistencia ante complicaciones o terapias que escaparon a los límites de la endoscopia. En algunas pocas instituciones, los cirujanos digestivos trabajan codo a codo con los gastroenterólogos en unidades de endoscopia combinadas, en que se complementan con sus habilidades individuales. Estas situaciones, sin embargo, son excepciones más que la norma. Es necesario insistir en la idea e implementar los cambios actitudinales para trabajar de una forma integrada que beneficie a la unidad clínica y a los pacientes.

Con la emergencia de la colecistectomía laparoscópica y el campo de la cirugía mínimamente invasiva en la década pasada, pareció inicialmente que los cirujanos abordarían procedimientos endoscópicos intracavitarios como la toracoscopia y la laparoscopia, mientras los gastroenterólogos se limitaban a la endoscopia endoluminal. Las dos disciplinas se combinan ocasionalmente en complejos procedimientos láparo-endoscópicos, como resecciones amplias de pólipos colónicos, drenaje de pseudocistis pancreáticas y excisión de tumores gástricos estromales.

Más recientemente, al reconocer el tremendo potencial de extender las capacidades de sus técnicas tradicionales, algunos cirujanos vol-

vieron a abordar métodos endoluminales para facilitar el tratamiento mínimamente invasivo de la patología digestiva. Estos esforzados colegas han tenido una notoria práctica en cirugía colorrectal, pancreática, esofágica, biliar y bariática.

Al mismo tiempo, algunos imaginativos y proactivos gastroenterólogos han ido extendiendo los límites de su tradicional campo endoluminal. Se ha vuelto un lugar común la resección mucosa de lesiones premalignas y la resección de lesiones de la pared con su consecuente sutura es lo que viene. Están surgiendo rápidamente métodos endoscópicos de control del reflujo gastroesofágico y la obesidad. Se está desarrollando técnicas quirúrgicas transluminales. Muy pronto las técnicas mínimamente invasivas ya no serán exclusivas de los cirujanos tradicionales. Del mismo modo, los gastroenterólogos van a necesitar habilidades y conocimientos quirúrgicos asociados a la disección y resección de tejido y anastomosis. Cirujanos y gastroenterólogos tendrán que ir e irán juntos en el camino de estos métodos emergentes. Los viejos paradigmas de la práctica quirúrgica y gastroenterológica se disolverán en la medida que las técnicas mínimamente invasivas se vayan desarrollando. Al final, tanto los pacientes como los médicos se verán beneficiados.

Finalmente, un determinado procedimiento debiera ser realizado por aquel especialista entrenado y conocedor del tema. Un absceso hepático, así pensadas las cosas perfectamente lo podría drenar el gastroenterólogo, radiólogo intervencional o cirujano entrenado.

Referencias

1. Chung S. Endoscopy: Surgical or medical? A view from Hong Kong. *World Gastroenterology* 2004; 9: 40.
2. Ponsky JL. Gastrointestinal endoscopists and minimally invasive surgeons: a relationship in evolution. *World Gastroenterology* 2004; 9: 41.