SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2011-2012

ÍNDEX

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA 1
LLIBRE COMMEMORATIU 1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2011-2012 1

ÍNDEX 3

MEMÒRIA DEL CURS 2010-11 5
SESSIÓ INAUGURAL 5
SOPAR DE CELEBRACIÓ 7
SESSIONS ORDINÀRIES 9
PRESIDENTS ANTERIORS 39
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT 40
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2010 41
BEQUES CONCEDIDES PEL CURS 2010- 2011 42

CURS 2011-2012 43
JUNTA DE GOVERN 45
COMISSIÓ CONSULTIVA 46
PREMIS HONORÍFICS 2011 47
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2011 48
BEQUES CONCEDIDES PEL CURS 2011- 2012 49
CENTRES COL·LABORADORS 50
NOMENAMENT DE MEMBRES HONORARIS 2011 51
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2011 52
INAUGURACIÓ DEL CURS 2011-2012 53
SESSIÓ INAUGURAL 54
VIII CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA 55
PROGRAMA DE SESSIONS 59

DOCUMENTS 65

PER UNA SOCIETAT BEN COHESIONADA 67

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2011 69

CENTRALITZACIÓ D'URGÈNCIES QUIRÚRGIQUES 75

SUPERESPECIALITZACIÓ: ELS PROBLEMES D'UN MODEL AMB FUTUR 81

REPTES DE LA CIRURGIA A L'INICI DEL SEGON DECENNI DEL SEGLE XXI 85

ASPECTES METABÒLICS I HORMONALS DE LA GASTRECTOMIA LINEAL AMB GASTROPLASTIA TUBULAR LAPAROSCÒPICA EN RELACIÓ AL TRACTAMENT DE LA DIABETES TIPUS 2 91

TIROÏDECTOMIA: ASPECTES TÈCNICS I FISIOPATOLÒGICS..... 107

REFLEXIONS DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA DAVANT LA CRISI DESENCADENADA PER LES ANUNCIADES RETALLADES PRESSUPOSTÀRIES EN SANITAT A CATALUNYA 135

“IN MEMORIAM” JORDI OLSINA I PAVIA..... 139

UN ARBRE AMB NOVES BRANQUES 141

MEMÒRIA DEL CURS 2010-11

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 6 d'octubre de 2010
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

20:00h. Presentació
Sala Pedrós J.
President de la Societat Catalana de Cirurgia

20:10h. Nomenament de nous Membres de la Societat
Caballero Mestres F.
Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

Nomenament de nous Membres Associats
Alzaga Magaña, Amílcar
Amillo Zaragüeta, Mireia
Argudo Aguirre, Núria
Cáceres Díez, Marta
Casajoana Badia, Anna
Climent Agustín, Marta
Dorcarato, Dimitri
Duque Guilera, Enric
Fernández de Sevilla Gómez, Elena
Guàrdia Torner, Natàlia
Jurado Ruiz, Cristina
Landi Dal Poggetto, Filippo
Llaquet Bayó, Heura
Llorca Cardeñosa, Sara
Lupu Lupu, Ion
Mercader Bach, Cristina
Pastor Mora, Joan Carles
Ramírez Maldonado, Elena
Riveros Caballero, Miguel Francisco

Serra Pla, Sheila
Vásquez Del Águila, Jorge Walker
Vilchez Mira, Maria Mar
Zarate Moreno, Fabian Andrés

Nomenament de nous Membres Numeraris
Balibrea del Castillo, José Maria
Barcons Vilaplana, Santiago
Biondo Aglio, Sebastiano
Coroleu Lletget, David
Garcia Cuyàs, Francesc
Guerrero de la Rosa, Yaima
Larrañaga Blanc, Itziar
Memba Ikuga, Roberto
Navinés Lopez, Jordi
Rueda Chimeno, Juan Carlos
Sanchez Cano, Juan José
Simó Alarí, Francesc

Nomenament de nous Membres Corresponents
Franch Arcas, Guzman

Lliurament de Premis a treballs científics.

Caballero Mestres F.
Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

Premi Carmen Benasco

Freqüència i importància de les micrometàstasis dels ganglis sentinelles en el càncer de mama

Culell P, Solernou L, Abad JM, Besora P, Fraile M, Fumanal V, Encinas X, Verge J. (Hospitals: Althaia de Manresa, General d'Igualada, Germans Trias i Pujol de Badalona, Sant Camil de Sant Pere Ribes.

Premi "*XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie*: Barcelona 1973"

Premi al millor treball sobre el tema: "Gestió d'un Servei de Cirurgia".
Declarat desert

Premi Corachan

Cirurgia restitutiva : reconstrucció volumètrica amb gel de plaquetes en la cirurgia conservadora de les neoplàsies de mama

Julián JF, Navinés J, Pascual I, Botey M, Balibrea JM, Guardia N, Haetta H, García-Cuyàs F, Alastrué A, Fernández-Llamazares J. (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona)

20:25h. Lliurament dels Premis Honorífics
Sala Pedrós J.

Premi Pere Virgili: al Dr. Carlos Pera Madrazo

Premi Gimbernat: al Dr. Abraham Fingerhut

20:50h. Acte d'agermanament amb la Societat Siciliana de Cirurgia
Prof. Giovanni Sturniolo
President de la *Società Siciliana di Chirurgia*
Sala Pedrós J.
President de la Societat Catalana de Cirurgia

21'10 Cloenda de l'acte
Bombí JA. President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

SOPAR DE CELEBRACIÓ

21:00h. Sopar de germanor a
l'Hotel *Le Meridien* de Barcelona. (Restaurant *El Patio*)

SESSIONS ORDINÀRIES

18 de octubre 2010
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora.: López Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Politraumatismes. Principals síndromes de traumatismes viscerals: escales de gravetat, diagnòstic i tractament.
Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
Tumor ampul·lar, estratègia terapèutica.
Fernández Hevia M.

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
Itinerari intel·lectual de la recerca
Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI
Novetats del nou curs
Vilallonga, R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES
Tumor sòlid pseudopapil·lar de pàncrees.
Ferrer J, Fernández M, López-Boado MA, Jiménez Chavarría e, Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic. UB. Barcelona).

Vídeo: Gastrectomia subtotal amb anastomosi gastrojejunal en Y de Roux: Abordatge laparoscòpic.
Gil A, Prós I, Martínez W. (Hospital Sant Joan de Déu. Martorell)

Cirurgia d'accés mínim dels tumors adrenals (SILS).
Vidal O, Astudillo E, Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic. Barcelona).

Influència de l'augment del flux portal en la recuperació funcional de la Síndrome "*small-for-size*".
Fondevila C, Flores E, Calatayud D, Sánchez S, García R, Ferrer J, Hessheimer AJ, Fuster J, García-Valdecasas JC. (Hospital Clínic. Barcelona).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Enfocament actual de la coledocolitiasi.
Jorba R. (Consorci Sanitari Integral de l'Hospitalet del Llobregat)

15 de novembre 2010
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA.
Moderadora: López Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA

Reacció de rebuig en el trasplantament d'òrgans. Principis d'immunosupressió
Bilbao I. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Pancreatitis aguda greu
Pigem Rodeja A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Causalitat. Relació causa efecte. Variables principals i subordinades. Objectius d'efecte: variable principal o resultat. Relacions causals: variables predictores i variables confusores.
Sala J. (Hospital de Terrassa)

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA
L'ESPAI DEL SOCI
Plantejament del curs 2010-11
Sala Pedrós, J (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES
Coordinador: Codina Cazador A.

Estenosi del tronc celíac i duodepancreatectomia. Un risc infravalorat?
Figueras J, Soriano J, Muros J, Codina-Barreras A, López- Ben S, Albiol M, Falgueras L, Castro E, Maroto A, Codina-Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Influeix la dehiscència anastomòtica en l' evolució oncològica del càncer de recte?
Gómez N, Olivet F, Julià D, Martin A, Pujadas M, Farrés R, Rovira E, Codina A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Gangrena de Fournier: anàlisi del rol de la colostomia lateral
Planellas Giné P, Rodríguez Hermosa J, Farrés Coll R, Rovira Pujol E, Pigem Rodeja A, Ranea Goñi A, Casellas Robert M, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Hernia paraesofàgica en el pacient octogenari.

Gironés J, Roig J, Planellas P, Rodríguez JI, Puig M, Artigau E, Codina A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Estat actual de la Cirurgia Bariàtrica i Metabòlica Experimental.

Sabench Pereferrer F. (Hospital de Sant Joan de Reus)

29 de novembre de 2010
IV Curs de Bioètica
Direcció del curs: Broggi Trias MA.
Coordinació SCC: Sala Pedrós J.

10'30 hores
SESSIÓ INAUGURAL
1. Inauguració del curs.
Sala J.

10'45 hores
PRINCIPIS BÀSICS
2. Nous drets individuals i noves necessitats de la població. Nous deures del professional. Personalització. Relació clínica, confiança i nous models. Rebuig del tractament i objecció de consciència davant del rebuig.
Broggi MA.

11'30 hores. Cafè.

12'00 hores
RESPONSABILITAT I CIRURGIA
3. Concepte de responsabilitat, de respondre. Equip, formació i delegació en els metges interns i residents (MIR). Urgències i decisions difícils. La Història Clínica com a arma i escut a utilitzar be. Accés i confidencialitat.
Sala J.

12'45 hores
4. Bioètica i Legalitat
José Maria F.

13'30 hores
5. Discussió.
Broggi MA.

14'00 hores. Dinar

15'00 hores
LA PRÀCTICA I EL CONSENTIMENT INFORMAT (CI)
6. Els CI escrits: obert i tancat. El CI sobre exploracions que fan altres (radiologia, endoscòpia, etc.). El no consentiment i la racionalitat: els requisits del CI. El CI sota condicions del malalt.
Broggi MA.

15'30 hores
EL MALALT INCAPAÇ O INCOMPETENT
Concepte d'incapacitat
Broggi MA.

Futilitat i Limitació de l'Esforç Terapèutic (LET) i sedació.
Broggi MA.

Document de Voluntats Anticipades (DVA) com ajuda al professional.
Sala J.

16'30 hores
SITUACIONS PRÀCTIQUES
Visió comentada de la pel·lícula: Amar la Vida (*Wit*). 2001. Dirigida per Mike Nicholls i interpretada per Emma Thompson.

17'30 hores
RECAPITULACIÓ
Bioètica i recerca. El Comitè d'Ètica i Investigació Clínica (CEIC)
Sala J.
Comitè d'Ètica Assistencial (CEA)
Broggi MA.
Metodologia de casos.
Broggi MA.

18'00 hores
CLOENDA
Broggi MA.

13 de desembre 2010
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora: López Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Radiologia diagnòstica
Martin J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
Hemangiopericitoma metastàtic al fetge.
Rovira Arguelagués M.

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
Classificació d'estudis clàssics. Casos i sèries de casos. Estudis ecològics i transversals. Estudis observacionals i experimentals. Auditories i treballs de recerca. Estudis comparatius prospectius i retrospectius. Estudis transversals i longitudinals. Estudis randomitzats i controlats. Assaigs clínics.
Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20:00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI
Beques d'estada a centres internacionals per a residents
Sala Pedrós, J (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES. Moderadors: Martinez F, Bombardó J.

Estudi *in vitro* dels mecanismes regionals d'especialització funcional de l'esòfag humà.
Clavé P, [1,2,3] Lecea B, [1,2,3] Gallego D, [1,4] Farré R, [1,5] Dopazo A, [1,2,3] Aulí M, [2,3] Jiménez M, [1,4] Miranda B, [6] Suñol X. [2]
[1]*Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd)*, *Instituto de Salud Carlos III*. Barcelona. *Spain*. [2]*Department of Surgery*, Hospital de Mataró, Barcelona, *Spain*.
[3]Fundació de Gastroenterologia Dr. F. Vilardell, Barcelona, *Spain*.
[4]*Department of Cell Biology, Physiology and Immunology*, Universitat Autònoma de Barcelona, *Spain*.
[5]*Center for Gastroenterological Research, Catholic University Leuven, Belgium*.
[6] *Transplant Services Foundation*. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducció de la tècnica *Hemorpex System (hps)* en el tractament de les hemorroides en cirurgia major ambulatòria (CMA).
Guerrero Y, Pou E, Torres G, Vila JM, Catot L, Hernández R, Alcaide A, Moreno JE, Pié J y Martínez F. (Hospital Municipal de Badalona)

Eficàcia de la quimioteràpia concomitant a radioteràpia hiperfraccionada accelerada neoadjuvant en pacients amb carcinoma d'esòfag localment avançat"
Garsot E, Caro M, Font A, Sastre JM, Viciano M, Fernández Llamazares J. (Hospital Universitari "Germans Trias i Pujol" de Badalona)

Intestí curt: Què fer?
Rovira M, Tarasco J, Gomez M, Botey M, Otero A, Guardia N,Clavell A., Haetta, H, Gonzalez I, Guerrero Y, Alastrue A, Fdez-Llamazares, J. (Hospital Universitari "Germans Trias i Pujol" de Badalona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Actitud actual en l' incidentaloma suprarenal
Moreno, P. (Hospital Universitari de Bellvitge)

20 de desembre de 2010
SIMPOSI SOBRE NOVES TECNOLOGIES (NOTES-SPA)

20'00 hores
Simposi sobre noves tecnologies: Cirurgia endoscòpica transluminal a través d'orificis naturals (*NOTES: Natural Orifice Translumenal Endoscopyc Surgery*) - (*SPA: Single Port Access - SILS*: *Single Incision Laparoscopic Surgery*))

President i moderador: Lacy A. (Hospital Clínic de Barcelona)

Coordinació del Simposi: Vilallonga Puy R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Presentació
Lacy A. (Hospital Clínic de Barcelona)

SILS: Com ho haig de fer? Evidència.
Vidal O. (Hospital Clínic de Barcelona).

Híbrid NOTES i SILS: el cas de la melsa.
Targarona E. (Hospital de Sant Pau de Barcelona).

NOTES: Del laboratori a la clínica.
Abu Subo M. (Hospital Universitari de la Vall d'Hebron de Barcelona).

NOTES i Cirurgia bariàtrica: estat actual i la nostra experiència.
Ibarzábal A. (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona).

22'00 hores
Cloenda.
Lacy A.

10 de gener 2011
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora: Lopez Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Predicció del risc quirúrgic: Principals barems d'avaluació del risc i la seva implementació en la presa de decisions.
Sancho JJ. (Hospital del Mar Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
***Shock* sèptic i apendicitis aguda**
Gómez Díaz C. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
CIRURGIA BASADA EN LEVIDÈNCIA (CBE). Principis generals. La CBE en la pràctica clínica. Definició del objectius i de les variables d'avaluació d'un estudi. Formulació de la pregunta correcta en investigació quirúrgica.
Hipòtesis. Establiment dels objectius. Tipus d'objectius d'un estudi clínic. Elecció de les variables d'avaluació. Graus d'evidència científica.
Sancho JJ. (Hospital del Mar .Barcelona).

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI
Necessitats de col·laboració amb l'hospital de Goundi al Txad
Ubach M.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES
Estudi prospectiu randomitzat sobre l'eficàcia d'amoxicil·lina - clavulànic oral en diverticulitis aguda no complicada.
Balsach A, Ribas Y, Aguilar F, Bargallo J, Lamas S, Campillo F. (Hospital de Terrassa)

Resultats inicials de la cirurgia de les metàstasis hepàtiques d'origen colorectal a l'Hospital de Sabadell.
Amador Marchante A, García Monforte N, Bejarano González N, Romaguera Monzonís A, Corcuera Amill A. (Hospital de Sabadell)

Subtipus de Càncer de Mama basats en la determinació imunohistoquímica de receptors estrogènics i progesterònics (RE/RP) i Her2. Característiques histopatològiques i mortalitat.
Larrañaga Blanc I, Rivero Déniz J, García Olivares E, Rodríguez Alsina X, García Fernández A, Veloso Veloso E, Marco Molina C. (Hospital Mútua de Terrassa)

Abdomen agut i massa d'aparició brusca. Cas clínic
Arner A, Bonfill J, Muñoz-Ramos C, Pérez G, Roura J, Salvans F, Garcia A. (Hospital General de Catalunya)

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA

Cal preparar el recte amb rentat anteròrad en cas de cirurgia electiva?. La controvèrsia continua.

Hidalgo. L. (Hospital de Mataró)

14 de febrer 2011
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora: Lopez Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Principis de cirurgia oncològica. Cirurgia curativa i pal·liativa. Extensió ganglionar. Estadificació.
Tuca F. (Hospital Josep Trueta de Girona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
Debut atípic de neoplàsia de recte.
Carrasquer A, Espina B, D'Aloia B. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
Accés a la informació científica. Recerca bibliogràfica. Elecció de les fonts de coneixement.
Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI
Memòria de les beques de residents.
Estada al "Instituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano".
Abellán M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES
Hemicolectomia dreta laparoscòpica per port únic: resultats preliminars
Hoyuela C, Ardid J, Martrat A, Guillaumes S, Obiols J, Trias M, Cardona FJ, Piulachs J. (Hospital Plató de Barcelona)

Anàlisi prospectiva del valor de l'historia clínica i dels anys d'experiència en la precisió diagnòstica de la patologia anorectal benigna entre diferents especialistes
Jimeno J, Vallverdú H, Orbeal R, Comajuncosa J, Gris P, López-Negre JL, Urgelles J, Parés D. (Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat. Barcelona)

TEM: Experiència inicial i lliçons apreses de una sèrie de 75 casos
Hernández MP, Targarona EM, Martínez C, Balagué C Garriga J, Trias M.
(Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Importància del tractament quirúrgic inicial del liposarcoma retroperitoneal
Abellan M, González J, Artigas V, Rodríguez M, Urdaneta G, Trias M
(Hospital de Sant Pau de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Actualització sobre l' utilització de malles en l' hèrnia incisional
López Cano M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

28 de febrer de 2011

IV CURS D'INTRODUCCIÓ A LA GESTIÓ CLÍNICA:

INSTRUMENTS BÀSICS I UTILITZACIÓ

Direcció del curs: Grande L.
Coordinadors del curs: Trias M, Suñol X.

11:00-11:15	**Benvinguda i presentació del curs.** Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)
11:15-11:45	**Introducció: gestió clínica i marc sanitari** Iniesta C. (Parc de Salut Mar de Barcelona)
11:45-13:15	**Sessió I: Conceptes bàsics de gestió i àmbits d'actuació d'un servei de cirurgia general. Què ha de conèixer un resident.** **Exercici pràctic** Iniesta C. (Parc de Salut Mar de Barcelona) Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
13:15-14:00	Dinar
14:00-14:30	**Costos de la atenció sanitària** Craywinckel G. (Hospital de Sant Pau de Barcelona).
14:30-16:00	**Sessió II: Alternatives a la hospitalització convencional. La cirurgia de curta estada. La cirurgia ambulatòria. El rol del resident.** **Exercici pràctic** Suñol X. (Consorci Hospitalari del Maresme. Mataró) Colomer O. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell).
16:00-17:30	**Sessió III: Sistemes d'informació clínica per a la presa de decisions de gestió assistencial. Com pot influir la tasca dels residents.** **Exercici pràctic** Torre P. (Hospital del Mar de Barcelona). Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell).
17:30-18:00	Descans
18:00-19:30	**Sessió IV: Introducció a la qualitat assistencial i la seva avaluació. Com s'ha d'implicar un resident en la qualitat.** **Exercici pràctic** Sala M. (Hospital del Mar de Barcelona). Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona).
19:30-20:00	**Discussió final.**

28 de febrer de 2011
20'00 hores

Simposi sobre:
Tractament Actual dels Tumors de Mama

Moderador: Verge J. (Hospital de Sant Camil de Pere de Ribes)

Ponències:

Patologia Benigna
Font J. (Hospital De Sabadell)

Carcinoma Intraductal
Gubern JM. (Hospital de Mataró).

Cirurgia del Càncer de Mama
Abad JM. (Hospital d'Igualada).

Gangli Sentinella
Encinas X. (Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes).

Cirurgia Plàstica i Reconstructiva
Martí E. (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona).

14 de març 2011
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora: Lopez Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Nocions bàsiques d´oncogènesi. Genètica Tumoral
Capellà G. (Hospital Duran Reynals de L'Hospitalet del Llobregat).

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
Intussuscepció durant l'embaràs en pacient amb derivació (*by pass*) gastrojejunal
Vives M, Cabrera A. (Hospital de Sant Joan de Reus).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
Aspectes generals de la mesura. Instruments de mesura. Errors o variabilitat de les mesures. Errors sistemàtics (de biaix) o aleatoris. Validació d'instruments de mesura. Validesa, fiabilitat, estabilitat, precisió i concordança d'un instrument de mesura. Tipus de fiabilitat: equivalència, estabilitat, precisió i concordança d'un instrument de mesura. Tipus de fiabilitat: equivalència, estabilitat i consistència interna.
Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI
Distribució de les sessions de la Societat.
Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES
Peritonitis tuberculosa simulant un quadre d'apendicitis aguda
Comí S, Jardí JM, Guspí F, Velasco J, Hachem AN, Moreno J, Pujals J, Estévez M. (Hospital de la Mare de Deu de la Cinta de Tortosa)

Tractament quirúrgic dels sarcomes retroperitoneals. A propòsit d'una experiència amb 84 casos.
Secanella L, Busquets J, Jorba R, García Borobia F, Peláez N, Sáez J, Casajoana A, Ramos E, Rafecas A, Fabregat J. (Hospital Universitari de Bellvitge)

Tractament quirúrgic de la neoplàsia de pàncrees. Es pot fer en un hospital de 200 llits?
Virgili J, Marsal F, Gonzalez M, Lopez S, Sales R, Fradera R, Rossini A, Pàmies JJ. (Hospital de Santa Tecla de Tarragona)

Tractament ambulatori de la malaltia diverticular aguda
Jiménez A, Caro A, Gonçalves C, Duque E, Moreno F, Rueda JC, Olona C, Feliu F, Escuder J, Spuch J, Gris F, Vicente V. (Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona)

SESSIÓ DE MORBIMORTALITAT

Sànchez Marín A. (Servei de Cirurgia. Hospital Universitari de Sant Joan. Reus).

4 d' Abril del 2011

III Curs de planteig i resolució de casos clínics en infecció quirúrgica

Direcció del curs: Guirao X.
Coordinadors del curs: Jimeno J, Martínez JA.

17'00 hores
Benvinguda i presentació.
Guirao X. (Hospital de Granollers)

Taller pràctic de resolució d'un cas clínic quirúrgic, en grups de treball.
Presentació: Guirao X. (Hospital de Granollers)
Jimeno J. (Hospital de Sant Boi)
Martínez JA. (Hospital Clínic de Barcelona)

18'10 hores
Descans (*Cofee break*)

18'30 hores
Presentació i discussió dels casos clínics d'infecció quirúrgica

20'00 hores
Discussió i selecció del millor cas clínic.

11 d'abril 2011
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora: Lopez Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Principis bàsics del tractament del càncer amb radioteràpia i quimioteràpia
Capdevila J. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
***Shock* hemorràgic no traumàtic**
Coronado D, Andrada D. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
Mesures de freqüència de la malaltia. Incidència i prevalença. Càlcul del risc. Mesures d'impacte/efecte
Ramos E. (Hospital de Bellvitge)

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI
VIII Congrés Català de Cirurgia
Sala J.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES
Factors de creixement derivats de les plaquetes en el tractament de la fístula perianal. Estudi pilot.
Calero A, Espín E, Caubet E, Jiménez LM, Martí M, Salgado L, Sánchez JL, Vallribera F, Armengol M. (Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona)

Experiència i resultats del tractament quirúrgic dels tumors quístics de pàncrees.
Dopazo C, Blanco L, Caralt M, Rodriguez R, Naval J, Bilbao I, Lázaro JL, Espín F, Sapisochín G, Balsells J, Charco R. (Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona)

Utilitat i rendiment d'una unitat de cures hospitalàries i hospitalització domiciliària (HoDo) dependent d'un servei de cirurgia general.
Mías MC, de la Fuente MC, Villalobos R, Rufas M, Castarlenas R, Olsina JJ. (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida)

Colporectosacropèxia robòtica (vídeo de la tècnica)
Jiménez LM, Espin E, Vallribera F, Caubet E, Martí M, Salgado L, Sánchez JL, Armengol M. (Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Diagnòstic i tractament actuals de la colitis isquèmica.
Bombardó J. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

9 de maig 2011
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora: Lopez Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Marcadors tumorals en cirurgia oncològica
Martínez Ródenas F. (Hospital Municipal de Badalona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
Perforació ileal distal en gestant de 30 setmanes
Sánchez P. (Hospital del Mar de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
Conceptes bàsics sobre avaluació econòmica. Eficàcia, eficiència i efectivitat. Estudis cost/benefici, cost/efectivitat i cost/utilitat.
Sala J. (Hospital de Terrassa)

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI
Obituari Dr. Olsina. Membres honoraris
Sala J.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES
Colecistectomia laparoscòpica en la colecistitis aguda. Estudi retrospectiu 2005-2009
Quer X, Medina A, Dardano A, Roura M, Guedes X, Medarde X, De Caralt E. (Consorci Hospitalari de Vic)

Maneig de la colecistitis aguda pels cirurgians espanyols. Resultats d'una enquesta estatal.
Nve E, Casal M, Arias J, * Figueras J, ** Badia JM. (Hospital General de Granollers, *Asociación Española de Cirujanos: * Sección de Infección Quirúrgica*, *** Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática*).

Tractament de la fístula rectouretral mitjançant fistulectomia transesfinteriana posterior de York - Mason
Pera M, Pascual M, Rijo E, Alonso S, Bielsa O, Lorente JA, Courtier R, Gil MJ, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

Causes del fracàs terapèutic en malalts amb peritonitis secundària amb tractament antibiòtic i control de focus correcte.
Membrilla E, Sancho JJ, Girvent M, Adrio G, Fraccalvieri D, Iñigo J, Monzón A, Luna A, Sitges – Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Hiperparatiroïdisme persistent
Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

30 de maig de 2011,

II Curs de Cirurgia de la Paret Abdominal

Director Del curs: Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)
Coordinador Del curs: López-Cano M. (Hospital de La Vall d'Hebron de Barcelona)

10'00 hores
1. Obertura i tancament de la paret abdominal
Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

10'30 hores
2. Biologia de la cicatrització
Arbós MA. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

11'00 hores
3. Hèrnia Inguinal: Tipus i Abordatge
Feliu X. (Hospital d'Igualada)

11'30 hores. Cafè.

12'00 hores.
4. Tractament i prevenció de l'hèrnia incisional. Tipus i Abordatge
López-Cano M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

12'30 hores
5. Pròtesis. Perquè usar-les? Tipus de materials. Quan usar unes o altres?
Bellon JM. (*Universidad de Alcalá de Henares*)

13'00 hores. Dinar

15'00 hores
CONFERÈNCIA MAGISTRAL
Bases biològiques de les hèrnies de la paret abdominal
Bellon JM. (*Universidad de Alcalá de Henares*)

16'00 hores
TAULA RODONA - SIMPOSI SOBRE HÈRNIA INGUINAL
Complicacions de la reparació de l'hèrnia inguinal per via anterior
Marsal F. (Hospital de Santa Tecla de Tarragona)

Tractament de l'hèrnia inguinal recurrent
Ribera C. (Hospital de Martorell)

Complicacions de la reparació laparoscòpica
Robres J. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

Dolor crònic post-hernioplàstia
Montes A. (Hospital del Mar de Barcelona)

Maneig de la pròtesi infectada
Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

18 hores
HÈRNIES INGUINALS I INCISIONALS COMPLEXES – CASOS CLÍNICS
Com ho faig?
Robres J. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)
López-Cano M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)
Marsal F. (Hospital de Santa Tecla de Tarragona)
Feliu X. (Hospital d'Igualada)
Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

19'00 hores
CLOENDA

6 de juny 2011
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA
Moderadora: Lopez Pereira MJ.

FISIOPATOLOGIA
Patogènesi del càncer de tiroides
Sala Pedrós J. (Hospital de Terrasa)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC
Casos clínics a internet. Comentari
Espin F. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA
Avaluació de les tècniques i procediments diagnòstics. Mètodes diagnòstics amb valor de referència conegut:sensibilitat, especificitat, valors predictius i resultats falsos. Representació dels resultats de comparació entre mètodes diagnòstics: corbes ROC. Mètodes diagnòstics sense valor de referència conegut: Comparació d'opinions. Coeficients de correlació intraavaluadors i interavaluadors, valor Kappa. Anàlisi de conglomerats.
Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

20'00 hores
SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

SIMPOSI CIRURGIA METABÓLICA
Coordinador: Del Castillo Déjardin D.

Moderador: Masdevall Noguera C. (Hospital de Bellvitge de L' Hospitalet de Llobregat)

1. **Cirurgia metabòlica. Una nova disciplina?**
   Del Castillo Déjardin D. (Hospital de Sant Joan de Reus)

2. **Fisiopatologia de la cirurgia metabòlica**
   Rebasa Cladera P. (Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell)

3. **Indicacions i selecció dels pacients**
   Vilarrasa García N. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet de Llobregat)

4. **Resultats de les tècniques quirúrgiques**

   A. **Banda ajustable**
   Pujol Ràfols J. (Clínica Tres Torres de Barcelona)

   B. ***Sleeve gastrectomy***
   Delgado Rivilla S. (Hospital Clínic de Barcelona)

   C. **Tècniques mixtes i malabsortives**
   García Ruiz de Gordejuela A. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet de Llobregat)

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PRESIDENTS ANTERIORS

Enric Ribas i Ribas	1927-1929
Manuel Corachan i Garcia	1930-1931
Joan Puig i Sureda	1932-1933
Joaquim Trias i Pujol	1934-1935
Joan Bartrina i Tomàs	1935-1936
Joan Puig i Sureda	1941-1951
Joaquim Trias i Pujol	1951-1953
Pere Piulachs i Oliva	1956-1961
Josep Soler i Roig	1961-1965
Jaume Pi i Figueres	1965-1969
Vicenç Artigas i Riera	1969-1971
Ramon Arandes i Adan	1971-1973
Joan Agustí i Peypoch	1973-1975
Víctor Salleras i Llinares	1975-1977
Antoni Sitges i Creus	1977-1981
Jordi Puig i La Calle	1981-1985
Cristóbal Pera Blanco Morales	1985-1989
Josep Curto i Cardús	1989-1991
Joan López Gibert	1991-1993
Jordi Olsina i Pavia	1993-1997
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa	1997-2001
Laureà Fernández-Cruz i Pérez	2001-2005
Antoni Sitges Serra	2005-2009

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	Antonio Cortés Lladó	Philip Rowland Allison (Regne Unit)
1964	Abilio Garcia Barón	Pablo Luís Mirizzi (Argentina)
1965	Josep Maria Gil Vernet	Paul Eugene Santy (França)
1966	Hermenegild Arruga i Liró	Ernest Stanley Crawford (Estats Units)
1967	Antoni Trias i Pujol	Pietro Valdoni (Itàlia)
1968	Manuel Bastos Ansart	Claude D'Allaines (França)
1969	Josep Trueta i Raspall	Michael E. De Bakey (Estats Units)
1970	Cristóbal Pera Jiménez	Joao Cid Dos Santos (Portugal)
1971	Plácido González Duarte	Rudolf Nissen (Suïssa)
1972	Pere Piulachs i Oliva	Pierre Albert Mallet-Guy (França)
1973	Jaume Pi Figueras	Jean Louis Lortat-Jacob (França)
1974	Josep Soler Roig	Henry Thomson (Regne Unit)
1975	Joaquim Salarich i Torrents	Paride Stefanini (Itàlia)
1976	Ferran Martorell i Otzet	Marcel Roux (França)
1977	Antoni Puigverd i Gorro	John C. Goligher (Regne Unit)
1978	Antoni Llauradó i Tomàs	Claude Romieu (França)
1979	Joan Prim i Rosell	Claude Dubost (França)
1980	Moisès Broggi i Vallès	Rodney Smith (Regne Unit)
1981	Josep Masferrer i Oliveras	Robert M. Zollinger (Estats Units)
1982	Joan Agustí Peypoch	Kenneth C. Mc Keown (Regne Unit)
1983	Gerard Manresa i Formosa	Komei Nakayama (Japó)
1984	Josep Maria Gil Vernet	Maurice Mercadier (França)
1985	Carlos Carbonell Antolí	Philip Sandblom (Suècia)
1986	Sebastián García Díaz	Adrian Marston (Regne Unit)
1987	José Luís Puente Domínguez	Lloyd M. Nyhus (Estats Units)
1988	Antoni Caralps Massó	Frederic Saegesser (Suïssa)
1989	Antoni Sitges Creus	David B. Skinner (Estats Units)
1990	Victor Salleras i Linares	Umberto Veronesi (Itàlia)
1991	Benjamín Narbona Arnau	François Fékété (França)
1992	Emili Sala Patau	Raul C. Praderi (Uruguai)
1993	Lino Torre Eleizegui	Louis. F. Hollender (França)
1994	Hipólito Durán Sacristán	David C. Sabiston (Estats Units)
1995	Joaquim Barraquer Moner	Konrad Messmer (Alemanya)
1996	Ángel Díez Cascón	Patrick Forrest (Regne Unit)
1997	Jordi Puig Lacalle	Jacques Perissat (França)
1998	Antoni Viladot i Pericé	Hans Beger (Alemanya)
1999	Joan López-Gibert	Henri Bismuth (França)
2000	José Luís Balibrea Cantero	Bruno Salvadori (Itàlia)
2001	Ramon Trias Rúbies	Alfred Cuschieri (Regne Unit)
2002	Isidre Claret i Corominas	Bernard Launois (França)
2003	Pascual Parrilla Paricio	Charles Proye (França)
2004	Josep Simó Deu	David Sutherland (Estats Units)
2005	Joan Sánchez-Lloret i Tortosa	Markus Büchler (Alemanya)
2006	Marià Ubach i Servet	John Smith (Regne Unit)
2007	Manuel Bellón Caneiro	Henrik Kehlet (Dinamarca)
2008	Joan Martí Ragué	Jacques Marescaux (França)
2009	Enrique Moreno González	Neil Mortensen (Regne Unit)
2010	Carlos Pera Madrazo	Abraham Fingerhut (França)

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2010
REUNIÓ DELS TRIBUNALS
CURS 2010-11

Premi Manuel Corachan

Cirurgia restitutiva : reconstrucció volumètrica amb "gel de plaquetes" en la cirurgia conservadora de les neoplàsies de mama.
Julián JF, Navinés J, Pascual I, Botey M, Balibrea JM, Guardia N, Haetta H, García-Cuyàs F, Alastrué A, Fernández-Llamazares J. (*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol)*

Premi Carmen Benasco

Freqüència i importància de les micrometàstasis dels ganglis sentinelles en el càncer de mama
Culell P, Solernou L, Abad JM, Besora P, Fraile M, Fumanal V, Encinas X, Verge J. (Hospitals: Althaia Manresa, General d'Igualada, Germans Trias i Pujol de Badalona, Sant Camil de Sant Pere Ribes)

Premi "*XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie*: Barcelona 1973"

Declarat desert.

BEQUES CONCEDIDES PEL CURS 2010- 2011

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Es concedeixen tres beques per un import de 2000 € nets cada una als següents residents de cirurgia general i de l'aparell digestiu :

Dimitri Dorcaratto,
Resident de 4rt any, del IMAS.
Estada al *Memorial Sloan-Kettering* (Unitat de cirurgia hepatobiliar i de transplantament hepàtic).

Montserrat Juvany
Resident de 4rt any de l'Hospital de Granollers.
Estada al *King's College* de Londres (Unitat de cirurgia hepatobiliar i de transplantament hepàtic).

Laia Coromina
Resident de 4rt any, de l'Hospital de Bellvitge
Estada a l'Hospital de *St. Blasius* a Bèlgica (Unitat de cirurgia laparoscópica bariàtrica avançada).

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2011-2012

INAUGURACIÓ

20 d'octubre de 2011

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President
Joan Sala Pedrós

Vicepresident
Josep Maria Badia i Pérez

Secretari
Pere Rebasa i Cladera

Tresorer
Daniel Del Castillo i Déjardin

Vicesecretari
Maria Jesús López Pereira

Vocal primer
Ramon Vilallonga Puy

Vocal segon
Antonio Sánchez Marín

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Ramon Balius i Juli
Enric Vendrell i Torné
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
Eduard Basilio i Bonet
Ramon Martí i Pujol
José Manuel Sánchez Ortega
Vicens Artigas i Raventós
Xavier Rius i Cornadó
Jordi Pié i Garcia
Josep Verge i Schulte-Eversum
Joan Figueras i Felip
Jaume Fernández-Llamazares i Rodríguez
Laureà Fernández-Cruz i Pérez
Constancio Marco Molina
Antoni Sitges Serra
Roger Pla Farnós
Joan Sala Pedrós
Ferran Caballero Mestres
Salvador Navarro Soto

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2011

PREMI VIRGILI

Prof. EDUARD JAURRIETA MAS

PREMI GIMBERNAT

Prof. PIERRE ALAIN CLAVIEN

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2011
REUNIÓ DELS TRIBUNALS
CURS 2010-11

Premi Carmen Benasco
Dotat amb 600 €.

Proctologia al 2011 i el virus del papil·loma humà: on som? Què fem? Que s'ha de fer?

Premi "*XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie*: Barcelona 1973"
Premi al millor treball sobre el tema: "Gestió d'un Servei de Cirurgia".
Dotat amb 1800 €.

Declarat desert

Premi Corachan
Dotat amb 600,- €.

Regional functional specialization and inhibitory nitrergic and nonnitrergic coneurotransmission in the human esophagus
Lecea B, Gallego D, Farré R, Opazo A, Aulí M, Jiménez M, Clavé P.

BEQUES CONCEDIDES PEL CURS 2011- 2012

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Es concedeixen dues beques per un import de 1500 € nets cada una als següents residents de cirurgia general i de l'aparell digestiu :

Franco Guillermo Marinello,
Resident de 5è any, de l'Hospital de Sant Pau.
Estada al IRCAD amb el Prof. J. Marescaux a Estrasburg.

Janice Velasco Moreno-Bello,
Resident de 5è any, de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona.
Estada a la Kliniken Essen-Mitte amb el Prof. M.K. Walz a Essen.

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL·LABORADORS

Centre Mèdic Teknon de Barcelona
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat
Clínica de Ponent de Lleida
Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat.
Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell
Espitau Val d'Aran de Vielha e Mijaran
Fundació Privada Hospital de Mollet
Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Comarcal d'Amposta
Hospital Comarcal de Blanes
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès.
Hospital Comarcal de Móra d'Ebre
Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga
Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal del Pallars de Tremp
Hospital de Campdevànol
Hospital de Figueres
Hospital de l'Aliança de Lleida
Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
Hospital de Mataró
Hospital de Palamós
Hospital de Puigcerdà
Hospital de Sant Celoni
Hospital de Sant Jaume d'Olot
Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat
Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa
Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona
Hospital de Sant Rafael de Barcelona
Hospital de Santa Maria de Lleida
Hospital de Terrassa
Hospital de Viladecans
Hospital del Mar de Barcelona
Hospital del Vendrell
Hospital d'Igualada.
Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona
Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès
Hospital General de Granollers
Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona.
Hospital General de Vic
Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat
Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí
Hospital Municipal de Badalona
Hospital Mútua de Terrassa
Hospital Plató de Barcelona
Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona
Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Institut Universitari Dexeus de Barcelona
Pius Hospital de Valls
Sant Hospital de la Seu d'Urgell

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

NOMENAMENT DE MEMBRES HONORARIS 2011

Armengol Carrasco, Manuel

Codina Cazador, Antoni

Del Castillo Déjardin, Daniel

Fernández-Cruz Pérez, Laureà

Fernández-Llamazares Rodríguez, Jaume

Rafecas Renau, Antoni

Sitges Serra, Antoni

Trias Folch, Manuel

Viñas Salas, Joan

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2011

NOUS MEMBRES ASSOCIATS
Andrada Álvarez, Jose Daniel
Balaguer Del Ojo, Cristina
Clavell Font, Arantxa
Galvez Saldaña, Ana Roberta
Gonzalez Duaigües, Marta Lourdes
Guedes de la Puente, Xavier
Guerrero López, Raül
Llaquet Bay**ó**, Heura
Llorca Cardeñosa, Sara
Martin Santos, Silvia
Migone Gonz**á**lez, Raul Fernando
Millan Paredes, Laura
Moreno Fern**á**ndez, Félix
Pando Rau, Elizabeth Paola
Raga Carceller, Esther
Ramirez Maldonado, Ruby Elena
Romero Rivas, Giancarlo
Ruiz Edo, Neus
Sanchez Gim**é**nez, Raquel
Sturlese Gaya, Anna
Vargas Pierola, Harold Jaime
Vellalta Muxí, Gemma
Vilchez Mira, Mar

NOUS MEMBRES NUMERARIS
Barcons Vilaplana, Santiago
Flor Costa, Alejandro
Garcia Cuyàs, Francesc
Golffier Rosete, Claudio
Gutiérrez P**é**rez, Manuel
Rueda Chimeno, Joan Carles
Veste, Vasile

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2011-2012

PROGRAMA

La inauguració del curs es farà a l'Aula Gimbernat, de l'antic Col·legi de Cirurgia, al primitiu Hospital de la Santa Creu, actual seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, C/. Del Carme, 47, 08001 Barcelona, a les 20 hores del proper dia 20 d'octubre, dijous. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2011* al Dr. Eduard Jaurrieta Mas i *del Premi Gimbernat 2011*, al Dr. Pierre Alain Clavien. Així mateix, es faran públics i es lliuraran, si és el cas: el *Premi XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie Barcelona 1973,* el *Premi Manuel Corachán*; i el *Premi Carmen Benasco* d'enguany.

També es lliuraran els nomenaments de Membres Honoraris a aquells cirurgians que s'han distingit per la seva contribució al desenvolupament i millora de la Societat.

La cerimònia d'admissió de nous membres de la Societat es fa efectiva amb el lliurament personal i intransferible dels corresponents diplomes i medalles a les persones acceptades com a nous membres associats, numeraris i corresponents. L'acte te caràcter vinculant, sent imprescindible la presència de les persones nominades per tal que la incorporació a la SCC sigui plenament vàlida.

El mateix dia, a les 21'00 hores, es farà el sopar anual de germanor de la SCC, a l'Hotel Espanya (Restaurant), C/. Sant Pau, 9-11, 08003 Barcelona, Telèfon 93 317 11 34**.** Us preguem confirmeu l'assistència al sopar a través de qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, o també a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, a la nova seu del C/. De Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona, directament per telèfon al 93 203 07 92 o través d'Internet, a la Web: **http://www.acmcb.es** Societats, Cirurgia o bé directament a la web de la Societat Catalana de Cirurgia: http://**www.sccirurgia.org**. Us preguem indiqueu, al menys una setmana abans, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.

Barcelona, 1 de setembre de 2011

Joan Sala Pedrós
President

Ferran Caballero Mestres
Secretari

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 20 d'octubre de 2011
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

20:00h. Presentació
Sala Pedrós J.
President de la Societat Catalana de Cirurgia

20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Associats
Lliurament de Premis a treballs científics.
Caballero Mestres F.
Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

20:25h. Nomenament de Membres Honoraris
Sala Pedrós J.

Armengol Carrasco, Manuel
Codina Cazador, Antoni
Del Castillo Déjardin, Daniel
Fernández-Cruz Pérez, Laureà
Fernández-Llamazares Rodríguez, Jaume
Rafecas Renau, Antoni
Sitges Serra, Antoni
Trias Folch, Manuel
Viñas Salas, Joan

20:35 h. Lliurament dels Premis Honorífics
Sala Pedrós J.
Premi Virgili al Dr. Eduard Jaurrieta Mas
Premi Gimbernat al Dr. Pierre Alain Clavien

21'10 Cloenda de l'acte acadèmic

21:00h. Sopar de germanor
Hotel Espanya (Restaurant)
C/. Sant Pau, 9-11
08003 Barcelona,

VIII CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA

PROGRAMA CIENTÍFIC

Dijous, 20 d'octubre de 2011
08.00 Lliurament de documentació
SALA AUDITORI

09.00-10.30 Taula rodona
Indicacions quirúrgiques actuals en l'esòfag de Barret
Moderador: Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Ponents: Pera M. (Hospital Universitari del Mar de Barcelona)
Etiopatogènia de l'Esòfag de Barrett

Parrilla P. (*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Múrcia*)
Tractament mèdic vs Quirúrgic .

Junquera F. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)
Tractament endoscòpic

Sala A. (Hospital Universitari Mútua de Terrassa)
Diagnòstic histològic.

SALA 10
09.00-10.30 **Sessió de comunicacions orals**
Moderadors: Ramos E, Olsina JJ.

10.30-11.30 **Pausa amb cafè i presentació de pòsters**
Moderadors: Garcia A. (Hospital de Bellvitge de l'Hospitalet del Llobregat)
Sabench F. (Hospital de Sant Joan de Reus)
Marsal F. (Hospital de Santa Tecla de Tarragona)
Verge J. (Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes)
Buqueras C. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)
Gil A. (Hospital Sant Joan de Déu de Martorell)

SALA AUDITORI
11.30-12.30 **Sessió Salvador Cardenal**
Conferències dels Premis Virgili i Gimbernat
Moderadors: Sala Pedrós J, Feliu X.

Análisis Clínico de los Grupos Relacionados por Diagnóstico Quirúrgicos (GRDs) en la patología de colon.
Jaurrieta EJ.

Training in HPB and transplantation surgery: from education to perfection
Clavien PA.

SALA AUDITORI
12.30-14.00 **Les cinc millors comunicacions**
Moderadors: Sitges A, De Caralt E.

Aplicabilitat d'un nou protocol de tractament mitjançant hospitalització domiciliaria de les diverticulitis agudes no complicades (DAGNC)
Serra S, Mora L, Jurado C, Rebasa P, Serra X, Ballesteros E, Solà J, Alcántara M, Hidalgo JM, Cánovas G, Bombardó J, Ayguavives I, Navarro S. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)

Aplicabilitat d'una nova classificació radiològica de diverticulitis aguda
Serra S., Mora L., Jurado C., Rebasa P., Serra X., Ballesteros E., Solà J., Alcántara M., Hidalgo JM., Cánovas G., Bombardó J., Ayguavives I., Navarro S. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)

Aplicació de la revisió terciària en el maneig inicial dels pacients politraumatitzats
Salvador Navarro Soto, Sandra Montmany Vioque, Pere Rebasa Cladera, Alexis Luna Aufroy, Carlos Gómez Díaz, Heura Llaquet Bayo, José Manuel Hidalgo Rosas, Gabriel Cánovas Moreno. (Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell)

Errors assistencials. Hi ha un patró de presentació previsible?
Rebasa P, Mora L, Luna A, Bejarano N, Vallverdú H, Montmany S, Navarro S. (Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí de Sabadell. Hospital Sant Boi)

Estudi de la funcionalitat dels reservoris venosos subcutanis segons situació de l'extrem del catèter
Xavier Mira, Sara Amador, Mireia Amillo, Joaquim Sánchez, MªJosé Villanueva, Aurora Aldeano, Josep Montero, Xavier Guirao, Josep Mª Badia. (Hospital General de Granollers)

14.00 Dinar de treball

SALA AUDITORI
15.00-16.00 **Assemblea General**

16.00-18.00 Taula rodona
Alternatives en el tractament actual del càncer de recte
Moderador: Espin E. (Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona)

Ponents: Serra X. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)
Tractament de les lesions inicials. Estat actual.

Targarona EM. (Hospital Universitari Sant Pau de Barcelona)
Tractament de les lesions avançades. Estat actual.

Jiménez LM. (Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona)
Reseccions multiviscerals. Quan i com.

Kreisler E. (Hospital Universitari Bellvitge de l'Hospitalet de Llobregat)
Recidives: com enfocar el tractament.

Pera M. (Hospital Universitari Mar de Barcelona)
On i qui ha de fer el tractament quirúrgic del càncer de recte?

Moreno C. (Hospital General de la Mancha, Alcázar de San Juan)
Reconstrucció de la pelvis després d'amputació abdominoperineal

SALA 10
16.00-18.00 **Sessió de comunicacions**
Moderadors: Bilbao I, Rodríguez J.

AULA GIMBERNAT – REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA
20.00 **Inauguració del Curs**

21.30 **Sopar de la Societat Catalana de Cirurgia**

Divendres, 21 d'octubre de 2011
SALA AUDITORI
09.00-10.30 Taula Rodona
Complicacions en cirurgia pancreàtica
Moderador: Fernández-Cruz L. (Hospital Universitari Clínic de Barcelona)
Ponents: Fabregat J. (Hospital Universitari Bellvitge de l'Hospitalet de Llobreg.)
Artigas V. (Hospital Universitari Sant Pau de Barcelona)
Balcells J. (Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona)
García-Borobia F. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)

SALA 10
09.00-10.30 **Sessió de presentació de vídeos (6)**
Moderadors: Delgado S, Vallribera F.

10.30-11.30 Pausa amb cafè – **Discussió dels pòsters amb els autors**
Moderadors: Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramanet.)
Balibrea JM. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)
Aixàs J. (Sant Hospital de la Seu d'Urgell)
Caubet E. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)
Sueiras A. (Hospital de Viladecans)
Ros S. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

SALA AUDITORI
11.30-13.30 **Sessió de comunicacions orals**
Moderadors: Jorba R, Oms L.

SALA 10
11.30-13.30 **Sessió de comunicacions orals**
Moderadors: Garcia Domingo MI, Domingo J.

SALA AUDITORI
13.30-13.45 **Cloenda**

PROGRAMA DE SESSIONS

Societat Catalana de Cirurgia

Calendari de Sessions de Formació Bàsica i Avançada: Curs 2011-2012

Sessió	Regió Sanitària	Hospitals
10 d'Octubre de 2011	Barcelona (BCN) – Muntanya Oest BCN – Esquerra de l'Eixample, BCN – Sant Gervasi, BCN – Les Corts. Baix Llobregat (BL) BL - Fontsanta	Hospital Clínic de Barcelona Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona Hospital Plató de Barcelona Centre Mèdic Teknon de Barcelona Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat Coordinador: Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona) Moderador: Millan M. (Hospital de Bellvitge)
14 de Novembre de 2011	Girona Gironès, Alt Empordà, Baix Empordà, Selva, Ripollès, Garrotxa, Pla de l'Estany, Alt Maresme Alt Pirineu i Aran Cerdanya, Alt Urgell, Pallars Jussà, Val d'Aran Pallars Sobirà, Alta Ribagorça	Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Comarcal de Blanes Hospital de Campdevànol Hospital de Sant Jaume d'Olot Hospital de Puigcerdà Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell Hospital Comarcal del Pallars de Tremp Espitau Val d'Aran de Vielha e Mijaran Coordinador: Codina – Cazador A. (Hospital Trueta de Girona) Moderador: Parés D. (Hospital de Sant Boi del Llobregat)
12 de Desembre de 2011	Litoral Nord Barcelonès Nord Baix Maresme	Hospital de Mataró Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona Hospital Municipal de Badalona Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet Coordinador: Fernández- Llamazares J. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona) Moderador: Pera M. (Hospital del Mar de Barcelona)
9 de Gener de 2012	Vallès Occidental Sabadell, Terrassa – Rubí – Sant Cugat	Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès Coordinador: Bombardó J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell) Moderador: Jorba R. (Hospital de L'Hospitalet del Llobregat)
13 de Febrer de 2012	Barcelona - central BCN – Horta Guinardó Mar, BCN – Gràcia, BCN – Sant Andreu, BCN – Dreta de l'Eixample Catalunya Central Osona	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona Hospital General de Vic Coordinador: Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona) Moderador: Garcia Borobia F. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Calendari de Sessions de Formació Bàsica i Avançada: Curs 2011-2012 (cont.)

Sessió	Regió Sanitària	Hospitals
12 de Març de 2012	Baix Llobregat BL - Delta – Litoral, BL - Centre-Nord, BL - Fontsanta	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat. Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell Hospital de Viladecans Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat Coordinador: Biondo S. (Hospital de Bellvitge) Moderador: Garcia A. (Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès)
16 d'Abril de 2012	Barcelona (BCN) – Muntanya Est BCN – Horta Guinardó Muntanya, BCN – Nou Barris Lleida Segrià, Noguera, Segarra, Urgell, Garrigues, Pla d'Urgell	Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona. Hospital de Sant Rafael de Barcelona Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Hospital de Santa Maria de Lleida Clínica de Ponent de Lleida Coordinador: Armengol M. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona) Moderador: Garcia M. (Hospital Mútua de Terrassa)
14 de Maig de 2012	Barcelona (BCN) - litoral BCN – Ciutat Vella, BCN – Sants Montjuïc, BCN – Sant Martí Catalunya Central Vallès Oriental Bages, Anoia, Berguedà, Solsonès	Hospital del Mar de Barcelona Hospital General de Granollers Fundació Privada Hospital de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa Hospital d'Igualada. Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga Coordinador: Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona) Moderador: Castellvi J. (Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí)
11 de Juny de 2012	Tarragona Baix Camp, Tarragonès, Alt Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat, Alt Penedès, Garraf Terres de l'Ebre Baix Ebre, Terra Alta, Montsià, Ribera d'Ebre	Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona Pius Hospital de Valls Hospital del Vendrell Hospital Verge de la Cinta de Tortosa Hospital Comarcal de Móra d'Ebre Hospital Comarcal d'Amposta Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès. Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes Coordinador: Del Castillo D. (Hospital de Reus) Moderador: Vallribera F. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

Societat Catalana de Cirurgia
Ponències d'encàrrec de Formació Bàsica i Avançada
Curs 2011-2012

Sessió	Concepte	Tema
10 d'Octubre	Fisiopatologia	Resposta neuroendocrina i metabòlica a l'agressió quirúrgica. Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)
	Problemes Clínics	Infecció intraabdominal greu Mazarro A. (Hospital Universitari Vall d´Hebron)
	Metodologia i Estadística	Tècniques de mostreig i control de biaixos. Hidalgo L. (Consorci Sanitari del Maresme. Mataró)
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	Darrers avenços en l'abordatge laparoscòpic de l'esplenectomia Balaguer C. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
14 de Novembre	Fisiopatologia	Composició corporal Franch G. (Hospital de Salamanca)
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Estudis comparatius: casos i controls, de cohort, dissenys híbrids. Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	Estat actual de la cirurgia de les metàstasis hepàtiques Fuster J. (Hospital Clínic de Barcelona)
12 de Desembre	Fisiopatologia	Volums hídrics corporals. Dessecació i pèrdua salina. Bases de fluidoteràpia Sancho J. (Hospital del Mar de Barcelona)
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Tècniques de mostreig. Mostres petites i grans. Justificació de la randomització. El biaix. Control de biaixos. Formes d'aleatoritzar. Biaixos més freqüents en els assaigs clínics. Tècniques d'emmascarament. Mètodes i taules aleatòries. Elecció del grup control. Anàlisi per intenció de tractar. Conceptes avançats sobre biaix, confusió i interacció. Determinació del volum de la mostra Hidalgo L. (Hospital de Mataró)
	Sessió bibliogràfica	Gubern JM. (Hospital de Mataró)
9 de Gener	Fisiopatologia	Xoc hipovolèmic. Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramanet)
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Criteris d'inclusió/exclusió. Pèrdues pre i postrandomització. El mètode CONSORT. Fonts d'efecte placebo en assaigs clínics quirúrgics. Control de l'efecte placebo. Estimació de l'efecte placebo. Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	Tractament actual del càncer gàstric Roig J. (Hospital Josep Trueta de Girona)
13 de Febrer	Fisiopatologia	Malnutrició en el malalt quirúrgic. Fisiopatologia, valoració i conseqüències clíniques. Girvent M. (Hospital de Mataró)
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Aspectes bàsics d'estadística inferencial. Concepte de contrast d'hipòtesis. Regions crítica i d'acceptació. Potència d'una prova de contrast d'hipòtesis. Errors α i β. Contrast d'hipòtesis. Exemple pràctics. Programa Granmo. Sala J. (Hospital de Terrassa)
	Sessió de morbimortalitat	Vallverdú H. (Hospital de Sant Boi)

Societat Catalana de Cirurgia
Ponències d'encàrrec de Formació Bàsica i Avançada
Curs 2011-2012 (Cont.)

Sessió	Concepte	Tema
12 de Març	Fisiopatologia	Suport nutricional perioperatori. Girvent M. (Hospital de Mataró)
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Comparació de dues variables qualitatives: Taules de contingència, chi quadrat, correccions de Yates i de Fisher. Comparació d'una variables quantitativa amb una qualitativa: proves paramètriques (distribució normal i la seva comprovació, t de Student-Fisher), proves no paramètriques (U de Mann-Whitney, T de Wilcoxon). Comparació de dues variables quantitatives: Coeficient de correlació de Pearson, coeficient de regressió. Ajustaments polinòmics. Hidalgo L. (Hospital de Mataró)
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	Tractament quirúrgic de la síndrome metabòlica Hernández González M. (Hospital de Sant Joan de Reus)
16 d'Abril	Fisiopatologia	Cicatrització de les ferides, factors de creixement i integració de materials protètics. Ferrando J.
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Anàlisi de sèries temporals. Anàlisi de la supervivència (AS). Mètode Kaplan Meyer. Anàlisi multivariant de Cox. Ramos E. (Hospital de Bellvitge)
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	Apendicectomia laparoscòpica Vallribera F. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)
14 de Maig	Fisiopatologia	Principals materials de sutura. Indicacions especifiques i tècnica de nuament. Ferrando J.
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Estadística multivariant. Concepte de model estadístic. Tipus de models multivariants. Regressió lineal múltiple (RLM). Regressió logística (RL). Anàlisi discriminant (AD). Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	Càncer de còlon oclusiu Alarcon JA. (Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes)
11 de Juny	Fisiopatologia	Limitació de la reserva funcional: cirurgia en els pacients d'edat avançada i amb patologia multisistèmica Sitges A. (Hospital del Mar de Barcelona)
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	Mètodes qualitatius en la recerca biomèdica. Vallverdú H. (Hospital de Sant Boi)
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	Julian JF. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

Per a més informació o més actualitzada, consultar les webs:

http://www.sccirurgia.org

o bé

http://www.acmcb.es/societats/cirurgia/index.htm

Societat Catalana de Cirurgia
Calendari de Congressos, Cursos i Simposis: Curs 2011-2012

Sessió	Regió Sanitària	Concepte
20-21 d'Octubre de 2011	Totes	VIII Congrés Català de Cirurgia
28 de Novembre de 2011	Totes	V Curs de Bioètica
28 de Novembre de 2011	Totes	Simposi: Patologia del sòl pelvià Moderador: Alcàntara M. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)
27 de Febrer de 2012	Totes	V Curs de Gestió Clínica, Qualitat Assistencial
27 de Febrer de 2012	Totes	IV Curs de Cirurgia Major Ambulatòria
27 de Febrer de 2012	Totes	Simposi: Gestió de qualitat en cirurgia Moderador: Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)
26 de Març de 2012	Totes	III Curs d'Infecció en Cirurgia
28 de Maig 2012	Totes	III Curs de Cirurgia de la Paret Abdominal
28 de Maig de 2012	Totes	Simposi: Complicacions i seqüeles de la tiroïdectomia Moderador: Sala Pedrós J.

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2011

Barcelona, 20 d'octubre de 2011

PER UNA SOCIETAT BEN COHESIONADA

Joan Sala Pedrós, Salvador Navarro Soto, Ferran Caballero Mestres, Daniel Del Castillo Déjardin, Maria Jesús López Pereira, Ramon Vilallonga Puy, Francesc Espin Álvarez.

No resulta fàcil progressar en un ambient hostil i és ben cert que aquest curs passat ha estat difícil. No precisament per una decadència de la cirurgia ni dels cirurgians i cirurgianes si no més aviat perquè l'entorn, en especial pel que es refereix a l'economia, no ha estat favorable. Hem encetat un període de crisi del qual no en sabem ni com ni quan en sortirem però si que estem convençuts que no defallirem per anar endavant.

En circumstàncies molt més adverses com en la passada guerra civil, la Societat Catalana de Cirurgia, replegada en el marc de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques dirigida per un cirurgià, N'Antoni Trias i Pujol, va mantenir vius els objectius científics que havien definit la seva creació, mantenint les sessions sobre els temes d'interès del moment: els politraumatismes bèl·lics, la fam, les transfusions o la profilaxi infecciosa. Tot un exemple de resiliència que no hauríem d'oblidar.

Però precisament perquè hi ha hagut èpoques molt pitjors, no ens hauríem de deixar abatre per la crisi. El coratge, amb l'habilitat i la perspicàcia, ha estat una de les virtuts que més s'han valorat sempre en el cirurgià. A ell hem de recórrer quan sembla que tot es posa en contra.

I amb aquest ànim s'han seguit mantenint les sessions científiques, s'ha continuat amb la formació dels residents i s'ha seguit estimulant la recerca i el coneixement en cirurgia amb beques i premis que servissin d'exemple a les noves generacions de professionals quirúrgics.

De manera especial, hem volgut recuperar el reconeixement de les tasques altruistes en el si de la Societat, donant nou èmfasi a la figura del Membre Honorari. En efecte, són moltes les persones que, de manera no sempre prou reconeguda, han mantingut viva any rere any la flama científica en cirurgia, col·laborant amb la nostra Societat. Per aquesta ocasió n'hem seleccionat un grup format pels responsables de les diferents sessions mensuals des de fa una pila de cursos acadèmics. Com les sessions anuals, eren 9. N'hi ha d'altres, per altres motius, que mereixen també ser reconeguts i esperem seguir-ho fent en un futur.

Tot plegat, creiem que ajuda a aconseguir la cohesió en els diferents àmbits compartits per la nostra Societat: el professional, el territorial i el científic. L'objectiu d'enfortir el tronc de l'arbre no s'acaba aquí però queda palesa la voluntat de progressar en aquesta línia.

En la seva funció d'emfatitzar el valor d'aquelles persones que han aportat noves expectatives en els aspectes més emblemàtics de la pràctica quirúrgica, la concessió dels premis de la Societat resulta un capítol essencial de la seva funció.

En quan al premi Virgili, aquest any s'ha reconegut la tasca d'un autèntic pioner, en especial de la cirurgia del trasplantament hepàtic en el nostre país: el Dr. Eduard Jaurrieta i Mas. D'indubtable vocació científica, no tan sols va ser capaç de col·laborar en el desenvolupament de la nutrició parenteral si no que, amb una notable capacitat tècnica i organitzativa, va liderar l'equip que va realitzar el primer transplantament hepàtic dins l'Estat Espanyol, juntament amb el malaurat Dr. Carles Margarit i Creixell. Però a més, portat per la seva inquietud ètica, ha estat un dels grans promotors de la gestió eficient dels serveis quirúrgics amb la intenció d'obtenir el màxim rendiment dels limitats recursos disponibles en sanitat.

També el premi Gimbernat ha estat concedit a un cirurgià suís d'indiscutible prestigi internacional: el Dr. Pierre Alain Clavien. Expert també i innovador en transplantament hepàtic i cirurgia hepatobiliopancreàtica, ha estat un dels impulsors d'un sistema de classificació de complicacions en cirurgia d'indubtable interès metodològic que no tan sols permet una més acurada comparació de resultats en els diferents camps de la pràctica quirúrgica si no que també, posant l'accent en l'origen i naturalesa de les complicacions, ha estat un revulsiu per aconseguir l'objectiu de minimitzar els efectes adversos de la cirurgia.

Formar part de la Junta de la Societat no és fàcil. Exigeix una dedicació als altres sacrificant una part del temps propi, que tothom necessita. Però tot i així sempre hi ha persones disposades a cooperar pel be de tots. Complerta la missió convinguda, part dels membres que han format part de la Junta mereixen ser alliberats de la seva càrrega periòdicament. Tenim la gran sort que tots han complert amb escreix les seves funcions i han aportat el seu treball i el seu esforç per millorar la Societat Catalana de Cirurgia. A vegades amb les petites coses que exigeix la gestió, gens rutinària, d'un model d'impulsió del coneixement en cirurgia que s'ha demostrat útil al llarg dels anys. Altres vegades amb l'assumpció de noves tasques que permeten una millora continua del funcionament de la Societat. Moltes millores contínues, resten anònimes amb el temps, però sense elles la Societat so sobreviuria. Exemples com la regularització dels tipus de socis i el registre d'activitats, l'estímul continuat a la participació, en especial dels cirurgians i cirurgianes en formació, la dedicació organitzativa, sempre sacrificant parts de la pròpia vida personal, familiar o professional, entre moltes altres funcions, fan que, aquells que han completat el seu cicle, siguin mereixedors de reconeixement de tots plegats.

I la gran sort és que sempre hi han voluntaris/voluntàries per al recanvi. També els nous membres que s'incorporen a la Junta, alguns amb experiència prèvia altres nous en aquestes responsabilitats, demostren amb el seu interès i voluntat de servei als demés que la cirurgia segueix viva en el nostre país i que val la pena dedicar-li el temps i l'esforç que calgui. Benvinguts siguin.

La Junta.

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2011

Eduardo Jaurrieta Mas

Senyor President de la Societat Catalana de Cirurgia
Senyor President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears
Col·legues, amics i familiars, gràcies per haver vingut.

En primer lloc vull agrair a la Junta Directiva de la Societat Catalana de Cirurgia, personificada en el Dr. Joan Sala, i a tots aquells que em van proposar i els que em van votar per la concessió d'aquest prestigiós guardó com es el premi Virgili.

Com molts de vostès saben la Societat Catalana de Cirurgia, va ser fundada l'any 1927. El nom va ser el de Societat de Cirurgia de Barcelona perquè, el nom de Societat Catalana, el llavors Governador de Catalunya Jaime Milans del Bosch no el va autoritzar. El 1933 ja es va poder dir Societat de Cirurgia de Catalunya, però el juny de 1936 es van suspendre les activitats per la guerra civil espanyola. No va ser fins el període 1971/1973 que es va tornar a dir Societat Catalana de Cirurgia; fins aleshores seguia essent nomes de Barcelona. Va ser sota la Presidència del Dr. Soler i Roig des de 1961 a 1965 que es van crear els Premis Virgili (nacionals i estrangers) però més endavant el premi estranger es van convertir en el Premi Gimbernat.

I, que va fer en Pere Virgili perquè aquesta Societat li dediqués un Premi?

En Pere Virgili va néixer a Vilanova del Camp (província de Tarragona) l'any 1699 i va morir a Barcelona l'any 1776. La seva primera formació quirúrgica va començar quan tenia 22 anys amb el cirurgià de Tarragona Gabriel Riera, amb qui va estar 3 anys. Acabada la formació va ser contractat com a cirurgià militar en un regiment de cavalleria i treballava a l'Hospital de Tarragona. L'any 1727 el Regiment d'en Pere Virgili va participar en el setge a Gibraltar; aquí va conèixer a l'excel·lent cirurgià francès Joan Lacomba , que era el Director de l'Hospital de l'Armada de Cadis. Virgili va ser nomenat cirurgià major de l'exèrcit i va treballar algun temps a Algeciras, però l'any 1729 Lacomba, que el tenia en molt alta consideració, se'l va emportar cap a Cadis. Cadis era llavors una gran ciutat perquè arribaven al seu port més de 1000 vaixells; molts venien carregats des de les Amèriques. Després de tornar a fer-se càrrec dels ferits en el l setge d'Oran va gaudir d'una beca per ampliar els seus coneixements a Paris que era la capital de la Cirurgia Europea. A la seva tornada va fer important arrels a Cadis i l'any 1748 va crear el primer Col·legi de Cirurgia d'Espanya a Cadis. Ell sentia la necessitat que la formació del cirurgià havia de ser molt més estructurada i amb més coneixements anatòmics.

A la Facultat de Medicina s'aprenia molt llatí i poca cirurgia. L'any 1760 se li va autoritzar crear el Col·legi de Cirurgia de Barcelona que va començar a funcionar al nou edifici l'any 1764. Aquest edifici, és actualment la seu de la Reial Acadèmia de Medicina del carrer del Carme.

Podem afirmar que Pere Virgili va ser el motor de la corrent renovadora de la Cirurgia en el segle XVIII en el nostre país i un professors amb una formació en mil batalles. Els que hem estat més assistencials que acadèmics, ens agrada aquest model. Afortunadament s'ha acabat aquella època en que els professors de cirurgia primer ensenyaven i desprès aprenien a operar.

Jo vaig néixer a Barcelona l'any 1947 i vaig fer el batxillerat a l'Escola Suïssa i a l'Institut Menéndez i Pelayo. L'Escola Suïssa era una escola laica i mixta, cosa rara si pensem que era la dècada dels 50. Allà vaig aprendre tolerància i també que ningú està en possessió de la veritat absoluta. Agraeixo als meus pares que, malgrat eren conservadors i creients, em donessin l'oportunitat d'estudiar en una escola oberta. La majoria de les assignatures les fèiem en alemany i això em va ser molt útil en les dues línies en que crec que vaig aportar alguna innovació: La nutrició parenteral i el trasplantament de fetge. La meva formació te una influència germànica clara.

L'any 1964 vaig començar els estudis de Medicina a Barcelona. Ho vaig decidir aquests mateix any, és a dir que, puc dir que la meva vocació no venia de petit, com d'altres molts companys. Potser també influenciat perquè a la meva família no hi havia cap metge. Aquests anys a la facultat van ser molt intensos, més des del punt de vista personal que d'aprenentatge teòric de la medicina. La Universitat estava moltes vegades tancada per ordres superiors, es vivia la necessitat d'un canvi democràtic i passàvem dies en assemblees a la nostra i a altres facultats on hi estaven inclosos alguns cantautors de l'època, és adir a vegades anàvem a concerts assemblearis.

La Facultat estava molt massificada i, si volies aprendre amb els malalts, t'apuntaves a algun equip de guàrdia i d'alumne intern en alguna de les Càtedres . Això últim implicava que difícilment podies anar a classe, perquè si no anaves per la Sala d'Hospitalització et treien el llit que t'havien adjudicat. Jo vaig passar dos anys a la Càtedra del Professor Gibert Queraltó, on s'estava creant el famós grup d'hepatologia; de fet jo volia ser Internista.

Quan vaig acabar la carrera i desprès de complir les meves obligacions militars, vaig obtenir una plaça de metge intern a l'Hospital de Sant Pau. Aquest any va ser molt important per mi perquè va ser una immersió accelerada en la medicina assistencial i vaig aprendre més que en tota la carrera. El rotatori era tot l'any al Servei d'Urgències: una setmana de mati, una setmana de tarda i altra setmana de nit. Passàvem per medicina, cirurgia, traumatologia i anestesia. El *staff* de guàrdia era molt competent i el servei que era nou funcionava molt be.

A banda d'això vaig conèixer la cirurgia i em vaig enamorar d'ella. Vaig demanar plaça de resident de cirurgia i després de passar un any a l'Hospital de la Vall d'Hebron vaig aconseguir una plaça amb qui jo em volia formar, El Dr. Antoni Sitges Creus, Cap del Departament de L'Hospital Universitari de Bellvitge. Encara que en la vida professional un aprèn de moltes persones, el considero el meu mestre més important. Era un cirurgià rigorós, tècnicament increïble, innovador i amb una gran capacitat clínica tant en el preoperatori com en el postoperatori.

Afortunadament vaig poder seguir en aquest Servei de Cirurgia com a especialista, cosa que em va permetre seguir un aprenentatge accelerat en una especialitat amb tants continguts. Hi havia un ambient extraordinari amb il·lusió per al futur perquè, a banda del Cap del Departament, hi havien altres cirurgians molt ben formats dels que també vaig aprendre moltes coses.

Van passar uns quants anys i se m'havia encarregat potenciar la nutrició parenteral . Això em va obligar a estudiar molt metabolisme, la qual cosa sempre m'ha servit com a complement a la formació clínica i tècnica com a cirurgià. De fet d'aquests tema es la meva Tesi Doctoral, la qual vaig presentar l'any 1992.

Va arribar un moment que em sentia bastant format quirúrgicament i necessitava veure, aprendre i aportar coses noves i així l'any 1983, assabentat per cirurgians alemanys amics meus de que hi havia un grup a Hannover que feia molta cirurgia hepàtica i trasplantaments de fetge, me'n vaig anar allà, on vaig estar-hi tres mesos . Malgrat el que es creia en aquella època, que mancava molt de temps perquè el trasplantament hepàtic fos una realitat clínica, jo vaig tornar amb la seguretat de què al nostre Hospital el podríem fer. El mateix li va passar a en Carles Margarit que va tornar uns mesos després de Pittsburgh i varem començar a treballar conjuntament per fer realitat aquesta il·lusió. Per a mi la cosa més important de tot aquell procés, va ser comprovar com metges d'altres serveis, infermeres, auxiliars d'infermeria, administratives i zeladors, agafaven amb il·lusió el projecte i creiem en nosaltres. Es va posar a prova la capacitat de treballar en un gran equip multidisciplinari. Va ser el dia 23 de febrer de 1984 quan tot aquest grup varem dur a terme el primer trasplantament de fetge de l'Estat Espanyol.

L'impacte mediàtic va ser enorme, molt mes del que em pensava, i les forces que intentaven parar el programa també. Semblava que com que estàvem en un hospital de batalla això no ens tocava a nosaltres. Els resultats ens van avalar: set dels deu primers malalts van ser donats d'alta a casa seva, que no està gens malament si mirem els resultats de Cambridge i Minneapolis el 1984. Això ens donava forces per seguir. El camí no va ser gens fàcil però em sento molt orgullós de què els que van anar agafant el relleu han arribat als 1250 trasplantaments i amb resultats excel·lents.

Un altre gran repte al que em vaig enfrontar va ser la creació d'un nou Servei de Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu a l'Hospital Universitari de Bellvitge. Existien des de la inauguració de l'Hospital dos serveis de cirurgia que eren bastant grans. L'any 1991 en quedar vacants les dues places de Cap de Servei, se'm va encarregar la unificació dels mateixos en un sol Servei. Ens varem trobar com a resultat un servei de mes 150 llits, 20 quiròfans setmanals, 25 cirurgians de plantilla, 20 metges residents i sis unitats d'hospitalització. Això el convertia en aquells moments en el servei més gran de tot l'Estat Espanyol. Però el repte no era tant les dimensions com aconseguir que treballessin en un projecte comú cirurgians de dos serveis que s'havien ignorat durant vint anys. La tasca va ser enorme, havíem d'unificar els criteris per evitar la variabilitat de la pràctica clínica i aconseguir que estigues basada en la literatura científica.

Havíem d'utilitzar criteris de gestió moderns que evitessin estades innecessàries i que s'utilitzessin tots els recursos amb criteris de qualitat, eficàcia i eficiència. Jo sempre he cregut que la millor manera de gestionar es tenir els millors professionals des del punt de vista tècnic i personal. Els clínics hem d'implicar-nos en la gestió perquè es l'única manera que els criteris d'organització d'aquests serveis, hospitals etc.. tinguin sobre tot criteris clínics. Aquests model que he defensat ha fet que moltes vegades molts col·legues diguessin que era gestor i inclús "polític". Per altre banda en les reunions de gerents se'm considerava massa clínic i sentia moltes vegades que les meves opinions no agradaven a tothom. Mancant poc per acabar la meva vida professional segueixo defensant aquest model.

Tornant a parlar del servei de cirurgia, he de dir que vaig notar el canvis que s'anaven produint i en general en positiu. Vull agrair a tots els que van col·laborar en aquest projecte, cirurgians, infermeres, auxiliars, administratius etc. perquè sense ells no hagués estat possible aquesta evolució. Va ser un treball d'onze anys consecutius que recordo que vaig haver de fer un esforç molt important però crec que varem tenir un servei de cirurgia model i varem apostar, entre d'altres coses, per la superespecialització, l'autoavaluació, posar els fonaments de la recerca i potenciar la formació dels metges residents, postgraduada i universitària. I, parlant de formació, he tingut la sort de poder ocupar una plaça de Professor Universitari des de l'any 1982, primer vaig ser Professor Associat Mèdic i Professor Titular, desprès Catedràtic d'Universitat. Va ser molt satisfactori per mi poder treballar a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona i anar ajudant a potenciar el nou Campus de Bellvitge. De fet aquí tampoc em vaig dedicar només a la part més acadèmica, sinó que vaig ser el primer delegat del Degà al Campus de Bellvitge i després sis anys Secretari i sis anys Director del Departament Universitari de Cirurgia i Especialitats quirúrgiques de la Universitat de Barcelona. Actualment al nostre Campus es fa l'ensenyament complet de Medicina i te un Consell d'Estudis i un Departament Universitari propi. A aquest punt no s'hi ha arribat sense dificultats, però haig d'agrair també a totes les persones que hi han anat aportant un gra de sorra.

I si la vida no fos suficientment complicada, no em vaig poder negar el que se'm va demanar, que acceptes els càrrecs de Director Mèdic de l'Hospital Universitari de Bellvitge i posteriorment el de Director Adjunt de l'Institut Català de la Salut. Vaig estar en cada un d'ells tres anys i mig , i la veritat és que no eren llocs fàcils, però haig de dir que em van enriquir molt i vaig conèixer a algunes persones molt interessants en aquests càrrecs. També vaig intentar influir amb una visió de clínic i em vaig reforçar en la convicció que si no ens impliquem els clínics en aquests càrrecs ho faran persones que no han viscut mai directament el que és patir amb els malalts, lluitar a urgències etc. Des de fa un any he tornat com a Director Clínic de Malalties de l'Aparell Digestiu a l'Hospital Universitari de Bellvitge, on espero acabar la meva carrera professional.

No us vull avorrir amb càrrecs o amb ocupacions que he tingut, però si que vull destacar el de President de l'Associació Espanyola de Cirurgians, que també em va donar l'oportunitat de treballar en temes de formació i vaig fer amistat amb algunes persones excel·lents. Des d'aquí ho agraeixo als que van apostar per la meva persona.

Com vostès veuen no he volgut citar noms perquè em deixaria a molta gent o be els avorriria amb una llista interminable de persones Són moltes les persones amb les que he pogut treballar molt be, de dins del servei i de fora. A totes elles els vull agrair públicament la seva relació honesta amb mi.

Per acabar vull agrair específicament als meus germans i a les meves filles, Luisi, Sara i Núria, pel seu amor i recolzament durant tots aquests anys en que la meva dedicació a la professió va ser extrema, però molt especialment el meu reconeixement a la meva dona, Luisa Guarner, que malgrat haver passat la nostra relació per grans dificultats, ha estat al meu costat per poder encarar junts els propers anys. Sense la seva dedicació durant tots aquests anys a les nostres filles jo no hagués pogut dedicar-me tant intensament a la cirurgia.

Senyores i senyors els hi agraeixo molt la seva atenció i torno a agrair la concessió d'aquest prestigiós Premi que vull compartir amb les persones que han cregut en mi aquests anys.

Dr. Eduardo Jaurrieta Mas
Octubre 2011

CENTRALITZACIÓ D'URGÈNCIES QUIRÚRGIQUES

Antoni Codina Cazador
Membre Honorari de la Societat Catalana de Cirurgia

Una de les situacions més paradigmàtiques que es dóna en la nostra vida laboral és refereix a l'actual sistema de guàrdies. Podríem dir que és una relació d'amor i odi, d'un vol però dol….

En l'exercici de l'activitat professional i laboral, dins l'àmbit hospitalari, ens trobem amb diferents actuacions professionals. D'una banda l'assistència i tractament dels malalts ingressats als hospitals que generen les urgències intrahospitalàries i al mateix temps els malalts que ingressen des del servei d' urgències.

L'atenció d'aquests malalts durant les 24 hores del dia i durant tots els dies de l'any, va comportar, ja fa molt de temps, la creació del sistema de guàrdies i el naixement del concepte del metge de guàrdia de presència física, amb caràcter d'obligatorietat per a tots els facultatius, retribuïda com a complement econòmic a part del sou, la quantia de la qual depenia, del nombre de guàrdies realitzades mensualment.

El sistema ha funcionat així durant molts anys, sense cap tipus de limitació referent al número de guàrdies mensuals o a la quantitat d'hores treballades setmanalment. No ha estat fins l'aparició de la directriu europea 93/104/CE quan es va començar a regular la jornada laboral màxima i el temps de descans obligatori.

Aquest tipus d'organització laboral ja ens semblava bé, doncs contrarestava el problema d'un salari molt baix i la guàrdia es convertia en un bon suplement econòmic, al mateix temps que ens permetia perfeccionar la nostra formació i capacitació, ja que l'activitat quirúrgica d'urgències afavoreix la millora de coneixements i ofereix la possibilitat d'adquirir més experiència i bagatge professional.

El mapa sanitari de Catalunya ha crescut moltíssim els darrers anys i la creació de tota la xarxa hospitalària ha generat molts llocs de treball per fer front a l'atenció urgent dels diferents Serveis de Cirurgia General i Digestiva arreu del país, sempre evidentment, dintre de les possibilitats de cada centre sanitari, originant un model d'atenció urgent amb diferents nivells assistencials, depenent dels recursos disponibles.

Aquest sistema que integra nivells diferenciats ha estat útil durant molts anys, però amb el temps van començar a aparèixer crítiques i opinions contraposades plantejant per tant nous criteris organitzatius. Però, per què canviar aquest model?.

En primer lloc, a causa del compliment de la normativa europea de les 48 hores setmanals i de la regulació entre activitat laboral i descans, els hospitals van haver d'incrementar les seves plantilles professionals per tal de cobrir totes les necessitats assistencials. Així doncs, el que era bo per una banda podia ser dolent per l'altra, ja que no tots els centres hospitalaris ofereixen suficient volum quirúrgic programat per mantenir l'activitat dels cirurgians.

Però al mateix temps, aquests cirurgians, paradoxalment i contràriament al que cal esperar, no disposen de suficients recursos diagnòstics i terapèutics per tal d'acomplir amb la seva responsabilitat professional de manera eficaç i diligent.

En segon lloc, els anys passen, i quan la llei estableix que els metges poden deixar de fer guàrdies, es troben amb una considerable pèrdua de poder adquisitiu, doncs el sou disminueix dràsticament i el que fins ara es valorava com un guany laboral es converteix en un problema econòmic que, a dia d'avui, encara no ha trobat una solució compensatòria en la majoria d'hospitals.

En tercer lloc, la societat actual presenta canvis importants que condicionen l'assistència i atenció hospitalària i en conseqüència tota la sanitat pública. Cada cop més sovint atenem una població altament envellida, que genera un elevat increment de la demanda urgent i que condueix a un considerable augment de la freqüència de la utilització dels serveis sanitaris per part de la població superior a 75 anys i paral·lelament també, una major complexitat assistencial a causa de la patologia associada, pròpia de l' edat.

Davant d'aquesta problemàtica i tenint en compte la controvèrsia que genera l'atenció quirúrgica urgent, els caps de servei de cirurgia dels hospitals de Catalunya, amb la intenció de fer una anàlisi de la situació real i amb la voluntat de cercar solucions, van crear una comissió de treball que va presentar els primers resultats durant les XVIII Jornades de Cirurgia als Hospitals de Catalunya realitzades l' any 2006 a Peralada (Girona).

Estem tots d'acord en la necessitat de buscar nous models organitzatius que conciliïn les legítimes aspiracions professionals i personals dels cirurgians, amb una justa i merescuda retribució econòmica, sempre condicionat als recursos sanitaris i de finançament disponibles.

Per tal d'aconseguir algun tipus de solució era imprescindible la implicació de les forces polítiques del moment i així ho va fer el Govern Tripartit. Es van debatre diferents alternatives, valorant com a millor opció i tenint en compte els mitjans existents, un model basat en la "Centralització de les Urgències Quirúrgiques".

La Societat Catalana de Cirurgia sempre ha estat seriosament involucrada en aquesta problemàtica i en conseqüència, entre altres accions, va organitzar un simposi l'abril de 2008 per tal d'avaluar diferents models i també per conèixer i examinar les propostes del Departament de Salut.

El Departament va escollir la Regió Sanitària de Girona, per desenvolupar un pla pilot d'urgències quirúrgiques. Durant quatre anys vaig formar part d'una comissió encarregada d'elaborar i concebre el protocol d'actuació. Finalment i desprès de moltes reunions, es va consensuar el document nomenat i definit com a " Codi Quirúrgic".

Aquest protocol es centrava fonamentalment en l'assistència de les patologies pactades prèviament: sagnants, sèpsies i oclusions. Els centres sanitaris activaven aquest codi trucant al SEM, de la mateixa manera que es fa amb el Codi Ictus o el Codi Infart, traslladant els malalts al centre de referència corresponent.

L'objectiu del Codi Quirúrgic era donar solució als problemes més freqüents: carència de cirurgians per fer guàrdies, manca de recursos radiològics i endoscòpics, de recursos terapèutics per la indisponibilitat d'una Unitat de Reanimació o una UCI, etc... Però al mateix temps, l'aplicació d'aquest model organitzatiu generava altres problemes, com per exemple la disminució de l'activitat quirúrgica urgent complexa, canvis en el tipus de guàrdia (localitzable i/o presència física) i també d'altra banda la disminució d'una part important del salari del professional a causa de la pèrdua d'aquestes guàrdies.

Òbviament es van plantejar diferents alternatives i solucions a tots els problemes que sorgien, però la realitat va ser molt frustrant ja que aquest desitjat "Codi Quirúrgic", tan sols va funcionar durant dos mesos, suspenent-se posteriorment la seva aplicació per l'incompliment dels objectius establerts.

La realitat per tant, és que ens trobem al mateix lloc i seguim amb el model tradicional. Probablement ens manca interioritzar una sèrie de conceptes que sovint verbalitzem, però no tenim consciència de les qualitats del nostre sistema sanitari ni tampoc de la seva sostenibilitat. També és possible, que no sapiguem quin tipus d' atenció urgent volem, ja que tot depèn fins a quin grau ens afecta la seva implantació.

Pel que fa a les gerències de molts hospitals, tampoc tenen clar si els interessa o no la centralització de les urgències; d'una banda per les suposables pèrdues de facturació econòmica, però a la vegada també els preocupa la fugida de professionals cap a altres hospitals o altres destinacions, a causa de la pèrdua o rebaixa d'ingressos lligats a la realització o no de guàrdies.

Tanmateix el cirurgià tampoc es conforma amb aquest model, doncs no permet participar en les intervencions més complexes, malgrat no sempre tinguin els recursos adients, i no vol renunciar a aquesta part de la seva tasca assistencial. Tots sabem que l'activitat més freqüent del cirurgià de guàrdia és atendre la consulta del dolor abdominal i que l'activitat quirúrgica més habitual és el desbridament d'abscessos i l'apendicectomia, convinguda i especificada en el seu moment, com a banal i assumible per tots els hospitals de Catalunya.

Però nosaltres en volem més o, millor dit, nosaltres ens podem permetre més? Per què altres països tenen menys punts d'atenció quirúrgica urgent que nosaltres?. Els resultats són els mateixos a tots els hospitals?. Tots els hospitals tenen els mateixos recursos per garantir la mateixa qualitat assistencial?. Aquest és el principal escull amb que ens trobem actualment, encara no som conscients que cal establir diferents nivells assistencials als nostres hospitals, perquè no es pot fer de tot, a tot arreu.

Tenim molts temes per debatre i cal buscar solucions, però no trobarem les respostes sense un exercici de generositat professional per part de tots els implicats, en el sentit que tots hem d' acceptar que no som ni millors ni pitjors cirurgians, per fer o no fer, segons quin tipus de procediment quirúrgic. El nostre treball s'ha d' apreciar molt més del que es reconeix actualment. La nostra responsabilitat s'ha de remunerar econòmicament molt més del que es fa ara.

Tal com passa en la majoria de països europeus, els nostres mitjans i la nostra capacitació tendeix a instaurar centres que disposen de la majoria de recursos humans, diagnòstics i terapèutics, sobretot pel que fa a la cirurgia més complexa, és a dir a la centralització de les urgències quirúrgiques.

Aquesta actitud és també, sense cap dubte, la millor pels nostres malalts, doncs concentrar volum és sinònim de resultats globals més profitosos. No es discuteix mai l'aptitud i expertesa d'un professional, però atenent a la situació actual, l'agrupament de malalts implica millors beneficis assistencials i menys despeses.

Per tant centralitzar i reordenar el territori involucrant a tots els professionals que vulguin col·laborar en l' elaboració d'un nou model de guàrdies és una opció. Estructurar els llocs d'urgència depenent de si l'hospital és docent i els residents cobreixen les guàrdies amb staff localitzat és un altra alternativa. Una altra opció, tal com succeeix en altres països europeus, inclouria l'atenció quirúrgica urgent dins de la jornada laboral de 48 hores, cobrint torns setmanals, basat en un model de participació entre cirurgians júniors i sèniors.

També des de les gerències hospitalàries s'han proposat sistemes de torns de 12 hores entre setmana, inclosos dins la jornada laboral i de 24 hores els dies festius. Aquest model es fonamenta en un sistema d'atenció continuada realitzada per tots els membres d'un servei, amb l'inconvenient que genera un gran trasbals organitzatiu i acaba provocant una greu distorsió del concepte de servei, convertint-se en una "feina per torns". No cal dir però, que la intenció només passa per estalviar i disminuir despeses sense tenir en compte, els efectes desfavorables i negatius que provoca, així com la pèrdua de qualitat pel que fa a l' atenció i assistència sanitària.

El debat està obert des de fa temps i malgrat tot, no hem trobat cap solució. Aprofitant l'excusa de la crisi i de les retallades, ens imposen nous models que desfavoreixen el metge tant professionalment com econòmicament. Hem de saber concretar solucions definitives que satisfacin a tothom: facultatius, usuaris i polítics, involucrant tota la societat per tal d'obtenir un sistema sanitari amb la màxima efectivitat, eficàcia, eficiència i equitat possibles.

Els polítics actuals responsabilitzen els professionals de la sanitat dels problemes econòmics que pateix el nostre sistema sanitari i apliquen un conjunt d'accions i mesures d'estalvi i retallades que perjudiquen tothom, tant professionals com usuaris i tota la ciutadania en general.

La solució òptima a la situació que patim en aquests moments, és una planificació sanitària viable i sostenible, dirigida als interessos i necessitats de la societat i fonamentada en tres eixos d' intervenció assistencial: l'organització i metodització de la concentració de les urgències quirúrgiques, l'abordatge de la sistematització de l'activitat en cirurgia complexa, en funció del nivell hospitalari i sobretot ordenar i coordinar l'atenció quirúrgica oncològica.

Així doncs, cal cercar un model sanitari que inclogui nous reptes de futur, considerant la pròpia sostenibilitat del sistema, contemplant les perspectives, les opinions i els suggeriments de totes les parts implicades, des d'una anàlisi global, més enllà del context que ens envolta.

Dr. Antoni Codina Cazador
Cap de Servei de Cirurgia General i Digestiva
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta (HUDJT)
Girona

SUPERESPECIALITZACIÓ: ELS PROBLEMES D'UN MODEL AMB FUTUR

Everybody is against specialization but the patient
Francis Moore

Antoni Sitges Serra
Membre Honorari de la Societat Catalana de Cirurgia

Que jo sàpiga, la introducció de les superespecialitats quirúrgiques dins de la Cirurgia General als hospitals de referència va començar a Espanya de la mà del Dr. A. Sitges Creus, qui, a mitjans dels anys 70 va subdividir el Servei de Cirurgia General de l'Hospital de Bellvitge en tres seccions: colorectal, HPB-endocrino i esofagogàstrica. Tot i que aquest primer moviment agosarat va enfrontar-se amb les crítiques dels sectors més immobilistes, és evident que el temps ha donat la raó a les raons que ell va esgrimir en aquell moment, basades en la experiència i el sentit comú, que més tard es van veure referendades per molts estudis relacionant la especialització tècnica amb millors resultats clínics. Durant els anys 80, l'Hospital de Bellvitge va mostrar que la subdivisió de la Cirurgia General en l'àmbit terciari era un camí fèrtil cap a la excel·lència clínica i molts dels seus cirurgians van liderar les cirurgies hepatobiliopancreática (HPB), endocrina, esofagogàstrica i colorectal a Espanya.

Des dels anys 80 cap aquí, la subdivisió de la Cirurgia General en àrees específiques als serveis de cirurgia ha estat progressiva i indeturable tant a casa nostra com a la resta del país, tot i que encara existeixen petits reductes terciaris no superespecialitzats. Aquests però, són majoritàriament centres amb una organització obsoleta que ha sobreviscut fins ara més per motius relacionats amb les persones involucrades en la gestió que no pas pels mèrits d'una gestió alternativa. La superespecialització ha millorat el procés d'introducció de les innovacions tecnològiques, ha permès el control dels propis resultats (auditories) i ha facilitat la recerca clínica de qualitat. Sense cap dubte, ha contribuït a millorar els resultats clínics en termes d'escurçament de les estades i reducció de la morbi-mortalitat. El procés viscut al nostre país no ha estat pas diferent al seguit en d'altres països europeus i la Unió Europea de Especialitats Mèdiques (UEMS) ha consagrat la subdivisió de la Cirurgia General creant *boards* diferenciats per a les cirurgies colorectal, HPB, esofago-gastrica i endocrina. Sembla, doncs, que, aparentment, no hi hauria motius per revisar aquest model organitzatiu. I, tanmateix, cal assenyalar-ne algunes de les insuficiències d'aquest avenç en gestió que s'han anat fent paleses a mida que el model s'ha anat estenent i s'ha modificat l'entorn en el que exercim la cirurgia.

La primera constatació que cal fer és que, sobretot en els hospitals de nivell 1 i 2, la superespecialització ha tingut resultats com a mínim incerts. En compartimentar la patologia s'han produït asimetries en el nombre i complexitat dels pacients tractats i de les càrregues de treball. Com a molts hospitals de nivell mig no hi ha prou patologia per mantenir un equip de, per exemple, HPB, els cirurgians "hepàtics" han segrestat la colecistectomia privant a d'altres cirurgians de guanyar experiència en un procediment típicament de "cirurgia general".

S'han produit també asimetries en les hores de quiròfan destinades a cada superespecialitat, de manera que hi han llargues llistes d'espera d'aquelles especialitats que tenen una menor proporció de malaltia maligna. Aquest fet s'ha agreujat i tot sembla indicar que encara s'agreujarà més si continuen o empitjoren les restriccions sanitàries actualment en curs. Serveixi com a exemple el que està succeint amb la generalització de procediments laparoscòpics en cirurgia colorectal. Intervencions de tres a cinc hores han anat reemplaçant les de dues o tres, trencant el precari equilibri que s'havia aconseguit a mitjans dels 90 en la "lluita" d'un bé tant preuat, per tant escàs, com són les hores de quiròfan. I no diguem que passaria si els serveis de cirurgia es llencessin pel camí del SILS en les colecistectomies! Com tot sembla indicar que no s'incrementaran les hores ni el nombre de quiròfans públics en els propers anys, en el cas de continuar la tendència a perllongar els temps quirúrgics, arribarem a la quasi paràlisi de la nostra especialitat. Molts responsables dels serveis de cirurgia, però, semblen més interessats en la promoció de procediments de llarga durada i alta complexitat tecnològica sense adonar-se de l'atemptat que es comet contra l'equitat d'accés al sistema sanitari amb altres patologies i de l'encariment econòmic i medioambiental que comporten aquests procediments.

Les superespecialitas han contribuït a arraconar en el serveis de cirurgia a cirurgians amb gran experiència en diversos camps i en el maneig perioperatori, en favor de cirurgians recentment arribats amb poca experiència no tan sols en l'àrea que els ha estat assignada sinó en el maneig perioperatori, àrea que no esta inclosa específicament en cap superespecialitat si no que és patrimoni de totes elles i que, en part per aquest motiu, ha quedat molt oblidada. I no cal dir que en ocasions l'assignació d'un cirurgià a una o una altra especialitat ha tingut molt de represàlia interna en els serveis mal avinguts!

Les superespecialitats no estan –pot ser no poden ser- definides amb prou claredat i ha patologies intermitges que es defineixen de fet segons equilibris de poder, formació o interessos poc clars com ara la cirurgia de l'obesitat o els tumors endocrins del pàncrees. Però pot ser el que més ha interferit en aquesta indefinició ha estat la aparició de cirurgians laparoscopistes que "fan de tot" pel fet de dominar la via d'accés endoscòpica. Hem tornat a veure el ressorgiment del cirurgià tot terreny, sovint –però no sempre- hàbil, però, en general, poc coneixedor de la patologia i de la fisiopatologia quirúrgica. Vull pensar que en els propers anys es normalitzarà l'ús de la laparoscòpia i que aquesta formarà part de l'arsenal de les superespecialitats i no patrimoni de cirurgians "especialitzats" en la via endoscòpica.

Encara ens trobem a mig camí pel que fa a treure'n el màxim profit de la gestió de la Cirurgia General basada en la subdivisió en especialitats, bàsicament perquè hi ha massa equips petits fent el mateix amb un baix volum de pacients. Dins del difícil panorama que enfronta avui la reorganització dels serveis sanitaris, caldrà augmentar-ne l'eficiència del sistema i això implica reduir el nombre d'equips superespecialitzats, augmentar-ne el nombre dels seus integrants i crear unitats més potents i més eficients. Al Regne Unit aquesta reforma està ja molt avançada i s'han postulat àrees de referència d'un a tres milions d'habitants per a determinades patologies.

Com a principal precedent i referent històric de la subdivisió de la Cirurgia General, és obligat fer referència als *fellowships* nord-americans i als *boards* en que culminen per tal d'examinar als superespecialistes. Als USA, aquesta antiga institució docent ha anat consagrant la formació específica en àrees de capacitació una vegada finalitzada la residència en Cirurgia General. Fins ara, el nostre sistema docent ha estat incapaç de generar un sistema semblant, de manera que el nostre país no disposa d'un mètode contrastat, transparent i avaluat de formació superespecialitzada. Quants casos coneixem tots de cirurgians que han estat simplement assignats a una o a un altra unitat sense tenir em compte la seva capacitació? Quantes vegades, per "necessitats del servei" un cirurgià passa d'una unitat a l'altra sense cap credencial? L'aparició dels exàmens dels *Boards* europeus és, de moment, l'únic substitut de l'avaluació/homologació dels superespecialistes a la Unió Europea i, mentre no hi hagi res millor, hauríem de contribuir a fer-los créixer animant als col·legues que vulguin superespecialitzar-se a que els passin in en facin un ús curricular.

Aquestes reflexions no s'han d'interpretar com un desig de marxa enrere en el model organitzatiu més estès actualment. Simplement n'assenyala la seva problemàtica i dóna algunes claus per tal de millorar les seves possibilitats en un entorn cada cop més restrictiu en matèria de recursos i menys imaginatiu i creatiu en el terreny de l'ensenyament de la nostra difícil professió.

Antonio Sitges-Serra
Chairman
European Board of Examinations
Endocrine Surgery

REPTES DE LA CIRURGIA A L'INICI DEL SEGON DECENNI DEL SEGLE XXI

Joan Viñas Salas
Membre Honorari de la Societat Catalana de Cirurgia

Des de la segona meitat del segle XX vivim en un món en canvi constant, que s'accelera a mesura que passen els anys; els continuats avenços científico-tecnològics han provocat importants canvis socials i de la pràctica mèdica i quirúrgica, amb millores de resultats i de la qualitat i quantitat de la vida de les persones del primer món. La cirurgia, que combina les noves medicacions amb la nova tecnologia i enginyeria biomèdica, ha fet un salt espectacular en els darrers anys.

El 28 de novembre del 2004 vaig publicar el discurs d'entrada a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, titulat: *Reptes de la cirurgia al segle XXI*. En aquests darrers 10 anys els reptes principals que vaig esmentar s'han anat complint. La cirurgia dels transplantaments s'ha anat desenvolupant, guanyant en seguretat i disminuint en morbiditat. La cirurgia laparoscòpica s'ha imposat en molts camps relegant la cirurgia convencional oberta, aconseguint, no sols igualar, sinó fins i tot superar els seus resultats: es practica en quasi tots els òrgans, essent la primera opció en diversos d'ells (via biliar, hèrnia hiatal, colon, etc.). El dolor postoperatori, l'estada hospitalària, la recuperació del pacient i el seu retorn a la vida activa normal s'han minimitzat en el tractament quirúrgic de moltes patologies. L'aplicació de l'enginyeria a la medicina i cirurgia està provocant continus canvis en la pràctica mèdica i quirúrgica.

Ara bé, fa deu anys, en ple creixement econòmic del país, avisava de la necessitat de fer sostenible l'exercici de la medicina, en ser eficients, de que les persones som éssers mortals i la ciència no ens evita la mort, que la felicitat no s'aconsegueix amb abordatges egoistes, ans al contrari, estan oberts als demés. Malgrat que la despesa sanitària ha crescut de manera exponencial molt per sobre de la riquesa del país, no sols no ha millorat en els darrers anys la satisfacció i felicitat de les persones, ans al contrari: s'incrementa la infelicitat, la desorientació sobre el sentit de la vida i la necessitat de viure medicalitzats. Cal, doncs, una profunda revisió de l'estil de vida i dels valors imperants en la societat actual, tot recuperant i promovent de nou els que són inherents a l'esser humà.

Ara, a l'inici del segon decenni del segle XXI, estem sotmesos a una greu crisi econòmica que no és solament conjuntural i passatgera, sinó que els experts l'etiqueten d'estructural, és a dir, que com bé ens recorda el nostre president de la Societat Catalana de Cirurgia, Dr. Joan Sala, crisi vol dir canvi: sortirem perquè canviarem les relacions al món, la manera de viure i de comportar-se. El moviment dels anomenats "indignats" pot, si manté la continuïtat i els seus principis tot organitzant-se, provocar canvis en la manera de fer política i en la democràcia fent-la més real i propera a la ciutadania.

Com afectaran tot aquests canvis a l'evolució de la cirurgia?, Seguirà la seva sofisticada evolució al mateix ritme o fins i tot s'accelerarà o hi haurà una aturada al camí i una reflexió sobre si s'ha de continuar fent "seguidisme" de les multinacionals i encarint constantment les operacions fent servir nous materials per aconseguir molt pocs beneficis al malalt? Es seguirà gastant en els darrers 6 mesos de vida de les persones més del 80% de tota la despesa en salut de tota la seva vida? Serà més freqüent el diàleg interdisciplinar entre diferents disciplines humanístiques i les enginyeries i ciències biomèdiques que ens farà pensar si "tot el que es pot fer s'ha de fer"? Realment posem els nostres principals esforços del nostre exercici professional centrant-lo en el benefici del malalt?

La cirurgia laparoscòpica ha entrat per ja no marxar en molts anys a la pràctica quirúrgica. Té als malalts de la seva part. No és el mateix que t'extirpin un tumor o una vesícula o et reparin una hèrnia hiatal amb petites incisions que permeten mobilitat i l'alta precoç sense quasi dolor, que una de gran que et postra al llit o al sofà durant dies. Ha demostrat la seva eficàcia i també eficiència en moltes patologies. Hi ha interès de les empreses multinacionals de què comprem els seus materials i les seves unitats de Recerca i Innovació estan dotant-nos de més sofisticats instruments que ens faciliten la cirurgia.

Avui està sorgint la cirurgia laparoscòpica a través d'un sol orifici (SILS) a l'abdomen o a través d'orificis naturals: estómac, vagina, recte (NOTES). Podem aventurar-nos sobre el seu futur? Si seguim la tendència direm que s'imposaran per la pressió de la indústria, que pretén vendre i si en pocs anys no funciona ja tindran altres alternatives de substitució a vendre'ns, amb un increment constant del negoci. Si ens centrem en el benefici del malalt potser és millor esperar a que es descobreixin noves molècules actives sobre el procés de cicatrització de les ferides abans d'obrir una cavitat, estómac o recte, amb el risc de fistulització i el sol guany d'estalviar una petita ferida, o deixarem la via vaginal per les dones d'edat avançada sense relacions sexuals per evitar possibles disparèunies. També s'ha de tenir en compte l'eficiència o quocient risc-cost/benefici.

La cirurgia robòtica, l'aplicació cada vegada amb més freqüència de la nanotecnologia a la cirurgia i als mitjans diagnòstics permetran preparar les operacions abans amb "realitat virtual" i moltes d'elles seran fetes pels robots, quedant nosaltres més com a "controladors supervisors". Es millorarà el que ja avui dia és realitat: els robots ajuden a operar per laparoscòpia de manera més segura i que el cirurgià utilitzi comandaments tipus "play station", molt més còmodes i ergonomètrics. S'avança vers la utopia d'operar sense incisions i de retorn immediat a la vida activa. És urgent també avançar vers una medicina per a tots els éssers humans i no sols els privilegiats del primer món, tot combinant-ho amb la sostenibilitat del sistema i del planeta: l'ecologia i la ecoètica.

Els avenços de la metabolómica, transcriptòmica, proteòmica, biòmica, biologia cel·lular, immunologia i altres ciències bàsiques ens "sorprendran" amb nous descobriments que guariran sense necessitat de cirurgia certs tumors i altres patologies, que facilitaran la medicina perioperatòria i la recuperació en el postoperatori. A més, la continuada aparició de nous enginys informàtics i bioinformàtics amb la telemedicina ens facilitarà el desenvolupament professional continu, l'aprenentatge de noves tècniques i la disminució de la variació de resultats entre cirurgians i centres. La medicina predictiva i la regenerativa arribaran al nostre dia/dia i ens faran canviar la manera de practicar la medicina i la cirurgia de manera que quan acabi el primer terç del segle XXI moltes coses hauran canviat, a no ser que una "revolució social involucionadora" aturi el progrés.

Tot avenç científic té els seus detractors i els seus defensors. Si sempre ens posem en contra mai hauria avançat la cirurgia, però tampoc hem de caure en "l'esnobisme", en voler ser el primer a tota costa, en voler sortir als mitjans de comunicació social i aconseguir fama, clients i diners com objectiu prioritari. Tampoc en criticar la novetat que fa l'altra pel fet de que jo no la sé fer. Els principis ètics i deontològics de la professió mèdica s'han de preservar. Tenim uns privilegis que ens ha donat la societat ja que tenim cura de la seva salut i no podem defraudar-la. La salut és l'aspecte més important i també més làbil de les persones i per tant més manipulable. Els col·legis de metges i les societats científiques tenen un important paper a jugar i que crec és urgent que assumeixin amb creixent protagonisme.

Els cirurgians hem de liderar el canvi de la cirurgia, no ho hem de deixar-ho ni a la indústria que ens convida a reunions i ens estimula a provar nous aparells – per a vendre'ls i fer negoci - ni als polítics ni gerents que desconeixen les vicissituds de la pràctica mèdica i quirúrgica i segueixen directrius amb altres interessos i prioritats. Si tothom – polítics, gestors, professionals de la salut – tinguéssim el bé de la persona malalta com a primer objectiu prioritari, tots ens podríem entendre i arribar a consensos de com fer sostenible el nostra sistema català de salut, que, malgrat les seves mancances actuals, és dels millors de món per la seva qualitat i equitat. Cadascú té la seva feina a fer, segons el paper que li toca jugar. Si els cirurgians ens inhibim de procurar la sostenibilitat del sistema sortirem perdent, els malalts i nosaltres mateixos. Cal una racionalització de l'activitat quirúrgica a Catalunya i combinar l'equilibri territorial amb la eficiència, sostenibilitat i la qualitat. Així algunes intervencions de patologies poc freqüents i molt costoses convé centrar-les en alguns pocs hospitals ben dotats amb equips que, al fer-les freqüentment, fàcilment obtindran millors resultats de la seva experiència. Cal també racionalitzar i sectoritzar alguns serveis, guàrdies i tractaments superespecialitzats, especialment quan no hi ha massa distància entre centres, tenint en compte també les isocrones. Cal generositat i visió de futur dels diferents serveis quirúrgics i hospitals per a racionalitzar el sistema. Cedir una part per a guanyar-ne d'altra. Cercar sempre relacions de "guanyar/guanyar" i no de "jo guanyo/tu perds".

Els cirurgians ens hem d'implicar en el nou professionalisme mèdic i estar centrats en les necessitats del pacient, el bé del qual hem de prioritzar per sobre del nostre prestigi, currículum, diner, etc. En cirurgia l'aprenentatge és un tema especialment sensible, ja que és del tot necessari aprendre, i per aprendre s'ha de fer, s'ha de practicar i per altra banda el malalt no ha de patir aquest aprenentatge. En els propers anys cada vegada tindrem al nostre abast aparells simuladors de les patologies i de la cirurgia que farà que puguem practicar-la "in vitro" amb realitat virtual, adquirint experiència abans de passar al quiròfan, (així ho fan per exemple els pilots de carreres i els aviadors), facilitant l'aprenentatge i disminuint la necessitat d'utilització d'animals per a practicar. Les video-conferències en directe des del quiròfan, tenint un tutor expert a l'abast a molta distància, és una eina que crec s'anirà imposant. En tot aquest procés d'aprenentatge de la cirurgia la Societat Catalana de Cirurgia hi té un important paper a jugar, especialment per a promoure i coordinar Hem d'evitar que "la corba d'aprenentatge" provoqui lesions al malalt.

En les innovacions en cirurgia sempre hi ha la primera vegada que s'aplica a un malalt. Així la cirurgia ha avançat des dels inicis. Els protocols de recerca biomèdica, els assajos prospectius randomitzats, que són els que tenen més valor científic probatori, no han de ser els únics, no s'ha de descartar altres tipus de recerca. Però s'ha de ser molt curós alhora de canviar una tècnica o tractament "estàndard", ja validat, per un altra que creiem pot millorar els resultats. Hi ha prou documents i normatives de com fer-ho de manera ètica. Qualsevol utilització del pacient com a mitjà per aconseguir un altra fi, encara que sigui "noble" com la recerca, no és ètic. Les noves tecnologies ajudaran fins i tot a estalviar patiments als animals, portant a la cirurgia experimental el que ja virtualment es considera factible.

Avui dia el pacient és qui decideix sobre la seva salut. En el futur s'ha de continuar centrant en el malalt l'assistència i crec que es farà més ja que cada vegada els malalts tenen més drets. S'ha de fer la cirurgia de manera ètica i amb humanisme. Per això la necessària formació en la millora de la relació metge – malalt i amb el treball en equip. Les tècniques de relació d'ajuda que ensenyen a ser empàtics amb els demés són de gran ajut. Ja en l'ensenyament de grau s'han inclòs crèdits de comunicació, orientant en competències a assolir pel graduat els programes d'estudis. En els nous plans d'estudis – anomenats pla Bolònia - l'ensenyament de la cirurgia ha anat disminuint en continguts, vers un ensenyament més integrat, més pràctic i més basat en la resolució de problemes. Restarà sempre un nucli essencial que s'ha de preservar per tal de que el metge general tingui de la cirurgia els coneixements, les habilitats i les actituds necessàries. És en el postgrau de cirurgia, en la formació MIR on es forma el cirurgià, on les Universitats haurien de tenir un paper més important que l'escàs que avui dia tenen, tot balancejant l'ensenyament teòric amb el pràctic amb les interdisciplinarietats necessàries, tot facilitant que els residents puguin aprendre i fer recerca. S'ha de reformar l'accés a la formació especialitzada, per a garantir que els més capacitats i vocacionats per a fer cirurgia puguin accedir-hi, i no sols els que més capacitat d'estudi teòric tenen. Les societats científiques poden coordinar les rotacions per diferents serveis de tot Catalunya a més d'impartir docència teòrica com ara estan fent, fet que ha suposat un gran avenç, tot incloent temes anomenats "transversals" en aquesta formació.

La validació de la pràctica professional o avaluació mèdica, que en diversos països del primer món fa anys que és obligatòria mitjançant la recertificació periòdica crec que s'acabarà imposant a casa nostra en un proper futur. Cal que les societats científiques s'impliquin per aconseguir que no representi cap estrès ni tensió pel cirurgià, sinó senzillament la constatació d'estar al dia en la seva pràctica mèdico-quirúrgica aportant les proves adients, que a més s'han de facilitar per part dels centres hospitalaris on es treballa per evitar més burocràcies.

En resum: en els propers anys seguirem vivint canvis en l'exercici de la cirurgia. Canvis que no seran solament de tècnica sinó més globals, d'exercici professional. Caldrà continuar el nostre desenvolupament professional continu. Tinc l'esperança de que seguirem millorant constantment.

Dr. Joan Viñas Salas
Cirurgià

ASPECTES METABÒLICS I HORMONALS DE LA GASTRECTOMIA LINEAL AMB GASTROPLASTIA TUBULAR LAPAROSCÒPICA EN RELACIÓ AL TRACTAMENT DE LA DIABETES TIPUS 2

Daniel Del Castillo Déjardin, Fàtima Sabench Pereferrer, Mercè Hernández González, Santiago Blanco Blasco, Arantxa Cabrera Vilanova, Margarida Vives Espelta, Antonio Sánchez Marín, Jesús Sánchez Pérez, Joan Domènech Calvet, Jordi Jara Lluçà, María Socías Seco, Mª Luisa Piñana Campón, Esther Raga Carceller, Marta París Sans
(Hospital Universitari de Sant Joan de Reus - Facultat de Medicina i Ciències de la Salut - Universitat Rovira i Virgili. Reus)

1.- INTRODUCCIÓ

L'obesitat i la diabetis tipus 2 (T2DM) són actualment uns dels principals problemes de salut mundial, inclosos segons la Organització Mundial de la Salut-OMS, en el rang de pandèmia en els països desenvolupats i associant-se a un considerable augment de la morbiditat i mortalitat[1].

Ambdues malalties estan estretament relacionades i són de molt difícil control mitjançant el tractament mèdic, que inclou pautes dietètiques controlades, la utilització de fàrmacs i l'exercici físic. La Cirurgia Bariàtrica és, ja des de fa temps, el principal eix terapèutic per a tractar eficaçment l'Obesitat Mòrbida. Existeixen suficients evidències científiques que avalen diferents tècniques quirúrgiques, com ara el Bypass Gastrojejunal en Y de Roux (LRYGB), el Bypass Biliopancreàtic (BPD) i fins i tot la Banda adjustable per laparoscòpia (LAGB), per a poder tractar la T2DM com a comorbiditat associada als pacients obesos. L'adveniment de la laparoscòpia i la seva inclusió en el camp de la Cirurgia bariàtrica, ha generat una gran revolució tecnològica així com una sèrie de canvis estratègics que sens dubte han revertit positivament en la morbiditat i mortalitat postoperatòria. La Gastrectomia lineal amb gastroplàstia tubular laparoscòpica (GLGTL) és una tècnica emergent, que si bé la seva concepció inicial no és del tot recent, es pot considerar actualment un procediment que s'ha consolidat i que forma part de les diferents opcions tècniques de les quals disposem els diferents grups quirúrgics.

La GLGTL no es va dissenyar com una tècnica única. De fet, l'embrió de la mateixa, va tenir lloc quan Nicola Scopinaro[2] l'any 1979 va descriure el Bypass biliopancreàtic (BPD) que porta el seu nom, com a alternativa al Bypass Gàstric en pacients amb obesitat hipermòrbida i que no perdien suficient pes. Aquesta tècnica va demostrar una extraordinària eficàcia pel que fa al percentatge d'excés de pes perdut, encara que en llavors es van descriure certes comorbiditats com diarrees, esteatorrea, hipoproteinemia per malabsorció i hemorràgia digestiva alta per úlceres a nivell de la boca anastomòtica. Amb la intenció de pal·liar aquests problemes, Hess i Marceau [3,4] van dissenyar una modificació del Bypass biliopancreàtic de Scopinaro, creant un nou tipus de gastrectomia.

Realitzaren una transecció de l'estómac, verticalment des del antre fins l'angle de His, quedant una tubuladura gàstrica (Sleeve gastrectomy), el que va permetre preservar el pílor i disminuir les morbiditats. És el que coneixem com a Switch Duodenal (DS). Posteriorment, Michel Gagner [5] publica l'any 2000 una sèrie preliminar de 40 pacients obesos mòrbids on se'ls ha practicat un DS per laparoscòpia, i observa que hi ha una diferència molt important del nombre de complicacions majors depenent de que el IMC (Índex de Massa Corporal) tingui un valor per sobre o per sota de 55 kg/m2. Les limitacions del DS per laparoscòpia en pacients amb IMC> 55 Kg/m2 queden recollides a la Taula 1.

. Tècnicament difícil, requerint experiència en cirurgia laparoscòpica avançada
. Esforç físic-psíquic de l'equip quirúrgic
. Canvis constants de la posició del pacient
. Necessitat d'incrementar el pneumoperitoneu fins a nivells de 20 mmHg
. Dificultats anestèsiques en el manteniment de la ventilació
. Hepatomegalia important per esteatosi hepàtica (NASH)

Taula1: limitacions del Switch Duodenal (DS) per laparoscòpia en pacients amb IMC > 55 kg/m^2

Amb aquestes dades, l'any 2003 Gagner i el seu grup[6] proposa per als pacients obesos supermòrbids la realització d'una estratègia en dos temps. El primer pas seria la realització d'una GLGTL i en un segon temps, quan els pacients hagin perdut un cert pes generalment als 12-18 mesos, completar la cirurgia restrictiva inicial amb un bypass gàstric o biliopancreàtic (Taula 2). A partir d'aquest moment, es comença a publicar l'experiència i resultats de diversos autors, mitjançant estudis retrospectius i prospectius destacant el treball realitzat pel grup de Schauer en pacients d'altíssim risc quirúrgic[7] (Taula 3). Els resultats de la GLGTL demostren aconseguir una millor pèrdua ponderal que amb el LAGB, així com una resolució de la T2DM en un percentatge elevat de pacients afectes d'Obesitat Mòrbida.

- **Primer temps**
  - Gastrectomia lineal amb gastroplàstia tubular laparoscòpica
- **Segon temps**
  - By-pass Gastrojejunal en "Y" de Roux
  - By-pass Biliopancreàtic
    - Creuament Duodenal (Switch duodenal)
    - Scopinaro
  - Re-Gastrectomia lineal

Taula 2: Cirurgia bariàtrica en dos temps

Estudi	N	IMC preop. Kg/m^2	% EPP (6/12 mesos)	Complicacions %	Mortalitat %	Pes reguanyat %
Himpens 2006	40	39	NR/58	5	0	NR
Hammoul 2006	118	55	38/49	15	<1	<1
Roa 2006	30	41	53/NR	13	0	NR
Mognol 2006	10	64	NR/51	0	0	NR
Silecchia 2006	41	57	NR	NR	NR	NR
Lee 2006	216	49	NR/58	6	0	
Cottam 2006	126	65	NR/45	14	<1	NR
Catheline 2006	4	65	40/NR	25	0	0
Langer 2006	23	48,5	46/56	4	0	13
Han 2005	60	37	71/81	1	1	7
Baltasar 2005	31	35-74	56/71	3	3	NR
Mognol 2005	10	64	NR/51	0	0	NR
Langer 2005	10	48	61/NR	NR	NR	NR
Milone 2005	20	69	32/NR	5	0	NR
Regan 2003	7	63	33	29	0	NR

NR: No recollit

Taula 3: Primeres sèries publicades

2.- CIRURGIA METABÒLICA

És realment eficaç la GLGTL com a cirurgia metabòlica, en el marc de pacients sense obesitat mòrbida afegida?

El concepte de Cirurgia Metabòlica ha anat canviant al llarg del temps, però cal acceptar la seva realitat, de tal manera que un bon nombre de Societats Científiques quirúrgiques bariàtriques han modificat el seu nom i han afegit el terme "Metabolic" o "Metabolic diseases" en la seva nova denominació[8]. El concepte inicial de Cirurgia Metabòlica el van proposar Buchwald i Varco [9] l'any 1978, definint-la com la "Manipulació quirúrgica d'un òrgan o sistema normal per aconseguir un resultat biològic potencialment beneficiós per a la salut". A la Taula 4 es mostra alguns dels procediments considerats com "Cirurgia Metabòlica" abans de l'expansió de la cirurgia bariàtrica.

- Gastrectomia i Vagotomia per al tractament de la Úlcera pèptica
- Esplenectomia per la PTI (Púrpura trombopènica idiopàtica)
- Derivació Porto-cava per a les malalties per dipòsit de glicogen
- Exèresi de glàndules endocrines per a controlar tumors malignes
- Trasplantaments per a malalties metabòliques (Pàncrees)
- Bypass ileal per tractar la hiperlipidèmia

Taula 4: Diversos procediments inclosos dins del concepte clàssic de "Cirurgia metabòlica" de Buchwald (1978)

A mitjans del segle XX es comença a publicar la relació entre la millora de la diabetis i la cirurgia gàstrica resectiva[10,11] però no és fins a la "gran explosió" de la cirurgia bariàtrica en la dècada passada, quan els cirurgians comencen a ser conscients de la realitat i transcendència d'aquest fet. El punt de partida probablement podria ser el treball de Walter Pories publicat l'any 1995[12], " Who would have thought it?: an operation proves to be the most effective therapy for adult onset diabetes" i que traça el camí per on la cirurgia entra en el terreny del control d'un problema metabòlic tan complex com la diabetis. Les diferents tècniques de cirurgia bariàtrica dissenyades per tal de disminuir la ingesta d'aliments o per alterar-ne l'absorció, s'estan comportant com a eix del control endocrí del sistema gastrointestinal.

L'any 2004, Buchwald canvia i al mateix temps consolida el concepte de Cirurgia Metabòlica mitjançant una meta-anàlisi que inclou la revisió de 22.000 pacients operats[13], trobant un 76% de resolució total de la diabetis i un 86% de millora clínica global. Les derivacions biliopancreàtiques, tant l'original de Scopinaro com la modificació de Hess i Marceau (Duodenal Switch), aconsegueixen la resolució de la malaltia en el 98,9% dels casos. El Bypass gàstric obté xifres de més del 83%, la Gastroplàstia vertical anellada es situa en un 71% i la banda ajustable sobre un 50%. I el més sorprenent, és que la millora de la T2DM té lloc ja a les poques setmanes de la intervenció quirúrgica, i per tant, no seria dependent de la pèrdua ponderal, la qual en aquesta fase postoperatòria és molt poc significativa.

Però, què pot oferir la cirurgia bariàtrica al pacient diabètic sense obesitat mòrbida?. Probablement té dos clars avantatges sobre el tractament mèdic: l'acompliment terapèutic i l'efectivitat mantinguda amb el temps. Qualsevol estudi sobre el resultat dels diferents tractaments farmacològics de la diabetis mostra un seguiment fidel de la pauta prescrita en no més del 50%; menys de la meitat dels pacients són capaços de mantenir valors de hemoglobina glicosilada per sota del 7% com a objectiu del tractament d'aquesta malaltia. I per altra banda, si la malaltia progressa amb l'increment de pes, i la tendència d'un pacient obès que no ha aconseguit una suficient pèrdua de pes amb dieta i exercici sempre serà el guany, per poc que sigui, hem d'esperar un deteriorament en la seva diabetis amb el pas dels anys.

Però la cirurgia té morbimortalitat, encara que baixa, i efectes secundaris, principalment metabòlics, i cal considerar acuradament els trastorns que es poden generar perquè no estiguem canviant una alteració metabòlica per una o més malalties també del metabolisme. A més, indueix canvis en la qualitat de vida que igualment han de ser valorats, com la nova forma de menjar que tindrà el pacient, acompanyada o no de plenitud precoç, vòmits, regurgitació, etc., També el ritme intestinal es pot incrementar després de la cirurgia hipoabsortiva i pot afectar seriosament la vida social del malalt.

La tasca a realitzar, a partir d'ara, cal centrar-la en la recerca de tècniques quirúrgiques que tinguin un resultat metabòlic segur, que es mantinguin els resultats a llarg termini, que s'acompanyin de mortalitat insignificant, que la morbiditat perioperatòria disminueixi al mínim, que hi hagin poques possibilitats de complicacions a mitjà - llarg termini derivades de la tècnica (quadres obstructius, vòmits, etc.), que les alteracions metabòliques induïdes siguin mínimes, que sempre sigui possible la seva prevenció i tractament d'una manera senzilla, que generin pocs canvis en la qualitat de la ingesta i que no indueixin alteracions severes del ritme intestinal. En aquest sentit, la GLGTL, nascuda com a primer temps d'una tècnica més complexa, mostra progressivament que no es comporta només com una restricció gàstrica i que probablement, de forma secundària a alteracions en la secreció hormonal, aconsegueix beneficis importants en el tractament de la diabetis[14]. Gagner recentment ha publicat una tècnica que combina una GLGTL associada amb una Transposició ileal i que simplifica les derivacions biliopancreàtiques, induint menys alteracions metabòliques, i aconseguint a curt termini i en el pla experimental, la mateixa evolució ponderal que el LRYGB[15]. Paral·lelament s'estan dissenyant "tècniques quirúrgiques endoluminals", com la gastroplàstia endoscòpica o el bypass duodenoileal endoluminal que també semblen atractives des del punt de vista metabòlic gràcies a l'acció de les incretines.

L'editorial d'Eric J Demaria[16] i treballs tan importants com els publicats per Rubino[17] anuncien, sense cap tipus de dubte l'eficàcia i el futur de la Cirurgia Metabòlica o potser, millor encara, de la Cirurgia de la Diabetis.

3.- CONTROVERSIES I PUNTS A DEBATRE

La GLGTL com a nova tècnica i sobretot com a estratègia metabòlica, es realitza per diferents cirurgians amb algunes divergències, essent motiu de debat continu. Aquestes diferències es centren sobretot amb la pròpia tècnica, amb la realització en un o dos temps del DS, amb els beneficis hormonals, els mecanismes de pèrdua de pes i les complicacions inherents a aquest procediment. (Taula 5)

- Consens en la tècnica
- Tècnica única o en dos temps
- Beneficis hormonals
- Mecanismes de pèrdua de pes
- Complicacions

Taula 5: Principals controvèrsies en la GLGTL

3.1.- ASPECTES TÈCNICS

Durant la preparació preoperatòria, hi ha unanimitat en la utilització de la profilaxi antibiòtica, el prendre totes les mesures per a la profilaxi tromboembòlica com és la utilització d'heparina de baix pes molecular, mitges de compressió elàstica decreixent i manguets de compressió pneumàtica seqüencial. La manta calefactora mitjançant circulació d'aire calent ens serà de gran utilitat per tal de prevenir la hipotèrmia durant el curs postoperatori inicial.

El pacient es col·locarà en la posició de Lloyd-Davis, amb el cirurgià situat entre les cames, i en anti-Trendelemburg. És útil i còmode la utilització de dos monitors d'alta definició a cada costat del pacient. (Fig. 1).

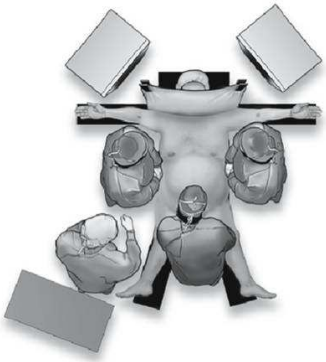

Figura 1: Posició del pacient i de l'equip quirúrgic

El nombre i ubicació dels trocars (Laparoscopic-port) estan representats a la Figura 2.

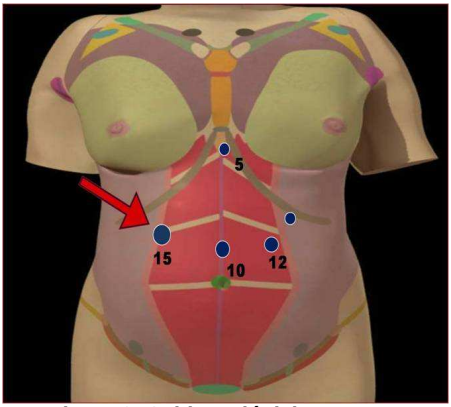

Figura 2: Col·locació dels trocars

El primer trocar de 10 mm a la línia mitjana es col·loca sota control òptic directe, gràcies al Visiport (Covidien, Norwalk, CT, USA). El trocar de 15 mm a l'hipocondri dret servirà per passar l'endograpadora (grapa de 4.8 mm) necessària per a les primeres transeccions de l'antre gàstric, i també ens serà molt útil per a l'extracció de l'estómac ressecat (Fig 3).

Figura 3: Trocar òptic (Visiport) i d'altres dispositius

La majoria dels cirurgians inicien la dissecció en la curvatura major gàstrica, separant-la de l'arcada gastroepiploica de l'epipló major, essent de gran utilitat els instruments de segellat i secció de teixits (LigaSure, Covidien)) o de dissecció ultrasònica (Harmonic Scalpel, Ethicon Endo -Surgery, Cincinnati, OH, USA), els quals ens confereixen una major seguretat i una millor hemostàsia. Aquesta dissecció es continua fins l'angle de Hiss, essent molt important alliberar la cara posterior fúndica per tal d'evitar deixar una bossa residual.

No hi ha consens sobre la distància del pílor òptima on iniciar la trans-secció gàstrica, que segons els autors pot variar des dels 3 cm fins als 12 cm (Fig 4). Aquesta s'inicia sota la tutoria d'una sonda de Faucher on el diàmetre de la qual variarà també segons les preferències d'alguns autors (de 34 Fr fins i tot 60 Fr, essent la més utilitzada la de 38 Fr).

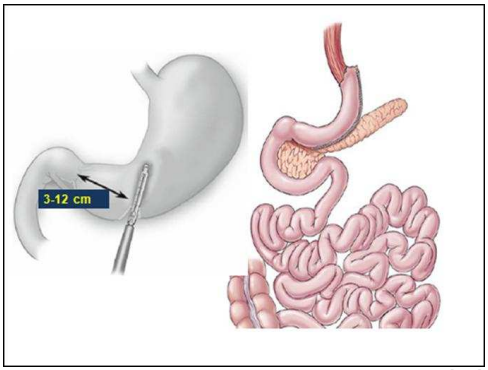

Figura 4: Punts d'inici de la transecció gàstrica

Les dues primeres càrregues de l'endograpadora es recomana que siguin de 45 mm de longitud, amb la grapa de 4.8 mm i roticulades, el que permetrà ajustar millor la línia de secció i suturar paral·lelament a la curvatura menor. La trans-secció es continua amb càrregues de 60 mm i grapa de 3.5 mm, i també roticulades per a una òptima disposició de la línia de grapes i obtenir una gastroplàstia tubular homogènia i estreta a la vegada. Existeixen diversos estudis experimentals i clínics que demostren que el reforç de la línia de sutura mitjançant derivats policarbonats del àcid poliglicòlic (Seamguard; WL Gore & Associates, Flagstaff, AZ, USA) disminueixen la incidència d'hemorràgia intra i extraluminal i les fuites per disrupció de la línia de grapes[18 ,19, 20, 21].

És molt important el correcte tancament de les ferides dels trocars, especialment el de 15 mm. per on s'ha extret l'estómac de la cavitat abdominal (Fig. 5).

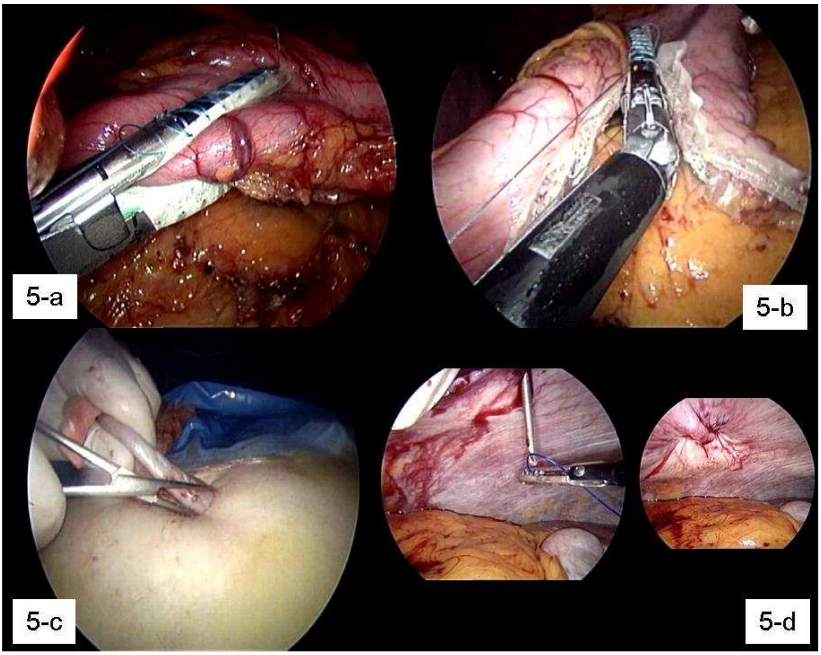

Figura 5: GLGTL: Tutoria de la sonda de Faucher i reforç de la línia de grapes (Seamguard®) (5-a, 5-b). Extracció de l'estómac a través del trocar de 15 mm (5-c), i tancament del mateix sota control laparoscòpic directe (5-d).

3.2.- TÈCNICA ÚNICA O EN DOS TEMPS

L'aplicació i disseny inicial de la GLGTL va ser per a pacients super-super-obesos (IMC> 60 kg/m2) [22] o per a pacients de molt alt risc quirúrgic i anestèsic[23], obtenint-se una menor incidència de complicacions postoperatòries i sobretot una menor gravetat i un millor maneig de les mateixes, si es compara amb el LRYGB, el BPD o el DS en aquest grup de pacients. El grup de De Paula [24] ha publicat resultats de la GLGTL associada a una Transposició ileal i la GLGTL associada a un bypass ileal en pacients amb IMC <35 kg/m2 i amb T2DM, obtenint uns excel·lents resultats pel que fa al control de la glicèmia (HBA1 <6%). Un 87% de pacients ja no necessiten cap tipus de medicació i la resta es controla amb antidiabètics orals (no necessitant insulina).

La hipertensió arterial es controla en un 96% del casos, i en un 71% els malalts milloren significativament els trastorns del metabolisme lipídic. Les complicacions majors es situen al voltant d'un 10% i la mortalitat ha estat del 2.6%, que tractant-se de pacients d'altíssim risc metabòlic i cardiovascular, es poden considerar uns resultats preliminars acceptables.

No obstant això la majoria de cirurgians amb experiència amb la GLGTL han obtingut unes excel·lents pèrdues de pes, comparables al LRYGB, de manera que va guanyant terreny el proposar-la com a tècnica única, i sempre quedant el recurs de què, si la pèrdua de pes no ha estat suficient o les comorbiditats no han millorat significativament, podem realitzar en un termini mínim de 12-18 mesos un segon temps, mitjançant un by-pass duodenojejunal, by-pass gastrojejunal, by-pass biliopancreàtic, switch duodenal o Re-GLGTL. La resposta a quina és la millor opció en un segon temps no és coneguda i seran necessaris estudis randomitzats i estratificats per grups de IMC[25].

3.3.- BENEFICIS HORMONALS

Nombrosos estudis han demostrat els efectes beneficiosos de la cirurgia bariàtrica sobre els nivells circulants de Grelina (que es sintetitza en la seva majoria al fundus gàstric) i de GLP-1. Un estudi realitzat per Lin et al.[26] va demostrar la disminució dels nivells circulants de grelina després de realitzar un LRYGB. La mateix troballa va ser reproduïda per Langer et al [27] en un estudi prospectiu comparant els nivells plasmàtics de grelina després de la GLGTL i la LAGB en 20 pacients. Els resultats de Langer es van repetir en un altre estudi prospectiu realitzat per Kotidis et al[28], on es va mesurar la Grelina sèrica en dejú, la Leptina i l'Adiponectina en 40 pacients obesos sotmesos a dieta (n = 14), sotmesos a una Gastroplàstia vertical amb banda (VBG, n = 13) o sotmesos a un Switch duodenal (DS, n = 13), abans i després de la pèrdua de pes. Els seus resultats van mostrar que els nivells sèrics de grelina en dejú van augmentar després de la dieta i de la VBG mentre que es van reduir de forma significativa després del DS. Els autors van atribuir aquest resultat al component de GLGTL del procediment de DS global. Una disminució de la concentració de leptina i l'augment dels nivells d'adiponectina van ser una constant en els tres grups. Un recent estudi aleatoritzat de Karamanakos et al [29] compara els nivells hormonals en el postoperatori del LRYGB i de la GLGTL. La reducció dels nivells de Grelina (orexígena) en dejú i l'augment de pèptid YY (anorexígen) van ser majors en el grup de GLGTL. Això pot explicar la sensació de sacietat tot i la restricció calòrica que implica el procediment. En un estudi realitzat per Lee et al[30] es mostra una reducció de la resistència a la insulina reflectit per l'índex HOMA i un augment de la resposta primerenca a la insulina. Aquests resultats, juntament amb una meta-anàlisi realitzada per Buchwald[13], dedueixen que la resolució de la DM2 després de la cirurgia bariàtrica a curt termini és independent del pes, que a llarg termini és independent del procediment quirúrgic però que la reducció sostinguda del pes a llarg plaç serveix com el mecanisme clau per la resolució de la DM2.

Existeixen treballs experimentals amb rates que mostren que la grelina és un factor important en la regulació de la ingesta[31]. La majoria de la grelina es sintetitza en el fundus gàstric, però aquest no és l'únic lloc. Aquest estudi va analitzar l'efecte de la GLGTL en el volum de la ingesta en quatre models experimentals d'obesitat i va determinar com es relaciona amb canvis en el pes, els nivells plasmàtics de glucèmia, grelina, GLP-1 i insulina plasmàtica. En situació de no obesitat es van trobar pocs canvis després de la intervenció, però en l'obesitat exògena, la GLGTL produïa una normalització dels paràmetres de pes i metabòlics. La GLGTL representa una molt bona opció per l'obesitat exògena i la normalització dels nivells hormonals posteriors dirigeixen les investigacions a trobar una producció de grelina extragàstrica compensatòria a la pèrdua de pes.

3.4.- MECANISMES DE LA PÈRDUA DE PES

A més a més dels beneficis hormonals demostrats que s'atribueixen a la GLGTL, i que justifiquen tant la pèrdua de pes com la millora de la T2DM i d'altres comorbiditats, cal pensar que no és una tècnica exclusivament restrictiva. Des del punt de vista anatòmic, és òbvia la disminució de la capacitat volumètrica de l'estómac atès que s'extirpa un 80-90% d'aquest. No obstant això els estudis de Melissa[32] qüestionen l'efecte restrictiu de la GLGTL, atès que demostra el buidament accelerat d'aliments sòlids en la majoria de pacients, utilitzant aliment marcat amb radioisòtops (99mTc) abans i després de GLGTL. Aquest buidament accelerat perdura fins i tot a llarg termini[33]. Finalment, un altre mecanisme que també podria explicar la pèrdua de pes en la GLGTL queda reflectit en el treball de Bergmann[34] que demostra que existeix una correlació entre la distensió de l'antre gàstric i la disminució de la gana. L'estudi del buidament gàstric en aquests pacients és una via d'investigació oberta per tal d'entendre millor els mecanismes de gana/sacietat des del punt de vista mecànic i hormonal.

3.5.- COMPLICACIONS

La incidència de complicacions oscil·la entre el 0-29% segons diferents grups, tal com refereix Frezza et al. en una revisió de 810 GLGTL [35] i que s'assembla a la publicada pel *Committee of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*[36]. La complicació més freqüent és la disrupció de la línia de grapes, seguida de la infecció de la ferida quirúrgica per on s'extreu l'estómac, i l'hemorràgia intra i extraluminal. La presència de reflux gastroesofàgic és heterogeni segons les sèries publicades i pot obeir a la distància del pílor des d'on s'inicia la trans-secció gàstrica. La resta de les complicacions es mostren a la taula 6. La tendència d'aquestes complicacions ha disminuït durant aquests últims 3 anys, probablement degut a un millor coneixement dels detalls tècnics i a una major experiència dels grups quirúrgics. La mortalitat està al voltant del 0,25-0,50% en la majoria de les sèries.

Disrupció de la línea de grapes	3.7
Hemorràgia	1.8
Estenosi	0.7
R.G.E.	4.5
Ventilació mecànica perllongada	0.6
Atelectàsia /pneumònia	0.6
Tromboembolisme pulmonar	0.2
Abscés subfrènic	0.2
Lesió esplènica	0.2
Supuració de la ferida quirúrgica	3.7
Reintervenció quirúrgica	3.6

TAULA 6: Principals complicacions de la GLGTL (%)

4.- CONCLUSIONS

La GLGTL està guanyant popularitat ja sigui com a tècnica única proposada o com a primera etapa en pacients d'alt risc o dificultats tècniques afegides. Ofereix una gran pèrdua de l'excés pes durant el primer i segon any. En aquest sentit, un gran nombre de pacients d'alt risc no ha necessitat la realització d'un segon temps. Així mateix s'aconsegueix una millora molt significativa de les comorbiditats especialment la de la T2DM, la malaltia cardiovascular i dels trastorns del metabolisme lipídic.

El fet que no s'hagin de realitzar anastomosis gastrointestinals ni tampoc mobilitzar nanses intestinals en el compartiment inframesocòlic, disminueix la gravetat en cas de disrupció de la línia de grapes així com de l'existència d'hèrnies internes a través dels defectes mesentèrics. S'elimina també la possibilitat d'aparició d'úlceres marginals i síndrome de *dumping*. Tanmateix s'evita la col·locació de cossos estranys com la LAGB i els problemes del port d'accés. Al no existir malabsorció, s'eviten en gran mesura la hipoproteïnèmia i el dèficit de minerals i vitamines.

La taxa de complicacions és baixa, i encara disminueix més amb l'experiència adquirida dels grups quirúrgics. La utilització del reforç de la línia de grapes amb materials absorbibles han demostrat la seva eficàcia en la disminució de l'hemorràgia intra i extraluminal, així com en l'aparició de fuites.

El mecanisme pel qual la GLGTL aconsegueix disminuir l'excés de pes i resoldre les comorbiditats és multifactorial, i cal considerar de gran transcendència el paper sobreafegit que juguen les hormones del sistema gastrointestinal i de l'eix entero-hipotalàmic.

5.- BIBLIOGRAFIA

[1] Zimmer P, Alberti KG, Shaw G. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001; 414:782-7.

[2] Scopinaro N, Gianetta E, Civalleri D et al. Bilio-pancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. Br J Surg. 1979 Sep;66(9):618-20.

[3] Marceau P, Biron S, Bourque R et al. Biliopancreatic Diversion with a New Type of Gastrectomy. Obes Surg 1993; 3:29-35.

[4] Hess DS, Hess DW. Biliopancreatic diversion with a duodenal switch. Obes Surg 1998;8(3):267-82.

[5] Ren JC, Patterson E, Gagner M. Early Results of Laparoscopic Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch: A Case Series of 40 Consecutive Patients. Obes Surg 2000; 10:514-23.

[6] Regan J P, Inabnet WB, Gagner M et al. Early Experience with Two-Stage Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass as an Alternative in the Super-Super Obese Patient Obes Surg 2003; 13:861-864

[7] Cottam D, Qureshi FG, Mattar SG et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial weight-loss procedure for high-risk patients with morbid obesity. Surg Endosc 2006;20: 859-863

[8] Sanchez Pernaute A., Torres García JA. Cirugía Metabólica. Cir Esp 2008; 84:1-2

[9] Buchwald H, Varco R. Metabolic surgery. En: Grune and Stratton, 1978 New York.

[10] Friedman MN, Sancetta AJ, Magovern GJ. The amelioration of diabetes mellitus following subtotal gastrectomy. Surg Gynecol Obstet. 1955 Feb;100(2):201-4

[11] Forgacs S, Halmos T. Improvement of glucose tolerance in diabetics following gastrectomy. Z Gastroenterol. 1973 May;11(4):293-6

[12] Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG et al. Who would have thought it?: an operation proves to be the most effective therapy for adult onset diabetes. Ann Surg. 1995;222:339-52.

[13] Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2004;292:1724-37

[14] Gan SS, Talbot ML, Jorgensen JO. Efficacy of surgery in the management of obesity-related type 2 diabetes mellitus. ANZ J Surg. 2007;77:958-62

[15] Boza C, Gagner M, Devaud N et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy with ileal transposition (SGIT): A new surgical procedure as effective as gastric bypass for weitght control in a porcine model. Surg Endosc. 2008;22:1029-34

[16] De Maria EJ. Announcing the arrival of metabolic surgery for diabetes. Ann Surg. 2010;251(3):406-8.

[17] Rubino F, Kaplan LM, Schauer PR et al; Diabetes Surgery Summit Delegates. The Diabetes Surgery Summit consensus conference: recommendations for theevaluation and use of gastrointestinal surgery to treat type 2 diabetes mellitus. Ann Surg. 2010 Mar; 251(3):399-405.

[18] Ser KH, Lee WJ, Lee YC et al. Experience in laparoscopic sleeve gastrectomy for morbidly obese Taiwanese: staple-line reinforcement is important for preventing leakage. Surg Endosc. 2010 Jun on-line

[19] Dapri G, Cadière GB, Himpens J. Reinforcing the staple line during laparoscopic sleeve gastrectomy: prospective randomized clinical study comparing three different techniques. Obes Surg. 2010 Apr;20(4):462-7.

[20] Sánchez-Santos R, Masdevall C, Baltasar A et al. Short- and mid-term outcomes of sleeve gastrectomy for morbid obesity: the experience of the Spanish National Registry. Obes Surg. 2009 Sep;19(9):1203-10

[21] Assalia A, Ueda K, Matteotti R et al. Staple-line reinforcement with bovine pericardium in laparoscopic sleeve gastrectomy: experimental comparative study in pigs. Obes Surg. 2007 Feb;17(2):222-8.

[22] Gagner M, Gumbs AA, Milone L et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy for the super-super-obese (body mass index >60 kg/m^2). Surg Today. 2008;38(5):399-403.

[23] Hamoui N, Anthone GJ, Kaufman HS et al. Sleeve gastrectomy in the high-risk patient. Obes Surg. 2006 Nov;16(11):1445-9.

[24] DePaula AL, Macedo V, Rassi N et al. Laparoscopic treatment of type 2 diabetes mellitus for patients with a body mass index less than 35. Surg Endosc. 2008 Mar;22(3):706-16.

[25] Gagner M. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy with Duodenojejunal Bypass for Severe Obesity and/or Type 2 Diabetes May Not Require Duodenojejunal Bypass Initially. Obes Surg. 2010. In Press. On line in April 2010.

[26] Lin E, Gletsu N, Fugate K, et al. The effects of gastric surgery on systemic ghrelin levels in the morbidly obese. Arch Surg. 2004;139:780–4.

[27] Langer F, Reza Hoda M et al. Sleeve gastrectomy and gastric banding: effects on plasma ghrelin levels. Obes Surg. 2005;15:1024–9.

[28] Kotidis E, Koliakos G, Baltzopoulos V, et al. Serum ghrelin, leptin and adiponectin levels before and after weight loss: comparison of three methods of treatment–a prospective study. Obes Surg. 2006;16(11):1425–32.

[29] Karamanakos SN, Vagenas K, Kalfarentzos F et al. Weight loss, appetite suppression, and changes in fasting and postprandial ghrelin and peptide-YY levels after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: a prospective, double blind study. Ann Surg. 2008; 247:401–7.

[30] Lee WJ, Ser KH, Chong K et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy for diabetes treatment in nonmorbidly obese patients: efficacy and change of insulin secretion. Surgery 2010 May;147(5):664-9.

[31] Pereferrer FS, Gonzàlez MH, Rovira AF et al. Influence of sleeve gastrectomy on several experimental models of obesity: metabolic and hormonal implications. Obes Surg. 2008 Jan;18(1):97-108.

[32] Melissas J, Koukouraki S, Askoxylakis J et al. Sleeve gastrectomy: a restrictive procedure?. Obes Surg. 2007 Jan;17(1):57-62.

[33] Melissas J, Daskalakis M, Koukouraki S et al. Sleeve gastrectomy-a "food limiting" operation. Obes Surg. 2008 Oct; 18(10):1251-6.

[34] Bergmann JF, Chassany O, Petit A et al. Correlation between echographic gastric emptying and appetite: influence of psyllium. Gut 1992 Aug;33(8):1042-3.

[35] Frezza E, Reddy S, Gee L et al. Complications after sleeve gastrectomy for Morbid Obesity. Obes Surg 2009 19:684–687.

[36] Clinical Issues Committee of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Updated position statement on sleeve gastrectomy as a bariatric procedure. Surg Obes Relat Dis. 2010 Jan-Feb;6(1):1-5.

TIROÏDECTOMIA: ASPECTES TÈCNICS I FISIOPATOLÒGICS

Sala Pedrós, J.

INTRODUCCIÓ

La tiroïdectomia constitueix un element fonamental de l'armamentari terapèutic en patologia de la glàndula tiroide.

INDICACIONS DE TIROÏDECTOMIA

La tiroïdectomia és el tractament d'elecció del goll multinodular quan necessita tractament, però també del càncer de tiroide, de la malaltia de Graves i d'altres afeccions com la tiroïditis o la tirotoxicosis induïda per amiodarona. [1]

En el cas del goll multinodular, pot ser motiu d'indicació quirúrgica per diverses causes que, bàsicament, es resumeixen en dues:

- els casos simptomàtics, que cursen amb diferents tipus de trastorns
- els casos sospitosos d'amagar un procés neoplàsic més o menys maligne.

Els casos simptomàtics poden ser-ho per tres causes:

- compressió d'estructures veïnes que ocasionin símptomes com dispnea, desconfort o circulació col·lateral per compressió venosa mediastínica o, més rarament, disfàgia o disfonia
- alteració hormonal que ocasioni un hipertiroïdisme, en les denominades síndromes de Plummer o de Göetsch
- creixement exuberant que ocasioni una dismòrfia cervical (goll)

En la malaltia de Graves les indicacions relatives són:

- golls moderats o grans
- resistència al tractament mèdic o contraindicació de tractament amb radioiode
- oftalmopatia rellevant que pot empitjorar amb radioiode

En la sospita de càncer o de risc augmentat, sense confirmació en el període intraoperatori, amb baixa morbiditat, es pot aconsellar també la tiroïdectomia total. [2]
Entre les circumstàncies que poden afavorir aquesta opció tenim:

- Irradiació prèvia
- Tiroïditis limfocítica (de Hashimoto)
- Antecedents familiars o risc genètic

ESTRATÈGIA QUIRÚRGICA EN LA TIROÏDECTOMIA

L'estratègia quirúrgica en la patologia tiroïdal te com a objectius fonamentals: determinar la naturalesa i el grau de malignitat del possible tumor, per tractar-lo adequadament, quan la indicació prové de la sospita de neoplàsia, o bé, en fer desaparèixer els símptomes, quan aquests es presenten; tot plegat amb el mínim de seqüeles possibles, les mínimes recidives que precisin de reintervencions i, en resum, la màxima supervivència i qualitat de vida del pacient. Això s'aconsegueix minimitzant les complicacions. [3]

L'equip quirúrgic és fonamental per a obtenir bons resultats en cirurgia tiroïdal. Com passa amb altres patologies de les denominades de frontera, la cirurgia tiroïdal ha estat reclamada per especialistes de diferents disciplines. Encara que fins a finals dels anys 40 havia estat practicada sempre per cirurgians generals, cada vegada més s'ha anat superespecialitzant, constituint el nucli fonamental de la denominada cirurgia endocrina, enfocant el tema des d'una perspectiva patofisiològica. Però també, des d'una perspectiva més anatòmica o quirúrgica, s'ha reclamat per a la denominada cirurgia de cap i coll o fins i tot per l'otorinolaringologia. El cirurgià capacitat per fer cirurgia tiroïdal es pot considerar: aquell format específicament per fer-la, independentment de la seva especialitat d'origen. És molt important tenir una certa experiència així com una pràctica freqüent i continuada. En aquest sentit, es considera la xifra de 50 tiroïdectomies/any com la ideal per obtenir els millors resultats. [4] Encara que també centres amb menys activitat poden obtenir resultats acceptables. [5]

La preparació del pacient, mitjançant el seguiment ordenat i metòdic dels passos que cal tenir en compte per obtenir uns bons resultats de la cirurgia, passa, avui en dia, per la utilització de guies clíniques i trajectòries clíniques específiques, basades en l'evidència científica i adaptades a la tiroïdectomia, des del període preoperatori al postoperatori. [6] [7] No tan sols tenen efectes sobre els resultats clínics si no també sobre el cost i, per tant, l'eficiència del procediment. [8] El treball en equip resulta fonamental i ha d'incloure la col·laboració de cirurgians, endocrinòlegs, experts en diagnòstic per la imatge, anatomopatòlegs, bioquímics (genetistes), anestesiòlegs i infermeres com a mínim, formant part d'un comitè específic. Aquest comitè de patologia tiroïdal ha de tenir capacitat per adoptar decisions en els diferents períodes del procés perioperatori [a], incloent el seguiment a curt, mig o llarg termini. [9]

TÀCTICA QUIRÚRGICA EN LA TIROÏDECTOMIA

La tàctica quirúrgica admet diverses variants per aconseguir els objectius estratègics esmentats. En relació a la quantitat de teixit a extirpar, oscil·la entre la tiroïdectomia total i la subtotal, amb detractors i defensors de cada una d'elles, incloent formes algorísmiques de tractament, en funció de les troballes i el desenvolupament de la intervenció.

Una fórmula mixta i empírica va ser la propugnada per Dunhill, d'extirpar el màxim teixit deixant sempre la quantitat necessària de seguretat. [10] [11] En base a això es recomana intentar la lobectomia total d'un costat i només continuar amb la lobectomia total contralateral quan s'està ben segur d'haver deixat indemnes el recurrent i les

[a] El període perioperatori inclou: el preoperatori, el peroperatori o intraoperatori i el postoperatori.

paratiroides del primer costat operat. Però, en cas de dubte, convé deixar una bona porció de càpsula, amb estroma tiroïdal suficient, a l'altra banda, per assegurar la no lesió directa ni la desvascularització de les paratiroides i recurrent.

De fet, la controvèrsia entre si practicar tiroïdectomia total o subtotal està lligada a la morbiditat intra i postoperatòria. En el goll nodular, quan els nòduls afecten un sol lòbul tiroïdal, la controvèrsia està entre si fer tiroïdectomia total o subtotal o simplement una hemitiroïdectomia és suficient. [12 13]

La tiroïdectomia subtotal s'ha associat a un menor índex de complicacions, encara que sovint les diferències entre total i subtotal són mínimes. A favor de la tiroïdectomia total s'han postulat diversos motius:

- en el goll multinodular, la recidiva després de tiroïdectomia subtotal pot arribar al 30-50% dels quals la meitat precisen cirurgia de nou. En cas de reintervenció, el risc de complicacions pot augmentar fins a 5 vegades. Els símptomes poden persistir per creixement del romanent posterior de glàndula que es deixa.
- en la malaltia de Graves, la tiroïdectomia subtotal no prevé l'hipotiroïdisme que s'observa en un 70% de casos. Tampoc evita la recidiva de la malaltia que s'observa en un 20% de casos. En relació a l'oftalmopatia pot persistir, o fins i tot empitjorar, després de tiroïdectomia subtotal i, en canvi, es poden observar regressions en casos lleus, després de tiroïdectomia total.

En el cas del càncer, la tiroïdectomia total te algunes avantatges clares:

- Permet tractar la multicentricitat
- Permet un millor control amb radioiode, tan pel rastreig diagnòstic com pel terapèutic.
- Permet un seguiment més acurat mitjançant la determinació de tiroglobulina.
- Permet un millor tractament amb dosis supressores de l-tiroxina.
- Pot tenir un índex de recidiva més baix i una millora de la supervivència global.

En general, quan la morbiditat postoperatòria és baixa, cada vegada més, s'imposa la tiroïdectomia total com a tàctica d'elecció, amb la reserva d'aplicar la tàctica de Dunhill quan es consideri convenient.

En relació a l'ordre d'abordatge de cada lòbul tiroïdal, també depèn de les preferències tàctiques. Mentre que, en general, sembla que s'hauria d'optar per abordar primer el lòbul més desenvolupat o sospitós, en els grans golls, alguns autors aconsellen començar pel més petit, per tal de descomprimir i fer més segura, després, la dissecció del més gran. [14]

De les dues grans complicacions que es poden derivar de la tiroïdectomia, la lesió del nervi recurrent està més lligada a l'experiència i al coneixement anatòmic, encara que les noves tecnologies com el monitoratge de la detecció intraoperatòria dels nervis laringis, mitjançant estimuladors nerviosos, s'ha convertit en un requeriment en cas de complicació i reclamació. [15] Pel que es refereix a l'hipoparatiroïdisme, depèn molt de la variabilitat de localització de les glàndules paratiroides, en especial les inferiors, que pot estar molt influïda per factors com l'estrès del cirurgià, els canvis en l'equip o els factors no estrictament tècnics operatoris que envolten la pràctica quirúrgica. [16] També altres factors no tècnics poden influir en l'aparició d'hipocalcèmia postoperatòria com els nivells baixos preoperatoris de vitamina D_3 (valors inferiors a 15 ng./ml. de 25-OHD), en especial en pacients de més de 50 anys. [17]

Malgrat que els aspectes tècnics de la tiroïdectomia total són prou coneguts des de fa molt temps, han anat evolucionant, existint diverses variants tècniques que cada cirurgià aplica segons la seva experiència, coneixement i criteri.

Si be la història de la cirurgia tiroïdal es remunta a l'antiguitat, la seva concepció moderna es deu al cirurgià suís Theodor Kocher que va rebre el primer Premi Nobel concedit a un cirurgià, precisament per la seva tècnica de tiroïdectomia. Conscient de l'impacte de la cirurgia sobre l'estat fisiopatològic, va descriure la "*cachexia strumipriva*" (mixedema) en 30 dels seus primers 100 pacients, fet que va intentar evitar corregint la seva tècnica per conservar la funció hormonal de la glàndula i evitar els efectes greus de l'atíria postquirúrgica, sense tractament específic que era desconegut en aquell moment. Des del punt de vista tècnic, Kocher va proposar la incisió cervical transversa anterior baixa, la separació dels músculs pretiroïdals [a] a la línia mitjana, la mobilització medial dels lòbuls tiroïdals després de lligar les venes tiroïdals mitjanes, l'exposició de les artèries tiroïdals superior i inferior abans de lligar-les i l'hemostàsia acurada, que constitueixen les bases de la cirurgia tiroïdal actual. [18]

Ja Wölfler, amb Billroth, va identificar la lesió del nervi recurrent i va descriure amb detall la tetània el 1879. Des de llavors se sap de la importància de preservar aquestes estructures durant la tiroïdectomia.

Des que Gley va implicar la paratiroïdectomia accidental en la tetània, s'han procurat diversos mètodes per preservar les glàndules paratiroides, encara que no existeix cap mètode segur per aconseguir-ho. Mickulicz va ser el primer de proposar la preservació d'una placa de tiroide posterior com a mètode de seguretat. Halstedt, per la seva part, aconsellava lligar les branques de la tiroïdal inferior molt a prop de la càpsula tiroïdal per evitar la isquèmia de les paratiroides.

Els detalls tècnics, que s'han anat incorporant a la pràctica de la tiroïdectomia, estan encaminats, sobretot, a evitar les complicacions i seqüeles de la cirurgia que, inadvertides o negligentment ignorades, poden tenir conseqüències greus. És un fet establert, des dels treballs de Kocher, que la tiroïdectomia total comporta una seqüela intrínseca a la pròpia tècnica: l'atíria postquirúrgica o absència completa de la glàndula i de les seves funcions (lligades a la levotiroxina o T_4) que se sol denominar simplement hipotiroïdisme postoperatori. De totes maneres, el risc d'hipotiroïdisme

[a] En anglès: *strap*.

després de tiroïdectomia subtotal és també prou alt, com ja hem vist, de manera que, avui en dia que es pot disposar de l-tiroxina fàcilment, les conseqüències inevitables de la tiroïdectomia, tan si és total com si és subtotal, tenen una fàcil solució, prenent una simple pastilla cada matí o cada nit.

Les altres dues seqüeles rellevants que poden acompanyar la tiroïdectomia són: els trastorns de la veu o l'afectació del metabolisme del calci. Les dues depenen de complicacions intraoperatòries que poden ser prevenibles, en gran mesura, mitjançant una acurada tècnica quirúrgica de dissecció. [19]

L'extirpació inadvertida de les glàndules paratiroides o la seva desvascularització, comporten l'aparatíria postquirúrgica o l'hipoparatiroïdisme postoperatori, segons si l'absència de teixit paratiroïdal i per tant de paratirina (PTH) sigui total o parcial. La seva correcció postoperatòria, amb tractament mèdic a base de calci i calcitriol, significa un grau afegit de complexitat en el maneig postoperatori. [20] [21] [22]

En quan als trastorns de la veu, encara que no sempre són deguts a la lesió dels nervis laringis, aquesta n'és la causa més greu. Alguns canvis s'han atribuït també a lesions dels músculs pretiroïdals (esternohioïdals i esternotiroïdals), del múscul cricotiroïdal o simplement per la dificultat de moviment laringotraqueal, deguda al procés cicatricial post-traumàtic dels teixits tous veïns. Tot i que, en aquests casos, acostumen a ser trastorns temporals que es resolen espontàniament al cap de poques setmanes o mesos. Les variacions de la veu, tant en el sentit de deteriorament com de millora dels paràmetres acústics en el postoperatori respecte al preoperatori, són molt més freqüents en dones que en homes. Per tant no sempre es tracta de canvis d'empitjorament; també s'han observat millores que s'han atribuït a la desaparició de l'efecte de compressió de grans golls sobre un cartílag, en general més tou en dones que en homes. [23]

Les mides mil·limètriques de les estructures a conservar: nervis laringis, glàndules paratiroides, etc fan que la dissecció hagi de ser molt acurada però també exsangüe. Per tant l'hemostàsia rigorosa ha de ser una característica fonamental en la cirurgia tiroïdal; també perquè el sagnat acumulat a les cel·les tiroïdals pot provocar el denominat hematoma asfíctic, de conseqüències fatals si no s'actua ràpidament per descomprimir la pressió sobre el coll i mediastí, especialment de la via aèria i els grans vasos supra-aòrtics.

Amb aquestes premisses intentarem resumir els detalls més rellevants d'una bona tècnica quirúrgica així com les característiques principals de la tiroïdectomia.

ABORDATGE I ACCÉS

La posició del pacient a la taula, la preparació del camp quirúrgic, la incisió i la via d'abordatge a la glàndula tiroide són els primers punts importants a tenir en compte.

POSICIÓ A LA TAULA

Consisteix bàsicament en col·locar al pacient en una variant de la posició de Fowler, també anomenada posició semiassegut, com una "V" o "posició trencada de Kocher", amb:

- el tronc aixecat per facilitar l'accés al coll, disminuir el flux sanguini cap a la regió cervical i prevenir l'entrada d'aire en cas de lesió venosa, degut a la pressió negativa de les venes mediastíniques que poden tenir un efecte xuclador d'aire, des de les venes del coll, que podria donar lloc a un embolisme gasós.
- les cames aixecades, per evitar l'estasi venosa que pugui afavorir les trombosis venoses fondes d'extremitats inferiors.
- els genolls en flexió per mantenir la posició anatòmica menys forçada de les cames.

Per tal de facilitar l'accés a la part anterior baixa del coll i, fins i tot, poder controlar el mediastí superior, es col·loca el coll en hiperextensió, ajudats per: un rodet sota les espatlles i un tortell sota l'occipici o coroneta occipital que mantingui el cap fix i en repòs, evitant el decúbit. Malgrat que aquesta posició pot donar lloc a cervicàlgies postoperatòries, en pacients predisposats, sempre que no es forci, es considera bàsica per a un bon control quirúrgic de la cel·la tiroïdal.

Després de l'antisèpsia del camp quirúrgic, es col·loquen les talles deixant un espai triangular, romboïdal o rectangular, segons els gustos i els tipus de talles emprades. El camp inclou la regió cervical anterior completa, amb el vèrtex superior a la barbeta o regió mentoniana, l'inferior al terç superior de l'os estern i els laterals a la part lateral mitjana del coll, deixant al descobert la regió dels músculs esternoclidomastoïdals. Quan es preveu que el goll pugui precisar d'ampliacions en la tècnica d'accés habitual, com per exemple en els golls endotoràcics, s'amplia el camp, deixant al descobert la regió esternal. Les talles amb banda adhesiva són fàcils de col·locar mentre que els de roba es poden fixar amb punts de seda o pincets. Si per la localització es preveuen altres incisions, el camp pot variar en funció de les necessitats.

Una vegada preparat el camp quirúrgic, es pot marcar amb un fil de seda la trajectòria de la incisió i practicar alguns senyals amb el dors del bisturí, per tal d'assegurar la coincidència de les vores en el moment de tancar la ferida. Amb aquestes precaucions de caràcter cosmètic es procedeix a la incisió.

INCISIÓ

Consisteix en una cervicotomia o incisió cervical anterior transversa baixa, seguint els criteris que ja havia descrit Kocher. [24] Es tracta d'una incisió simètrica, centrada a la línia mitjana anterior del coll, adaptada al volum i mides del goll. Altres incisions, com les denominades d'accés mínim, tenen discretes avantatges cosmètiques però poden afegir risc de morbiditat i allargar el temps quirúrgic innecessàriament. [25] [26] Quelcom de semblant passa amb les noves tècniques subcutàneoscòpiques o videoassistides, encara que, pel fet de trobar-se en fase experimental, no es poden treure conclusions avançades sobre el seu possible futur. [27] [28]

La incisió clàssica s'aprofundeix per tota l'espessor de la pell, epidermis i dermis, i pel teixit cel·lular subcutani, continuant amb la secció del múscul cutani del coll, a banda i banda de la línia mitjana, fins deixar al descobert l'aponeurosi cervical mitjana, els músculs pretiroïdals, concretament els esternohioïdals, i les venes jugulars anteriors.

En alguns golls endotoràcics pot ser necessària la prolongació esternal en T de la incisió, per tal de permetre l'esternotomia mitjana que sol ser suficient fins al segon espai intercostal. La prolongació obliqua superior, seguint la vora anterior del múscul esternoclidomastoïdal, pot facilitar la dissecció en els golls amb banyes superiors molt altes. Encara que una incisió més alta, paral·lela a l'anterior (incisió escalonada de Hamilton Bailey) pot permetre també una bona dissecció amb uns resultats estètics millors.

El pla per darrera del múscul cutani del coll marca el nivell de dissecció dels penjalls cutanis, especialment a les zones laterals de la incisió. A la línia mitjana, l'absència de múscul cutani fa més difícil la identificació del nivell de separació de plans. Convé evitar la lesió dels nervis cutanis anteriors.

DISSECCIÓ DELS PENJALLS

Els límits aconsellables per a facilitar un bon accés a la cel·la tiroïdal són, a nivell de la línia mitjana, entre els músculs pretiroïdals: el superior, fins al cartílag tiroide, sovint fins a la nou del coll o, a vegades com en el cas de càncer, fins a l'os hioides. La dissecció inferior arriba fins a la forquilla esternal.

En aquesta dissecció s'ha d'anar en compte, pel perill que comporta d'embòlia gasosa, amb la lesió de les venes jugulars anteriors. En general, qualsevol lesió accidental d'una vena del coll obliga a la seva ràpida reparació, tenint en compte que, si el camp s'inunda de sang, l'aspiració i el clampatge o lligadura de la vena lesionada evita problemes posteriors. En cas de no produir-se hemorràgia, cal inundar el camp amb sèrum fisiològic per tal que, si hi ha aspiració d'aire per la pressió negativa mediastínica, entri líquid en comptes d'aire. La tècnica acurada i la lligadura, simple o per mitjà d'un punt, així com l'electrosegellament ultrasònic (ESU) dels caps proximals de les venes, acostuma a ser suficients per evitar el perill.

ACCÉS A LA CEL·LA TIROÏDAL

Es realitza mitjançant la incisió de l'aponeurosi cervical mitjana, a la línia mitja del coll, entre els músculs pretiroïdals, anant també en compte de no provocar lesions venoses. La incisió s'estén des del límit superior a l'inferior de la zona descoberta per la dissecció dels penjalls subcutanis. Això permet endegar la separació dels músculs pretiroïdals, en primer lloc els esternohioïdals i seguidament els esternotiroïdals (càpsula falsa de la tiroide o càpsula dels estudiants) que permeten accedir al goll. En aquesta maniobra es poden produir lesions de les venes de la càpsula tiroïdal que sagnen, a vegades desmesuradament, però que acostumen a ser ben controlades amb punts hemostàtics o electrocoagulació.

En golls molt grans, pot fer-se necessària la secció transversal dels músculs pretiroïdals, però convé estar alerta a la innervació procedent de la nansa del nervi hipoglòs que, malgrat que prové de més amunt, baixa fins a baix de tot del coll on, fent una corba, dóna branques pel múscul omohioïdal i pels músculs pretiroïdals, entrant-hi en contacte a nivell del terç inferior. Per aquest motiu i per tal de desnervar la mínima quantitat possible de múscul, s'aconsella que la secció sigui alta i que eviti la lesió de la nansa nerviosa.

Algunes vegades, en golls molt grans de creixement lateral, es pot fer necessària també la secció del múscul omohioïdal o, fins i tot, de part de les fibres internes o del feix esternal del múscul esternoclidomastoïdal.

En golls endotoràcics que no es poden extreure amb maniobres des del coll, cosa molt poc freqüent, es pot fer imprescindible l'esternotomia mitjana, amb secció longitudinal de l'os estern fins al segon espai intercostal, detectable per palpació de l'angle esternal de Louis i esternotomia transversa a aquest nivell. Aquesta via permet un bon accés al mediastí anterior i la possibilitat de controlar els grans vasos supraaòrtics. [29] En el cas de grans golls del mediastí posterior, la toracotomia intercostal, dreta o esquerra segons els casos, pot ser la millor via d'accés per completar l'exèresi iniciada en la cervicotomia però amb dificultat d'extracció per via cervical. Cal anar en compte en aquests malalts perquè el risc de morbimortalitat és més alt. [30] En general, això només acostuma a ser necessari en casos excepcionals que avui en dia es veuen molt poc sovint.

En les reintervencions, l'abordatge de l'aponeurosi cervical mitjana, entre la vora anterior del múscul esternoclidomastoïdal i la vora externa dels músculs pretiroïdals, pot ajudar a entrar per una zona amb menys fibrosi. [31]

Una vegada posada a l'abast la cel·la tiroïdal, es comença la part anatòmicament més rellevant de la intervenció, on cal tenir en compte la situació de les diferents estructures vulnerables que cal salvar.

DISSECCIÓ: PUNTS ESSENCIALS

La dissecció roma, quan és possible, permet un més acurat progrés en l'aïllament de la glàndula a extirpar.

Un punt important de la dissecció és evitar el sagnat que embruta el camp quirúrgic i dificulta la identificació de les estructures anatòmiques importants que cal respectar. Per a una hemostàsia efectiva, en general, es poden utilitzar diverses opcions tècniques:

- la lligadura simple, que espot fer amb fil reabsorbible d'absorció a curt termini (com el fil trenat de poliglicolat), per evitar intoleràncies.
- el clipatge amb clips metàl·lics o millor reabsorbibles.
- l'electrocoagulació amb pinça hemostàtica o electrobisturí que, especialment, quan són de petit calibre (2-3 mm.), resulta suficient.
- l'electrosegellament ultrasònic (ESU), amb les seves variants, que permet una hemostàsia i secció, còmodes i segures fins i tot en vasos de més calibre (6-7 mm.). [32 33]

Amb la utilització d'instruments hemostàtics que ocasionen energia tèrmica o elèctrica, cal anar en compte amb la transmissió de calor a les proximitats de la zona coagulada. Temperatures de 200ºC o més poden provocar lesions a àrees situades a menys d'un cm. Avui en dia hi ha instruments que actuen amb temperatures de 70-80ºC i ofereixen més seguretat en quan al risc de lesió tèrmica. Tot i així, cal recordar que s'ha d'evitar el contacte de la zona hiperescalfada amb pinces o instrumental quirúrgic metàl·lic, pel risc de transmissió tan del calor com de l'electricitat. També cal tenir controlada la punta i tot el trajecte de la part transmissora de l'instrument hemostàtic, per tal d'evitar el contacte amb estructures veïnes que puguin sofrir lesions inadvertides.

És aconsellable seguir un sistema ordenat de dissecció. Es comença per un lòbul, generalment el menys voluminós i, una vegada alliberat completament de les seves adherències o lligaments, es continua amb l'altre lòbul. Això obliga, generalment, al cirurgià a canviar de costat. Les maniobres són comunes a ambdós lòbuls i, per tant, els punts a que es fa referència poden ser aplicats indistintament a cada banda del coll (dreta o esquerra). L'única diferència és: el sentit, horari, de progressió de la dissecció, al costat esquerre, des de les 3 hores cap a les 6, les 9, les 12 i després de nou les 3, mentre que, al costat dret, el sentit és antihorari, de les 9 a les 6, a les 3, a les 12 i altra vegada a les 9 hores d'un rellotge imaginari. És a dir l'ordre és: de fora (part externa) a baix (part inferior), a dins (part interna), a dalt (part superior) i de nou a fora, en qualsevol dels dos costats.

LA CLAU DEL COLL

En la part final, lateral i posterior, de la separació dels músculs pretiroïdals, poden aparèixer unes venes de calibre variable que alguns cirurgians han descrit com el forrellat, la clau o la presa del coll [a]. Són les venes tiroïdals mitjanes que poden anar a desembocar directament a la vena jugular interna. Poden ser lesionades inadvertidament i precisar d'hemostàsia immediata i de prevenció d'embòlia gasosa, tal com ja s'ha indicat, però en general poden ser identificades i dissecades. Es troben en nombre de 2, 3 o 4 segons els casos, a cada costat. Si la dissecció ha estat correcta poden ser seccionades després de practicar l'hemostàsia adequada.

Una vegada seccionades i hemostasiades les venes tiroïdals mitjanes, la maniobra de translocació del goll, o al menys de la part mòbil de la glàndula tiroide, del seu llit anatòmic o cel·la tiroïdal on es troba, cap a l'exterior, es coneix com "el part del goll". Encara que cal anar en compte amb el concepte i amb la manera de realitzar-lo.

EL PART DEL GOLL

L'alliberament parcial del goll per accedir a la part posterior de la glàndula tiroide, es pot fer amb una maniobra de desenganxament de tipus rom, digital o instrumental, però els punts d'ancoratge vascular han de ser seccionats en condicions d'hemostàsia (lligadura, clipatge, coagulació ultrasònica o elèctrica) i els lligaments han de ser seccionats prèvia dissecció acurada, evitant la lesió de les importants estructures anatòmiques veïnes. Cal evitar que maniobres intempestives puguin ocasionar estrips venosos o altres lesions d'estructures rellevants.

La vora externa de la glàndula pot presentar adherències musculars consistents i, a vegades, també teixit conjuntiu fibrós que constitueix el lligament lateral extern de la tiroide o lligament de Gerard-Marchant; cal alliberar-lo be per mobilitzar la glàndula i accedir, sense problemes, a la part externa del pol superior. [34]

En golls molt grans, una dissecció digital inadequada pot provocar fins i tot lesions de la vena jugular interna que obligui a reparacions més complexes.

En el cas de creixement inferior de la glàndula tiroide que doni lloc a un goll endotoràcic, el part pot ser, o no, possible des de la incisió cervical clàssica, depenent del volum i de la localització.

Si el creixement s'ha produït cap al mediastí anterior, existeixen diverses maniobres per aconseguir l'exteriorització del pol inferior de la glàndula:

- Per dissecció roma i pulsió digital o instrumental amb l'ajuda de culleres de diferents mides o de sondes de Foley, inflant el globus després d'introduir la sonda per l'espai entre la glàndula tiroide i els vasos cervicals, retirant-la a poc a poc per tibar del pol inferior de la glàndula cap amunt. [35]
- La maniobra de Lahey, tiroidotomia àmplia amb ruptura de la càpsula tiroïdal donant sortida a l'estroma i descomprimint el mediastí, pot permetre la reducció cap al coll de la part intramediastínica de la glàndula en alguns casos però pot resultar perillosa quan no es te experiència en aquest tipus de cirurgia. [36] La variant de Thomson amb tiroidotomia mínima i aspiració

[a] En francès: *le barrage du cou*.

vigorosa pot tenir un efecte semblant. Aquestes maniobres poden anar acompanyades d'hemorràgia intraglandular, sovint exterioritzada, que, habitualment, es pot controlar després de la reducció, però pot ser força molesta i preocupant. Aquestes maniobres poden realitzar-se accidentalment, en intentar la dissecció digital roma o amb la tracció cap amunt de la glàndula, però també pot ser intencionada en casos difícils, sempre en mans expertes. El creixement cap al mediastí posterior fa més difícils i agosarades aquestes maniobres.

Quan la reducció del goll no és possible o les maniobres es consideren massa perilloses, cal recórrer a l'accés o simplement a la descompressió de l'entrada al mediastí, mitjançant una esternotomia mitjana fins al segon espai intercostal amb secció transversal de l'estern a aquest nivell. [37] En els golls del mediastí posterior pot estar indicat l'accés a través d'una toracotomia dreta o esquerra segons el lòbul originari, en especial en el denominat goll submergit [a] que pot originar un nòdul més o menys gran, separat en major o menor grau del pol inferior de la tiroide i amb creixement cap avall. [38]

En la dissecció de la part inferior de la cel·la tiroïdal, cal anar en compte també de no lesionar la gran vena limfàtica al costat dret o el conducte toràcic al costat esquerre. Els dos vasos limfàtics són de calibre petit, entre 1 i 2 mm. i desemboquen a la vena jugular interna. La seva lesió pot provocar una limforràgia mantinguda que pot precisar de reintervenció per lligar el vas o practicar un tamponament. Tractaments conservadors més agressius de la fístula limfàtica o quilosa, inclouen el dejuni i la nutrició parenteral per disminuir el flux limfàtic quilós d'origen intestinal, en especial al costat esquerre.

Una vegada exterioritzada la major part de la glàndula mobilitzable, encara resta ancorada al coll a nivell dels quatre punts cardinals, de caràcter vascular o lligamentós; són els pols superior i inferior amb la zona ístmica i la zones posterointerna i lateral de la glàndula. Caldrà abordar-los cada un d'ells adequadament, tenint en compte les estructures en risc de lesió que cal evitar.

És per a l'alliberament d'aquests punts d'ancoratge que es útil seguir un ordre que pot variar segons els casos i les preferències. L'ordre antihorari, al costat dret, comença des del tronc de l'artèria tiroïdal inferior cap al pol inferior i a l'istme, seguint cap al pol superior i de nou a les branques de la tiroïdal inferior i l'hil tiroïdal. L'ordre antihorari, al costat esquerre, segueix les mateixes estructures anatòmiques. En cada un dels passos, cal vigilar les estructures anatòmiques que s'han de preservar de lesió (fonamentalment: nervis laringis i glàndules paratiroides).

L'HIL TIROÏDAL INFERIOR I EL SEU ENTORN

La part més compromesa de la dissecció de la tiroide és la zona de l'hil inferior o extern, on s'hi troben les estructures més rellevants: el nervi recurrent i les glàndules paratiroides. Per tal d'evitar les lesions més greus, el primer pas aconsellable és identificar el tronc de l'artèria tiroïdal inferior. El punt anatòmic de referència per localitzar-la ha estat clàssicament el tubercle de Chassaignac, a nivell de la cara

[a] En francès: *goitre plongeant*.

anterior de l'apòfisi transversa de la 6ª vèrtebra cervical, que es pot localitzar per palpació digital de la part posterior de la cel·la tiroïdal. Cal anar molt en compte en la dissecció de l'artèria tiroïdal inferior per darrera o per fora de l'artèria caròtide, pel perill de lesió de la branca simpàtica cervical, en especial del gangli tiroïdal o cervical mitjà que, quan existeix, es denomina gangli de Haller, encara que més sovint es bifurca amb filets per davant i darrera de la tiroïdal, com la nansa de Drobnik, en íntima relació amb l'artèria. La lesió del simpàtic cervical pot ocasionar com a seqüela una síndrome de Claude Bernard - Horner.

Quan s'ha identificat el tronc principal de l'artèria i el triangle de Lahey, format per l'artèria caròtide primitiva, la tràquea i l'artèria tiroïdal inferior, el nervi recurrent, que travessa aquesta zona de dalt a baix, de fora a dintre i de darrera a davant, pot ser identificat amb l'ajuda de la maniobra de Crile Jr. que consisteix en tibar suaument, mitjançant una goma fiadora [a], del tronc de l'artèria tiroïdal inferior, per tal que, la tracció exercida sobre les seves branques, arrossegui al nervi recurrent i el posi una mica tens, fent-lo més fàcil de descobrir. L'existència de petits vasos [b] sobre el nervi, permet confirmar visualment la seva identitat. En contraposició a aquesta identificació clàssica del nervi recurrent, de baix a dalt, alguns cirurgians aconsellen la identificació de dalt a baix per disminuir la dissecció a aquest nivell de l'hil, evitant la desvascularització de les glàndules paratiroides. [39]

Les altres estructures a tenir en compte en aquesta primera exploració fonamental són les glàndules paratiroides:

- La superior, de localització bastant constant, a nivell de l'hil tiroïdal inferior.
- La inferior és de localització molt més variable, generalment al pol inferior.

Una vegada situats els elements importants es pot iniciar la dissecció sistematitzada de la glàndula tiroide.

EL POL INFERIOR

El pol inferior el formen les venes tiroïdals inferiors amb la vena o a vegades l'artèria innominada (IMA) i el lligament tirotímic. També a la part externa hi pot haver la glàndula paratiroide inferior acompanyada d'algunes adenopaties de la cadena recurrencial que, juntament amb el greix acompanyant o teixit limfogràs, fan difícil distingir entre un tipus d'estructura o l'altra. No resulta infreqüent, sobretot en persones joves, trobar les banyes del tim, amb més o menys degeneració grassa, en la dissecció del pol inferior tiroïdal, especialment si es pretén practicar un buidatge ganglionar mediastínic superior o simplement realitzar una exploració amb biòpsia o sense.

LES VENES TIROÏDALS INFERIORS

L'altre punt d'ancoratge a tenir en compte són les venes tiroïdals inferiors. En nombre de 2 a 4 són fàcilment identificades i seccionades prèvia hemostàsia. Cal practicar una meticulosa dissecció i secció del greix que forma el lligament tirotímic, evitant la lesió de les glàndules paratiroides inferiors. També cal evitar l'arrencament d'aquestes venes, especialment de la vena Innominada (IMA) que va desembocar directament al

[a] En anglès: *vessel loop*.
[b] En llatí: *vasa nervorum*.

tronc venós braquiocefàlic o a la vena cava superior i pot donar origen a una embòlia gasosa.

Molt rarament es pot trobar una branca arterial a aquest nivell (artèria tiroïdal mitjana de Neubauer). Una bona dissecció d'aquesta zona permet accedir bé a la vora inferior de l'istme i separar-lo de la tràquea, de manera que permeti una bona dissecció de la part interna d'ambdós lòbuls.

L'ISTME I LA PIRÀMIDE DE LALOUETTE

A la part posterointerna de la glàndula s'hi poden trobar adherències tirotraqueals que constitueixen el lligament lateral intern o tirotraqueal de Sappey. Cap a la part superior es converteix en molt més dur i cal anar en compte en la seva dissecció per la seva relació amb el nervi recurrent. És la part coneguda com a lligament de Berry, un engruiximent de la càpsula tiroïdal que acompanya al nervi recurrent a la seva entrada a la laringe per l'espai cricotraqueal.

La separació completa del l'istme de la tràquea permet passar a la part superior de la unió entre els dos lòbuls tiroïdals.

A la zona ístmica hi pot haver una prominència, més o menys allargada cap amunt, de la glàndula tiroide que es coneix com a piràmide de Lalouette i que es considera una resta del conducte tiroglós. En la dissecció de la piràmide de Lalouette convé dissecar els teixits veïns anant en compte, desvascularitzant la piràmide completament, si convé fins a l'os hioide o la faringe, per tal que pugui ser extirpada en la seva totalitat. El fet de deixar alguna resta, pot representar la possibilitat de la seva hipertròfia posterior i recidiva del goll multinodular a aquest nivell, de conseqüències, si més no estètiques, desagradables, especialment en dones.

Pot haver-hi també, a la part central superior de l'istme, una adenopatia que es coneix com a gangli delfià que es pot confondre amb la piràmide. El nom del gangli prové del caràcter premonitori que se li concedia antigament en les intervencions per càncer de tiroide o de laringe. La seva infiltració es considerava de mal pronòstic mentre que la no afectació oferia millors perspectives. Per aquest valor predictiu es comparava al de les antigues pitonisses del temple de Delfos a Grècia i d'aquí el nom de "delfià".

Es poden trobar també a l'istme, branques comunicants de l'artèria tiroïdal superior, com l'artèria longitudinal posterior de Bérard i els vasos comunicants supra i infraístmics.

A la part lateral de l'istme, a cada banda, hi ha el lligament suspensori de la tiroide o lligament de Grüber, que marca l'entrada a l'espai cricotiroïdal. Així doncs, continuant la dissecció de la vora posterior de la zona ístmica, en direcció al lòbul corresponent i a la seva banya superior, es poden començar a lligar les branques ístmiques procedents de l'artèria tiroïdal superior i entrar a l'espai cricotiroïdal, situat entre el cartílag cricoide encoixinat pel múscul cricotiroïdal, on s'hi troba la branca externa del nervi laringi superior, sovint en íntima relació amb els vasos tiroïdals superiors.

EL POL SUPERIOR

El pol superior el formen, bàsicament, els vasos tiroïdals superiors (artèria i vena, amb les seves branques) però també la branca externa del nervi laringi superior.

L'HIL TIROÏDAL SUPERIOR: VASOS TIROÏDALS SUPERIORS

La tiroïdal superior és la primera branca de l'artèria caròtide externa, directament o d'un tronc comú a altres (tronc tirolinguofaringofacial). Es dirigeix cap avall, endins i una mica endavant cap al pol superior o banya de la glàndula tiroide. A ser possible cal anar a buscar-ne les branques, en nombre variable, que habitualment són tres de més importants, que rodegen com un trípode la banya superior de la tiroide o hil superior. La branca anterointerna pot donar una rama lateral que sol acompanyar a la branca externa del nervi laringi superior, que és l'estructura anatòmica més rellevant a conservar en la dissecció de l'artèria tiroïdal superior.

Cal doncs fer una dissecció molt acurada d'aquesta zona. És aconsellable seccionar la branca anterointerna de la tiroïdal superior com més avall millor, accedint a l'espai cricotiroïdal de baix a dalt, respectant les seves branques internes i apartant el tronc principal cap a la línia mitjana, alliberant la seva vessant externa.

La relació amb el nervi laringi superior, molt variable, fa que convingui evitar el tronc principal de l'artèria tiroïdal superior.

Les altres dues branques: l'anteroexterna i la posterior, poden ser seccionades també avall però amb risc molt menor. Sovint per dissecar bé el pol superior convé seccionar algunes fibres del múscul esternotiroïdal, molt adherides. [40] La secció, proximalment a la tiroide, de les petites venes del pol superior, permet completar la mobilització de la banya superior i deixar al descobert l'espai cricotiroïdal amb la branca externa del nervi laringi superior.

EL NERVI LARINGI SUPERIOR

La importància del nervi laringi superior en la cirurgia de la tiroide és coneguda d'antic. Coller i Boyden ja van aconsellar preservar la branca externa del nervi laringi superior per evitar els petits trastorns de la veu com el cansament o la dificultat per emetre determinats sons, especialment en cantants (el "do" de pit) o persones que depenen laboralment de la veu (venedors, artistes, locutors, professors, etc.).

La branca externa del nervi laringi superior es troba a l'espai cricotiroïdal, procedent del nervi vague i dirigint-se a innervar el múscul cricotiroïdal, creuant per entre el tronc o les branques de l'artèria tiroïdal superior. Sovint està cobert per les fibres del múscul constrictor de la faringe, però en un 80% resulta visible abans d'entrar al múscul cricotiroïdal. Cal dissecar l'espai cricotiroïdal de dins a fora, amb discreta tracció externa del pol superior de la glàndula i evitar l'electrocoagulació de les petites branques arterials o venoses a aquest nivell per evitar que l'escalfor, transmesa per proximitat, pugui provocar lesions nervioses en el seu recorregut intramuscular, no visible sense dissecció. [41] Malgrat que la seva lesió pot passar desapercebuda, cal tenir-lo en compte en el moment de fer la dissecció. [42] [43] També convé vigilar en la dissecció de la piràmide de Lalouette, quan es troba i te un recorregut llarg, en especial per electrocoagulació en l'entorn del múscul cricotiroïdal. [44]

La branca externa del nervi laringi superior creua els vasos tiroïdals superiors per dirigir-se cap al múscul cricotiroïdal. [45] Segons la distància del punt de creuament a la part més alta del pol superior de la glàndula tiroide, es classifica en tres tipus:
- tipus 1: el nervi creua els vasos a més de 1 cm. del pol superior de la glàndula tiroide.
- tipus 2a: el nervi creua els vasos a menys de 1 cm. del pol superior
- tipus 2b: el nervi creua els vasos fins i tot per sota del punt més alt del pol superior.

Un punt d'identificació del nervi és a nivell de la unió dels músculs constrictor inferior de la faringe i cricotiroïdal però és necessari accedir a aquesta zona a través de la inserció del múscul esternotiroïdal. [46] Naturalment, com més alta és la banya del pol superior de la tiroide, més risc de lesió nerviosa hi ha.

Una vegada mobilitzada aquesta banya superior, a vegades molt alta i difícil d'arribar-hi, queda lliure la glàndula tiroide per passar a la seva definitiva mobilització del seu darrer punt d'ancoratge que en permeti l'exèresi.

LA REGIÓ TIROÏDAL EXTERNA

A la part lateral s'hi troben els elements anatòmics més importants de la regió tiroïdal, a l'entorn del denominat hil inferior o extern. En primer lloc les branques de l'artèria tiroïdal inferior, habitualment dues (inferior i superior), entre les quals s'hi pot trobar, amb una relació variable, el nervi laringi inferior o recurrent i la glàndula paratiroide superior.

Una estructura anatòmica rellevant a aquest nivell és el tubèrcul de Zückerkandl. [47] Es tracta d'una prominència nodular o pseudonodular de la glàndula tiroide, en forma de dit de guant que sobresurt de la part mitjana de la cara lateral externa i posterior de la glàndula i que, habitualment, assenyala com un dit al nervi recurrent i la glàndula paratiroide superior. Les seves mides són molt variables i van des de la imperceptibilitat fins a la clara presència sobresortint. D'acord a les seves mides es classifica en diferents graus:
- Grau I: < 0,5 cm.
- Grau II: 0,5 – 1,0 cm.
- Grau III: > 1 cm.

Sol situar-se sobre el triangle format per la bifurcació de l'artèria tiroïdal inferior en les seves dues branques, superior i inferior, sobresortint de la vora lateral de la tiroide.

ELS VASOS TIROÏDALS INFERIORS

L'artèria tiroïdal inferior, branca de l'artèria subclàvia [a], es dirigeix cap amunt, des del seu origen i forma una corba que, passant per darrera de l'artèria caròtide primitiva, gira cap avall dirigint-se a la part mitjana del lòbul tiroïdal o hil inferior de la glàndula tiroide.

Les branques de l'artèria tiroïdal inferior, generalment en nombre de 2: superior i inferior, formen, juntament amb la vora externa de la glàndula tiroide, el triangle de Beahrs. Resulta aconsellable seccionar-les, amb hemostàsia prèvia, com més a prop

[a] Sovint de la seva primera branca o tronc tirobicervicoescapular.

millor de la càpsula tiroïdal, a nivell de les branques terciàries, procurant conservar la vascularització de les glàndules paratiroides per evitar-ne la isquèmia.

També cal anar en compte amb la dissecció medial de l'artèria, pel perill de lesió del nervi recurrent o laringi inferior i també, molt especialment, de les glàndules paratiroides i la seva minsa vascularització.

EL NERVI RECURRENT

El nervi laringi inferior, rep el nom de nervi recurrent, per ser una branca del nervi vague que, dirigint-se cap avall, al principi, forma una nansa tornant amunt, per darrera del tronc arterial braquiocefàlic al costat dret i de la crossa aòrtica al costat esquerre.

Va ser Crile qui va descriure la paràlisi de la corda vocal com a causa del canvi de veu després de tiroïdectomia. Des de llavors moltes propostes, com les de Lahey, anaven encaminades a la manera de preservar el nervi recurrent.

Acostuma a passar per davant (15%), per darrera (50%) o entremig (35%) de les branques de l'artèria tiroïdal inferior, encara que s'ha descrit més de 28 maneres diferents de relació entre l'artèria tiroïdal inferior i les seves branques i el nervi recurrent.

No resulta estrany poder veure algunes branques traqueals del nervi o fins i tot la seva bifurcació prèvia a l'entrada a la laringe, observant la nansa de Galè que va a anastomosar-se amb la branca externa del nervi laringi superior. [48] També hi ha branques esofàgiques, a la lesió de les quals s'han atribuït les molèsties deglutòries que s'observen a vegades després de la tiroïdectomia, encara que també les adherències cicatricials s'han postulat com a possibles causes. En qualsevol cas, cal conservar totes les branques del nervi recurrent i seguir el seu trajecte fins a l'entrada a la laringe, a nivell de l'espai entre el cartílag cricoide i el primer anell traqueal, prop de la inserció del lligament de Berry.

Segons la distància de l'entrada laríngia del recurrent al lligament de Berry, pot fer més o menys difícil la seva dissecció per a una tiroïdectomia estàlvia. Quan el lligament de Berry es troba a més de 3 mm. de l'entrada del nervi, el risc de lesió a aquest nivell és més baix, però quan es troba en contacte proper, a menys de 3 mm, la dissecció és menys complaent i el risc més alt. [49]

Existeixen algunes diferències entre el nervi recurrent dret i l'esquerre, a vegades en un mateix pacient, però els dos poden ser identificats a la mateixa zona i de manera semblant. [50] En general, en el coll es compleix la llei de simetria que permet, amb l'experiència d'un costat, poder localitzar les mateixes estructures a l'altre costat de manera força simètrica, en una mostra de la bellesa i l'elegància que a vegades semblen acompanyar al disseny corporal.

Hi ha casos de nervi laringi inferior no recurrent, podent observar el nervi com, directament des del nervi vague, es dirigeix horitzontalment, descrivint una corba més o menys marcada, cap al seu destí a la laringe, acompanyant a l'artèria tiroïdal inferior.

La lesió dels nervis recurrents, que es pot recuperar o no, segons la seva gravetat, pot ser provocada per diversos errors de tècnica:

- per tracció
- per calor degut a ús inapropiat de l'electrobisturí i electrocoagulació
- per haver pressionat inadequadament el nervi amb l'instrumental (pinces)
- per secció total o parcial, que pot passar inadvertida

Encara que la seva lesió és menys vegades observada en els golls nodulars, resulta més freqüent en la malaltia de Graves, en el càncer de tiroide i en la recidiva de golls multinodulars. [51] En qualsevol cas no deixa de representar un risc que cal tenir en compte per les conseqüències desagradables i a vegades greus que comporta.

LES GLÀNDULES PARATIROIDES

Són l'altre important estructura anatòmica a conservar, per les seves conseqüències posteriors per al pacient que poden ser greus. [52]

Cal anar en compte, especialment, amb la dissecció de l'artèria tiroïdal inferior, d'on els prové, per regla general, la irrigació arterial, al menys a la glàndula inferior, pel fet que la isquèmia pot tenir conseqüències equivalents a l'extirpació inadvertida. [53]

En general (84% de casos) es poden trobar 4 glàndules paratiroides, dues superiors i dues inferiors, però en alguns casos hi poden haver més glàndules (13%) i en pocs casos també 3 o menys (3%). La forma de les glàndules varia des de més o menys oval, esfèrica o en forma de mongeta (83%), fins a formes allargades (11%), bilobulades (5%) o multilobulades (1%). En general solen estar situades, les superiors per sobre de l'artèria tiroïdal inferior i les inferiors per sota (53%); però també es pot donar el cas que les dues estiguin per sota (5%) o be per sobre (2%).

Les paratiroides superiors o paratiroides IV, derivades del quart arc branquial, se situen més posteriorment i en una posició més constant, a nivell de la denominada fosseta posterior de la tiroide i prop del tubercle de Zückerkandl que l'assenyala com un dit de guant. Acostuma a estar situada més posteriorment que la paratiroide inferior, entre les branques bifurcades de l'artèria tiroïdal inferior de la qual reben el seu rec sanguini. Encara que la irrigació sol provenir de la branca superior de l'artèria tiroïdal inferior, també pot derivar d'un branca de l'artèria tiroïdal superior. El 80% de les superiors es troben en una àrea de 2 cm. de diàmetre, situada 1 cm. per sobre del punt d'encreuament entre l'artèria tiroïdal superior i el nervi recurrent. El 77% dels casos es troben a la unió cricotiroïdal i regió cricoïdal posterior, mentre que el 21 % estan darrera del pol superior. [54] Si no es troba la superior, el més probable és que estigui molt unida a la càpsula encara que, rarament, pot estar intraglandular.

Les paratiroides inferiors o paratiroides III, derivades del tercer arc branquial, tenen una localització més inconstant; se situen més anteriorment que la superior i, en haver acompanyat al tim en el seu descens cap al mediastí, es troben relacionades amb el lligament tirotímic. En el seu recorregut embrionari, es poden haver quedat en qualsevol part d'aquest trajecte, des de la beina carotídia fins al pericardi. La irrigació prové gairebé sempre de la branca inferior de l'artèria tiroïdal inferior. A vegades pot estar molt adherida a la càpsula tiroïdal però també més lluny, prop de les venes del pol inferior i del nervi recurrent. [55] En el cas de la inferior, un 61% estan situades a la part inferior, lateral o posterior del pol tiroïdal inferior, però cal revisar: la part lateral de la part inferior de la tiroide, a sobre de la glàndula i el lligament tirotímic, el tim o el teixit limfogràs que rodeja el pol inferior. En cas de no trobar-la, pot estar indicada la timectomia per via cervical.

En general, la dissecció de les paratiroides ha de ser feta des de molt a prop de la càpsula glandular. Es poden trobar petites glàndules supernumeràries en el greix que acompanya la tiroide, d'aquí la importància de deixar-lo, a ser possible, sense desvacularitzar.

Quan s'han trobat en un costat, en explorar l'altre, convé recordar que sovint es compleix també la llei de simetria, segons la qual, si es troba en un cantó en un determinat lloc, és molt probable que a l'altre costat estigui en un lloc simètric. [56]

Convé conservar la irrigació de les paratiroides per tal d'evitar-ne la isquèmia i, per tant, no s'ha de lligar mai el tronc de l'artèria tiroïdal inferior, pel risc de provocar un hipoparatiroïdisme postoperatori, més o menys permanent.

La localització intracapsular és possible i per aquest motiu, quan no es troben, cal ser molt cauts amb l'altra costat per evitar una paratiroïdectomia total que comportin com a seqüela un hipoparatiroïdisme permanent.

La tàctica de Dunhill, de practicar una tiroïdectomia subtotal de l'altre costat, quan no s'han trobat, deixant indemnes les dues glàndules paratiroides del costat on s'ha fet la lobectomia total, la practiquen molts cirurgians amb experiència.

En cas de lesió clara o desvascularització d'una glàndula, cal practicar un autotrasplantament que es pot fer: en el múscul esternoclidomastoïdal, en el pectoral major o a l'avantbraç, seguint la tècnica de Wells. [57] [58] Alguns cirurgians aconsellen sistemàticament trasplantar, al menys, una glàndula en qualsevol tiroïdectomia total. [59] [60]

Les glàndules resulten especialment vulnerables a l'extirpació inadvertida en els golls hiperfuncionants i en les reintervencions. [61]

EXÈRESI

LA TIROÏDECTOMIA

Per a la mobilització total de cada lòbul tiroïdal, cal haver seccionat les següents estructures:

. En el pol inferior:

- el lligament timotiroïdal o tirotímic
- les venes tiroïdals inferiors

. A la regió mitjana o pretraqueal i prelaríngia:

- l'istme juntament amb el lligament tiroïdal lateral intern de Sappey o lligament tirotraqueal.
- l'engruiximent fibrós de la càpsula peritiroïdal, situat a la línia mitjana, que, desprenent-se de l'istme, es fixa a la cara anterior del cartílag cricoide, conegut com a lligament tiroïdal medià de Grüber o suspensor de la tiroïde de Wolfler
- la piràmide de Lalouette, separada del lligament suspensor de la piràmide o resta del conducte tiroglòs de His

. En el pol superior o banya de la tiroide:

- les branques de l'artèria tiroïdal superior (anterointerna, anteroexterna i posterior)
- les venes tiroïdals superiors

. A la regió lateral:

- l'engruiximent fibrós de la càpsula peritiroïdal que uneix la vora externa del lòbul tiroïdal a la beina del paquet vasculonerviós carotidi, denominat lligament tiroïdal lateral extern de Gérard-Marchant
- les branques superior i inferior de l'artèria tiroïdal inferior
- l'últim punt per on resta la glàndula ancorada és a dir l'engruiximent fibrós de la càpsula periglandular, unit fortament a la vora inferior del cartílag cricoide, denominat lligament de Berry. Aquest lligament manté la tiroide i el seu estroma més adjacent íntimament units a la conjunció laringotraqueal de manera que, a vegades, pot ser molt difícil de separar-ne les dues estructures anatòmiques sense lesionar el nervi recurrent. No es rar que s'hagi de deixar un petit fragment, sovint mil·limètric, de càpsula o fins i tot d'estroma tiroïdal, per tal d'assegurar la indemnitat del recurrent.

Tot plegat amb la seguretat d'haver esquivat: els nervis laringis superior i inferior amb les seves branques, les glàndules paratiroides superior, a nivell del tubercle de Zückerkandl, i inferior, a nivell del lligament timotiroïdal, els nervis del plexe simpàtic cervical, la nansa del nervi hipoglós, el nervi frènic, el conducte toràcic i la gran vena limfàtica, el paquet vasculonerviós carotidi incloent l'artèria caròtide primitiva, la vena jugular interna i el nervi vague.

De la necessitat d'evitar seqüeles rellevants provenen les diferències de tàctica en la tiroïdectomia. Quan realment existeix seguretat en relació a la conservació de paratiroides i nervi recurrent, la tiroïdectomia total resulta millor per a evitar les recidives. En cas de preveure possibles lesions, s'ha de recordar sempre que cal ser conservador i deixar més quantitat de teixit tiroïdal, passant a tiroïdectomia quasi-total o subtotal, segons la quantitat de teixit que es deixi, sempre que, amb el bon criteri de Dunhill, resulti aconsellable.

D'una manera o altra, l'exèresi de la major part de teixit tiroïdal permet assolir l'objectiu fonamental de la intervenció.

RECONSTRUCCIÓ, DRENATGES I TANCAMENT

REVISIÓ HEMOSTÀTICA

Després de l'exèresi i abans del tancament, cal procedir a una revisió hemostàtica rigorosa. Una maniobra que pot ajudar a veure si hi ha lesions amb risc de sagnat, és la maniobra de Valsalva. S'efectua en col·laboració amb l'anestesiòleg que, amb el respirador, pot augmentar la pressió intratoràcica i per tant mediastínica. Amb aquesta simple acció, es poden posar de manifest, a nivell cervical, sagnats de lesions vasculars, grans o petites, que podrien passar desapercebudes i de les quals convé assegurar-ne el segellament.

També la revisió de les estructures nobles, incloent els grans vasos, la tràquea i laringe, els nervis laringis i les glàndules paratiroides ajuda detectar possibles complicacions i permet reparacions més o menys efectives que millorin el seu pronòstic.

ELS DRENATGES

Malgrat que la intervenció cal realitzar-la amb la màxima cura en les mesures hemostàtiques per tal de poder identificar bé les petites estructures lesionables i, per tant, acostuma presentar una hemorràgia mínima, no hi ha dubte que la dissecció representa un cert grau de desenganxament de teixits i, el fet de deixar buides les cel·les tiroïdals, implica un cert risc d'acumulació de sang o líquid serós que pot ser motiu, per compressió en un espai tancat com l'entrada al mediastí, d'asfíxia.

Com a prevenció de l'hematoma o el seroma asfíctics s'ha aconsellat clàssicament deixar tubs tipus Redon, en nombre de 1 o 2, és a dir una cada cel·la tiroïdal o un de sol per a les dues. L'extracció del drenatge cap a l'exterior es fa pel triangle supraclavicular menor o triangle de Zang, format, els dos costats superiors pels dos feixos musculars, el d'inserció clavicular i el d'inserció esternal, del múscul esternoclidomastoïdal, respectivament a la clavícula i a l'estern, i la base per les pròpies vores superiors òssies esmentades: el terç intern de la clavícula i la vora superior de la forquilla esternal. Es tracta d'una zona avascular en sentit superficial, que es delimita bé per palpació i que permet, en localitzar-la, protegir amb el dit la vena jugular interna, situada per darrera, i punxar només a través dels plans subcutani i cutani. El drenatge es deixa connectat a una aspiració suau.

Malgrat tot, el drenatge no garanteix que no es produeixi un hematoma asfíctic. En la majoria de casos sembla existir un cert grau de consens sobre el fet que no cal deixar cap drenatge. [62] Alguns autors consideren el drenatge, en general, innecessari encara que pot ser útil en casos de dissecció ganglionar afegida o problemes hemostàtics. [63]

LA RECONSTRUCCIÓ MUSCULOAPONEURÒTICA

Consisteix en la sutura de l'aponeurosi cervical mitjana amb punts solts de material trenat reabsorbible (com el poliglicolat 2/0), per deixar de nou aproximats, a la línia mitjana, els músculs pretiroïdals, sense lesionar les venes jugulars anteriors, per tal d'evitar que algun estrip en la seva paret passi desapercebut però pugui ser causa de xuclar aire a conseqüència de la pressió venosa mediastínica negativa. De manera semblant se suturen els músculs pretiroïdals quan han estat seccionats. En aquest cas se solen emprar punts en "U".

A continuació se sutura el múscul cutani del coll, també amb fil trenat de poliglicolat (3/0) o similars (d'absorció ràpida), però en aquest cas millor de color blanc ja que la seva proximitat a la pell fa que els colors (blau o verd) puguin transparentar-se ressaltant la ferida. Els punts convé també que siguin solts per permetre la descompressió en cas d'hematoma asfíctic i també invertits, o sigui amb el fil vagi de dintre a fora a fora a dintre, per tal que els nusos quedin en la profunditat del teixit cel·lular gras, per darrera del múscul cutani del coll, i no es palpin des de fora.

LA RECONSTRUCCIÓ CUTÀNIA

Es pot fer de diverses maneres, des dels punts convencionals de seda fins a les grapes metàl·liques, encara que les implicacions cosmètiques de la cicatriu, avui en dia i de manera especial en el sexe femení, fan que els resultats estètics siguin objecte de preocupació i per tant d'estudi. [64]

El fet de ser la part anterior del coll una zona molt visible, fa convenient afavorir les sutures més discretes des del punt de vista estètic. La utilització d'una sutura contínua intradèrmica de monofilament de poligluconat 5/0 (transparent), deixant els nusos dels extrems enterrats en el teixit cel·lular subcutani, acostuma a donar bons resultats. Per a mantenir millor l'aproximació de les vores cutànies, sense tensió, es poden col·locar unes tiretes adhesives a la pell.

Un apòsit primari, absorbent, de gasa, fixat amb un apòsit secundari adherent amb un lleu efecte de compressió en el postoperatori immediat, poden completar l'acte quirúrgic.

EL CONTROL POSTOPERATORI IMMEDIAT

Per tal de tenir una constatació precoç d'una possible paràlisi recurrencial, cal comptar amb l'ajuda de l'anestesiòleg que practiqui una laringoscòpia, en desintubar al pacient al final de la intervenció, observant la mobilitat de les cordes vocals, per detectar possibles lesions dels nervis laringis.

Alguns casos poden passar inadvertits, fins i tot amb la laringoscòpia postoperatòria immediata, però en canvi fer-se evidents en les laringoscòpies més tardanes de control postoperatori, en cas de sospita per canvi de veu. En aquests casos caldrà fer un seguiment evolutiu, per veure si les cordes milloren el seu funcionament correcte amb el temps, és a dir, si es tracta d'una parèsia o d'una paràlisi completa. El pronòstic depèn del temps d'evolució de la paràlisi.

La traqueostomia és necessària al principi en les paràlisis recurrencials bilaterals perquè, inicialment, les cordes es col·loquen en adducció però després s'abduccionen permetent que el pacient respiri millor. Per aconseguir una certa recuperació de la veu, es pot injectar una de les cordes amb tefló o fer una aritenoidopèxia per acostar la corda paralitzada a la línia mitjana. [65]

Quan les cordes funcionen be, ja no cal seguir amb la traqueostomia.

Per altra banda, la determinació preoperatòria i postoperatòria (al cap de 10 minuts de la tiroïdectomia) de la paratirina intacta (PTH_i) pot ajudar a preveure el risc d'hipoparatiroïdisme postoperatori. [66] [67]

EL SEGUIMENT

L'ALTA HOSPITALÀRIA

Clàssicament es considerava com a estàndard l'ingrés de 72 hores però la tendència actual és la de donar l'alta hospitalària com més aviat millor. [68] La majoria de complicacions s'esdevenen entre les 7 i les 24 hores de la intervenció de manera que un ingrés de 23 hores pot ser suficient en la majoria de casos. [69] Els programes de cirurgia multimodal [a] han ajudat a consolidar aquest tipus de pràctica. [70]

Si no hi ha complicacions importants, l'única seqüela inevitable, l'hipotiroïdisme consecutiu a l'atíria postquirúrgica, es controla fàcilment amb tractament substitutori amb l-tiroxina i permet la normal reincorporació del pacient a les seves activitats. [71] Cal anar en compte amb els pacients d'edat avançada o en cardiòpates que poden precisar un tractament substitutori amb levotiroxina introduït de manera progressiva, per evitar els possibles efecte nocius d'una sobredosi. [72]

L'aparició d'hipocalcèmia postoperatòria no és infreqüent, sovint és lleu i transitòria, però cal estar alerta pel cas que apareguin signes o símptomes greus com la tetània. [73] [74] El seguiment de protocols de control millora els resultats en aquests pacients. [75] La transitorietat de la hipocalcèmia depèn de diversos factors, no sempre associats a la tècnica quirúrgica. [76] [77] La prevenció de la tetània, mitjançant el tractament amb

[a] En anglès: *fast track surgery*.

calcitriol i calci per via oral, en els casos en els quals es detecta un descens superior al 50% de la parathoromona postoperatòria, ajuda a aconseguir la minimització de l'estada hospitalària, amb control ambulatori de les seqüeles derivades de l'operació. [78] [79] [80] El tractament mèdic intensiu podria millorar els resultats dels pacients amb hipoparatiroïdisme. [81]

L'afectació de les glàndules paratiroides pot tenir diferents graus, des dels més banals als més greus que es poden valorar amb barems com l'escala de Wuerzburg de classificació de l'hipoparatiroïdisme permanent postoperatori: [82]

- Estadi I: Hipocalcèmia, depressió dels nivells d'hormona paratiroïdal per sota del normal, encara que sense o amb febles símptomes clínics (forma latent).
- Estadi IIa: Parestèsies.
- Estadi IIb: Símptomes musculars i tetània.
- Estadi III: Símptomes generals severs reversibles, alteracions patològiques dels sistemes ossi i tegumentari reversibles (parcialment).
- Estadi IV: Seqüeles irreversibles (per exemple: calcificació del gangli basal, insuficiència cardíaca, cataractes).

En resum, la tiroïdectomia total comporta seqüeles derivades de la pròpia naturalesa de la intervenció (atíria postquirúrgica amb el conseqüent hipoparatiroïdisme postoperatori) o derivades de complicacions de la intervenció (hipocalcèmia, hipoparatiroïdisme, trastorns de la veu). Per tot plegat, el seguiment d'aquests pacients se sol haver de fer de per vida. Les conseqüències fisiopatològiques de la desregulació hormonal tiroïdal i a vegades paratiroïdal, cal que siguin conegudes pel cirurgià que, sovint, haurà d'atendre els problemes derivats de la intervenció i, només coneixent be les conseqüències dels seus actes, podrà cercar l'excel·lència en l'atenció dels seus pacients.

BIBLIOGRAFIA

[1] Serpell JW, PhanD. Safety of Total Thyroidectomy. ANZ J. Surg. 2007; 77: 15-19.

[2] Dener C. Complication Rates after Operations for Benign Thyroid Disease. Acta Otolaryngol. 2002; 122: 679-683.

[3] Battacharyya N, Fried MP. Assessment of the Morbidity and Complications of Total Thyroidectomy. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2002; 128: 389-392.

[4] Ramsden JD, Johnson AP, Cocks HC, Watkinson JC. Who Performs Thyroid Surgery: a Review of Current Otolaryngological Practice. Clin Otolaryngol. 2002; 27: 304-309.

[5] Richmond BK, Eads K, Flaherty S, Belcher M, Runyon D. Complications of Thyroidectomy and Parathyroidectomy in the Rural Community Hospital Setting. Am. Surg. April 2007; 73 (4): 332 – 336.

[6] An. Clinical Pathways for General Surgeons: Partial or Total Thyroidectomy. Am. Surg. Nov. 1998; 64 (11): 1118-1120.

[7] Belin RM, Ladenson PW, Robinson KA, Powe NR. Development and Use of Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Thyroid Disease. Endocirnol. Metabol. Clin. Sept. 2002; 31 (3).

[8] Markey DW, McGowan J, Hanks JB. The Effect of Clinical Pathway Implementation on Total Hospital Costs for Thyroidectomy and Parathyroidectomy Patients. Am. Surg. June 2000; 66 (6): 533-539.

[9] Solan J, McKiernan J. Thyroidectomy: The Ambulatory Nurse's Role in Preventing Long Term Sequelae. Oncology Nursing Forum. 2007; 34 (2): 515 (2126).

[10] An. Surgery of the Thyroid Gland: Lectures by Sir Thomas Dunhill. Br. Med. J. Feb 27, 1937: 460-461.

[11] An. Surgery of the Thyroid Gland: Lectures by Sir Thomas Dunhill. Br. Med. J. March 13, 1937: 516, 568-569.

[12] Wadström C, Zedenius J, Guinea A, Reeve T, Delbridge L. Multinodular Goitre Presenting as a Clinical Single Nodule: How Effective is Hemithyroidectomy? Aust. NZ, J. Surg. 1999; 69: 34-36.

[13] Farkas EA, King TA, Bolton JS, Fuhrman GM. A Comparison of Total Thyroidectomy and Lobectomy in the Treatment of Dominant Thyroid Nodules. Am. Surg. Aug. 2002; 68 (8): 678-683.

[14] Sitges-Serra A, Sancho JJ. Cirugía Endocrina. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Sección de Cirugía Endocrina. Arán. Madrid, 1999.

[15] Shaw GY, Pierce E. Malpractice Litigation Involving Iatrogenic Surgical Vocal Fold Paralysis: A Closed-Claims Review with Recommendations for Prevention and Management. Ann. Otol. Rhyn. & Laringol. 2009; 118 (1): 6-12.

[16] Duclos A, Touzet S, Soardo P, Colin C, Peix JL, Lifante JC. Quality Monitoring in Thyroid Surgery Using the Shewhart Control Chart. Br. J. Surg. 2009; 96: 171-174.

[17] Erbil Y, Bozbora A, Ozbey N, Issever H, Aral F, Ozarmagan S, Tezelman S. Predictive Value of Age and Serum Parathormone and Vitamin D_3 Levels for Postoperative Hypocalcemia After Total Thyroidectomy for Nontoxic Multinodular Goiter. Arc. Surg. Dec. 2007; 142 (12): 1182-1187.

[18] Kaplan EL, Sugg SL, Costa E. Surgery of the Thyroid Gland. In: The Thyroid and its Disease. May 1999.

[19] Harris SC. Thyroid and Parathyroid Surgical Complications. Am. J. Surg. May 1992; 163: 476-478.

[20] Sippel RS, Özgúl Ö, Hartig GK, Mack EA, Chen H. Risks and Consequences of Incidental Parathyroidectomy During Thyroid Resection. ANZ J. Surg. 2007; 77: 33-36.

[21] Rix TE, Sinha P. Inadverted Parathyroid Excision During Thyroid Surgery. Surgeon. 2006; 4 (6): 339-342.

[22] Rajinkanth J, Paul MJ, Abraham DT, Ben Selvan CK, Nair A. Surgical Audit of Inadverted Parathyroidectomy During Total Thyroidectomy: Incidence, Risk Factors, and Outcome. Medscape J. Med. 2009; 11 (1): 29

[23] Akyildiz S, Ogut F, Akyildiz M, Engin EZ. A Multivariate Analysis of Objective Voice Changes After Thyroidectomy Without Laryngeal Nerve Injury. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. June 2008; 134 (6): 596-602.

[24] Pinchot S, Chen H, Sippel R. Incisions and Exposure of the Neck for Thyroidectomy and Parathyroidectomy. Oper. Tech. Gen. Surg. June 2008; 10 (2): 63-76.

[25] Sackett WR, Barraclough BH, Sidhu S, Reeve TS, Delbridge LW. Minimal Access Thyroid Surgery: Is it Feasible, is it appropiate? ANZ J. Surg. 2002; 72: 777-780.

[26] Gosnell JE, Sackett WR, Sidhu S, Sywak M, Reeve TS, Delbridge LW. Minimal Access Thyroid Surgery: Technique and Report of the First 25 Cases. ANZ J. Surg. 2004; 74: 330-334.

[27] Naitoh T, Gagner M, Garcia-Ruiz A, Heniford BT. Endoscopic Endocrine Surgery in the Neck. An Initial Report of Endoscopic Subtotal Parathyroidectomy. Surg. Endoscop. 1998; 12: 202-205.

[28] Terris DJ, Angelos P, Steward DL, Simental AA. Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy. A Multi-Institutional North American Experience. Arch. Otolaryngol. Head and Neck Surg. Jan 2008; 134 (1): 81-84.

[29] Michel LA, Bradpiece HA. Surgical Management of Substernal Goitre. Br. J. Surg. June 1988; 75 (6): 565-569.

[30] Sancho JJ, Kraimps JL, Sánchez-Blanco JM, Larrad A, Rodríguez JM, Gil P, Gibelin H, Pereira JA, Sitges-Serra A. Increased Mortality and Morbidity Associated with Thyroidectomy for Intrathoracic Goiters Reaching the Carina Tracheae. Arch. Surg. Jan 2006; 141: 82-85.

[31] Levin KE, Clark AH, Duh QY, Demeure M, Siperstein AE, Clark OH. Reopeative Thyroid Surgery. Surgery June 1992; 111 (6): 604-609.

[32] Siperstein AE, Berber E, Morkoyun E. The Use of the Harmonic Scalpel vs Conventional KnotTying for Vessel Ligation in Thyroid Surgery. Arch. Surg. Feb. 2002; 137: 137-142.

[33] Miccoli P, Berti P, Dionigi GL, D'Agostino J, Orlandini C, Donatini G. Randomized Controlled Trial of Harmonic Scalpel Use During Thyroidectomy. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. Oct 2006; 132: 1069-1073.

[34] Testut L, Latarjet A. Tratado de Anatomía Humana. 9ª Edi. Tomo 3º. Barcelona, Salvat Editores. 1976: 1025-1060.

[35] Pandya S, Sanders LE. Use of a Foley Catheter in the Removal of a Substernal Goiter. Am. J. Surg. Feb, 1998. Vol. 175. pp. 155-157.

[36] Madden JL. Atlas de Técnicas en Cirugía. 2ª Ed. Interamericana. México, 1967: 176-187.

[37] Sedgwick CE. Cirugía del Tiroides. PACC. XVIII. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1978.

[38] Mack E. Management of Patients with Substernal Goiters. Surg. Cli. N. Am. June, 1995. Vol. 75 Nº 3. pp. 377-393.

[39] Beyseller B, Aksoy F, Yildrim YS, Karatas A, Ozturan O. Effect of Recurrent Laryngeal Nerve Identifications Technique in Thyroidectomy on Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis and Hypoparathyroidism. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. Aug. 15, 2011

[40] Thompson NW, Olsen WR, Hoffman GL. The Continuing Development of the Technique of Thyroidectomy. Surgery. June, 1973. Vol 73, Nº 6. pp: 913-27.

[41] Lennquist S, Cahlin C, Smeds S. The Superior Laryngeal Nerve in Thyroid Surgery. Surgery. Dec. 1987. Vol 102. Nº 6. pp. 242-51.

[42] Harris SC. Thyroid and Parathyroid Surgical Complications. Am. J. Surg. May 1992. Vol. 163. pp- 476-8.

[43] Furlan JC, Brandao LG, Ferrz AR, Rodrigues AJ. Surgical Anatomy of the Extralaryngeal Aspect of the Superior Laryngeal Nerve. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. Jan 2003; 129: 79-82.

[44] Jansson S, Tisell LE, Hagne I, Sanner E, Stenborg R, Svensson P. Partial Superior Laryngeal Nerve (SLN) Lesions Before and After Surgery. Wold J. Surg. Aug. 1998. Vol 12. Nº. 4. pp. 522-7.

[45] Bliss RD, Gauger PG, Dellbridge LW. Surgeon's Approach to the Thyroid Gland: Surgical Anatomy and the Importance of Technique. Worl J. Surg. Aug. 2000; 24 (8): 891-897.

[46] Friedman M, LoSavio P, Ibrahim H. Superior Laryngeal Nerve Identification and Preservation in Thyroidectomy. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. Mar 2002; 128: 296-303.

[47] Pelizzo MR, Toniato A, Gemo G. Zückerkandl's Tuberculum: An Arrow Pointing to the Recurrent Laryngeal Nerve (Constant anatomical Landmark). J. Am. Coll. Surg. Sept. 1998; 187 (3): 333-336.

[48] Katz AD, Nemiroff P. Anastomoses and Bifurcations of the Recurrent Laryngeal Nerve – Report of 1177 Nerves Visualized. Am. Surg. March 1993. Vol 59. Nº 3. pp. 188-191.

[49] Lekacos NL, Tzardis PJ, Sfikakis PG, Patoulis SD, Restos SD. Course of the Recurrent Laryngeal Nerve Relative to the Inferior Thyroid Artery and the Suspensory Ligament of Berry. Int. Surg. 1992. Vol 77. pp. 287-288.

[50] Reeve T, Thompson NW. Complications of Thyroid Surgery: How to Avoid Them, How to Manage Them, and Observations on Their Possible Effect on the Whole Patient. World J. Surg. Aug. 2000; 24 (8): 971-975.

[51] Wagner HE, Seiler C. Recurrent Laryngeal Nerve Palsy after Thyroid gland Surgery. Br. J. Surg. 1994; 81: 226-228.

[52] Shoback D. Hypoparathyroidism. N. Eng. J. Med. July 24, 2008; 359 (4): 391–403.

[53] Schwartz AE, Friedman EW. Preservation of the Parathyroid Glands in Total Thyroidectomy. Surg. Gyn. Obs. Oct. 1987; 165: 327-332.

[54] Chiu-an Wang. The Anatomic Basis of Parathyroid Surgery. Ann. Surg. Mai 1976; 183 (3):93-97.

[55] Schwartz SI, Hume DM, Kaplan EL. Thyroid and Parathyroid. Chapter 38. Principles of Surgery. Schwartz, Lillehai, Shires, Spencer, Storer. McGraw Hill. New York, 1974.

[56] Åkerström G, Malmaeus J, Bergström R. Surgical Anatomy of Human Parathyroid Glands. Surgery. Jan 1984; 95 (1): 14-21.

[57] Baumann DS, Wells SA. Parathyroid Autotransplantation. Surgery. Feb 1993; 113 (2): 130-133.

[58] Chung-yau Lo, King-yin Lam. Parathyroid Autotransplantation during Thyroidectomy. Is Frozen Section Necessary?. Arch. Surg. Mar. 1999; 134: 258-260.

[59] Marwah S, Godara R, Kapoor R. Routine Parathyroid Autotransplantation during Subtotal Thyrodidectomy for Benign Thyroid Disease. Internet J. Surg. 2007; 11 (1): 1-25.

[60] Zedenius J, Wadstrom C, Delbridge L. Routine Transplantation of at Least one Parathyroid Gland During Total Thyroidectomy May Reduce Permanent Hypoparathyroidism to zero. Aust. NZ. J. Surg. Nov. 1999; 69 (11): 794-797.

[61] Reeve TS, Delbridge L, Brady P, Crummer P, Smyth C. Secondary Thyroidectomy: A Twenty-Year Experience. World J. Surg. Aug. 1988; 12 (4): 449-453.

[62] Sánchez-Blanco JM. Uso de Drenajes en Cirugía Tiroidea y Paratiroidea. Cir. Esp. 2004; 75 (6): 319-325.

[63] Wihlborg O, Bergljung L, Martensson H. To Drain or Not to Drain in Thyroid Surgery. A Controlled Clinical Study. Arch. Surg. Jan 1988; 123: 40-41.

[64] O'Connell DA, Diamond C, Sikali H, Harris JR. Objective and Subjective Scar Aesthetics in Minimal Access vs Conventional Access Parathyroidectomy and Thyroidectomy Surgical Procedures. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. Jan 2008; 134 (1): 85 -93.

[65] Fewins J, Simpson CB, Miller FR. Complications of Thyroid and Parathyroid Surgery. Otolaryngologic Clin. N. Am. Feb. 2003; 36 (1).

[66] Ott J, Promberger R, Karik M, Freissmuth M, Hermann M. Protocol of a Prospective Study for Parathyroid Function Monitoring During and After Thyroidectomy. Eur. Surg. 2006; 38 (5): 368-373.

[67] Flores-Pastor B, Miquel Perelló J, Del Pozo P, Pérez A, Soria-Aledo V, Aguayo-Albasini JL. Validez Diagnóstica del Descenso Intraoperatorio de Paratirina en la Predicción de Hipocalcemia Tras Tiroidectomía Total. Med. Clin. (Barc.) 2009; 132 (4): 136-139.

[68] Materazzi G, Dionigi G, Berti P, Rago R, Frustaci G, Docimo G, Puccini M, Miccoli P. One-Day Thyroid Surgery: Retrospective Analysis of Safety and Patient Satisfaction on a Consecutive Series of 1571 Cases over a Three-Year Period. Eur. Surg. Res. 2007; 39: 182—188.

[69] Sahai A, Symes A, Jeddy T. Short-Stay Thyroid Surgery. Br. J. Surg. 2005; 92: 58-59.

[70] Ortega J, Cassinello N, Lledó S. Cirugía Tiroidea con Menos de 24 Horas de Hospitalización. Resultados Tras 805 Tiroidectomías Consecutivas en un Programa de Alta Precoz Tipo *fast-track*. Cir. Esp. 2007; 82: 112-116.

[71] Olubowale O, Chadwick DR. Optimization of Thyroxine Replacement Therapy After Total or Near-total Thyroidectomy for Benign Thyroid Disease. Br. J. Surg. 2006; 93: 57-60.

[72] Somwaru LL, Arnold AM, Joshi N, Fried LP, Cappola AR. High Frequency of and Factors Associated with Thyroid Hormone Over-replacement and Under-replacement in Men and Women Aged 65 and Over. J. Clin. Endocrinol. Metab. April 2009; 94 (4): 1342-1345.

[73] Bentrem DJ, Rademaker A, Angelos P. Evaluation of Serum Calcium Levels in Predicting Hypoparathyroidism after Total/Near-Total Thyroidectomy or Parathyroidectomy. Am. Surg. March. 2001; 67 (3): 249–252.

[74] Proye C, Carnaille B, Maynou C, Bizard JP, Gilliot P, Lariviere J, et al. The Parathyroid Risk in Thyroid Surgery. Argument Against Early Postoperative Prescription of Vitamin D. Experience with 729 Thyroidectomies in 1988. Chirrugie, 1990; 116 (6-7): 493-500.

[75] Gillett D, Fahmy F, Liew L, Massey S, Shotton JC. How De Do It: implementing Change – a Multi-Centre Audit of an Evidence Based Protocl on Post-Thyroidectomy Calcium Maintenance. Clin Otalaryngol. 2006; 31: 216-232.

[76] Wilson RB, Erskine C, Crowe PJ. Hypomagnesemia and Hypocalcemia after Thyroidectomy: Prospective Study. World J. Surg. June 2000; 24 (6): 722-726.

[77] Huan J, Martuseviciene G, Olgaard K, Lewin E. Calcium-Snsing Receptor and Recovery from Hypocalcaemia in Thyroparathyroidectomized Rats. Eur. J. Clin. Invest. 2007; 37: 214-221.

[78] Schäffler A. Hormone Replacement After Thyroid and Parathyroid Surgery. Dtsch. Artzebl. Int. 2010; 107 (47): 827-834.

[79] Grodski S, Campbell P, Cook MJ, Delbridge L, Farrell S, Gough I, et al. AES Guidelines 06/01 Group. Australian Endocrine Surgeons Guidelines AES06/01. Postoperative Parathyroid Hormone Measurement and Early Discharge After Total thyroidectomy: Analysis of Australian Data and Management Recommendations. ANZ J. Surg. 2007; 77: 199-202.

[80] Ballantone R, Lombardi CP, Raffaelli M, Boscherini M, Alesina PF, Crea C et al. Is Routine Supplementation Therapy (Calcium and Vitamin D) Useful After Total Thyroidectomy?. Surgery. Dec. 2002; 132 (6): 1109-1113.

[81] Sitges-Serra A, Ruiz S, Girvent M, Manjon H, Dueñas JP, Sancho JJ. Outcome of protracted hypoparathyroidism after total thyroidectomy. Br. J. Surg. 2010; 97: 1687-1695.

[82] Bohrer T, Paul J, Krannich H, Hasse C, Elert O. The Wuerzburg Scale: A New Classification System for Permanent Postoperative Hypoparathyroidism. Eur. Surg. 2007; 39 (1): 39-44.

REFLEXIONS DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA DAVANT LA CRISI DESENCADENADA PER LES ANUNCIADES RETALLADES PRESSUPOSTÀRIES EN SANITAT A CATALUNYA

És en els moments de crisi quan més ens cal unió i força, per no enfonsar-nos col·lectivament ni perdre allò més essencial a la nostra tasca. Com a Societat Científica, quan veiem amenaçada la qualitat assistencial i el desenvolupament docent i investigador, no podem quedar al marge de les associacions professionals o sindicals, ni del sentir general de la població.

De ben segur que hi ha a la sanitat, com en tot, petites o grans bosses d'ineficiència que, des d'iniciatives individuals o institucionals de diferents orígens, s'han anat millorant. Però pensem que, amb tots els seus defectes, el nostre sistema de salut és un model exemplar a nivell mundial, en un dificilíssim equilibri entre llibertat, equitat i utilitat com mai s'havia assolit. No s'hauria de tornar enrere desfent el camí que tan ha costat d'establir, adaptar, senyalitzar i acondicionar.

Pensem que el valor i la solidesa de les democràcies fermament establertes es mesura també pel respecte i la consideració que tenen per les institucions de caràcter científic. La funció de les societats científiques, que han de mantenir la neutralitat política, ha de ser també saber diferenciar entre allò que són tan sols paradigmes polítics diferents i les creences que van en contra de tot principi de racionalitat o de justícia.

El paper de les societats científiques ha de ser també fomentar les auditories, examinant els resultats, dels canvis establerts. Fins ara, en les comparacions a nivell mundial, els sistemes equitatius com el nostre semblen aconseguir índexs de salut, globalment més alts, tot i que, en els sistemes més econòmicament liberals, poden haver-hi punts especials d'excel·lència que, malauradament, s'apliquen només a determinades capes socioeconòmiqes. Un tema polític, però amb conseqüències analitzables objectivament.

Les creences polítiques, no avalades per l'experiència, així com les decisions socioeconòmiqes, sense tenir en compte les possibles conseqüències de qualsevol canvi intempestiu, són un risc massa alt que cal preveure i acotar.

Cal que els polítics, els administradors dels recursos públics (que són de tots), els gestors dels interessos de la societat en el seu conjunt, que han estat elegits pel poble per administrar la voluntat popular, ho facin minimitzant els danys i maximitzant el be per a la majoria de ciutadans i ciutadanes. Per aconseguir-ho, tenen eines al seu abast que els poden permetre fer-ho de la millor manera possible. Entre aquestes eines, hi ha l'opinió dels experts en cada cas, sovint integrats en les societats científiques que saben quins dels seus membres destaquen i en quins camps.

Entenem que cadascú ha de jugar el seu paper. Els polítics tenen, perquè l'han de tenir, capacitat executiva. No poden escapar-se de prendre decisions, però han de vigilar; no es tracta d'un privilegi si no d'una espasa de Dàmocles. Si s'equivoquen se'ls demandarà. Si ho encerten, la societat els premiarà amb la seva confiança. Val la pena consultar als que tenen arguments sòlids per poder-los reclamar pels resultats de les seves accions. En el fons, la societat som tots i el be individual de la majoria només és possible en el marc del be del conjunt.

Posats en la tessitura del dia d'avui, és en aquesta línia de defensa dels interessos col·lectius del poble de Catalunya que, una societat científica com la Societat Catalana de Cirurgia, dóna suport a l'actitud del Col·legi de Metges de Barcelona, en relació a les retallades pressupostàries en sanitat, endegades per la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. L'actitud valenta i decidida del President Dr. Vilardell, mereix el nostre reconeixement i l'expressió de la nostra voluntat de recolzar les seves manifestacions.

Plenament identificats amb els principis democràtics dels nostre país i precisament per lleialtat a les nostres institucions i òrgans de govern autònom, manifestem públicament la nostra preocupació. Lluny de qualsevol interès personal ni corporativista. Sense ànim de crítica envers les persones però si envers les idees. Amb respecte a les opinions diverses i el dret a expressar-les. Amb l'absoluta convicció del dret de tots els ciutadans a decidir el seu present i a planificar el seu futur. Amb esperit constructiu, obert, decidit a col·laborar amb els nostres dirigents lliurament elegits, però també sense renunciar a l'exercici de la crítica quan ho creiem necessari.

Estem oberts al diàleg, al treball, a la col·laboració en tots aquells aspectes que serveixin per a millorar el benestar de la nostra societat, des d'una perspectiva de distribució justa i equitativa dels recursos que sabem limitats, però feta de manera transparent, neta i honesta. I estem també vigilants per no perdre els nivells d'eficiència aconseguits fins ara, millorant-los fins on sigui possible, sense haver de renunciar a cap dels principis que ens han guiat fins aquí i s'han demostrat prou útils.

Els cirurgians, i també els metges, els sanitaris i la població en general, hem donat exemple de sacrifici sempre que ha calgut, de seny, de voluntat de servei, de principis ètics. De quina altra manera es pot entendre, si no, el fet que disposem d'una atenció quirúrgica global i mitjana de la més alta qualitat a nivell mundial, amb uns dels salaris més baixos del món occidental del qual formem part?

Com a cirurgians no ens fan por les decisions difícils, ni els treballs durs, ni els riscos d'incomprensió de la nostra tasca. Ens provoquen un gran respecte les vides de les persones i la conservació i millora de la seva qualitat, així com l'extensió digna de la seva quantitat. Per això ens fa por que tancar quiròfans o plantes d'hospitalització, reduir personal sanitari, limitar indiscriminadament i sense una anàlisi de conseqüències el material, els medicaments, l'aparellatge o els recursos de provada eficàcia, no beneficií a ningú i pugui perjudicar a molts. S'ha d'evitar que aquestes mesures siguin "pa per avui i gana per demà".

L'alarma social desencadenada ens impel·leix a reclamar punts de consens per millorar l'eficiència del sistema de salut, per fer-lo sostenible, per adaptar-lo solidàriament a les necessitats d'ajust econòmic general del país, però explicant be a qui beneficien i a qui perjudiquen les mesures adoptades i amb quins criteris científics i ètics es basen. En aquests punts estem sempre a disposició de la societat i dels seus representants legítims, siguin quins siguin.

Malgrat que l'experiència no resulta gaire esperançadora. Després d'anys d'insistir en la distorsió causada per la política de priorització, posant com a preferents, de manera indiscriminada, aquelles patologia¡es cròniques, d'alta prevalença, sovint banals i amb un ventall ampli de graus d'afectació, per davant de patologies més greus o amb major rellevància des del punt de vista del risc d'afectació de la quantitat i qualitat de vida, sembla que hi han indicis de redreçar les directrius. Es parla de tornar als clínics la capacitat de prioritzar pacients en comptes de diagnòstics o simples etiquetes sense cap altra consideració.

Encara no enfronta el problema amb criteris sanitaris prou forts. Pot ser el canvi massa radical que seria necessari fa por de despertar resistències, en un moment en el qual els sentiments estan a flor de pell. Però ja és un senyal de reconduir vells errors. Pot ser aquest és el camí: la racionalització amb criteris sanitaris, ineludible si es vol seguir avançant pel camí d'una sanitat eficient i de qualitat. Un camí en el qual ens trobaran sempre disposats a ajudar per anar endavant.

La Junta

"IN MEMORIAM" JORDI OLSINA I PAVIA

Lamentem profundament la desaparició recent del Dr. Jordi Olsina que va ser president de la nostra Societat Catalana de Cirurgia entre 1993 i 1997. Elegit en el curs del primer Congrés Català de Cirurgia celebrat a Vic, havia estat vicepresident durant el bienni 1985-87. Va presidir les Jornades de Cirurgia dels Hospitals Comarcals de Tarragona 1994, Lloret de Mar 1995 i Manresa 1996. També va presidir el II Congrés Català de Cirurgia celebrat a Reus el 1997.

La seva tesi doctoral, publicada el 1966 sobre "*Flebografía de la mamaria interna*", va ser dirigida pels Drs. Arandes Adan i Pi Figueras. A l'any 1965 va entrar a formar part de l'equip de cirurgians de la Vall d'Hebron, liderant un dels 4 equips d'urgències que més tard, al 1974 passarien a convertir-se en els 5 serveis integrats dins del Departament de Cirurgia General dirigit pel Dr. Ángel Díaz Cascón.

En crear-se la unitat docent de la Vall d'Hebron de la Universitat Autònoma de Barcelona, va ser nomenat professor titular de cirurgia, funció que va exercir fins a la seva jubilació .

Afeccionat a les curses de braus, havia estat President de la *Sociedad Española de Cirugía Taurina* i cirurgià en cap de la plaça de braus Monumental de Barcelona durant prop de 30 anys. Creador d'una autèntica escola de cirurgians taurins, els seus coneixements i experiència en aquest camp el van convertir en un referent molt apreciat entre els seguidors del toreig.

Treballador incansable, va ser un dels cirurgians que van saber compaginar els aspectes tan mèdics com quirúrgics de la digestologia, sense oblidar la seva dedicació a la cirurgia mamària que va protegir i defensar sempre.

Com a membre de la Comissió Consultiva de la Societat Catalana de Cirurgia, desapareix amb ell el testimoni d'una època dura i difícil, que va veure el naixement d'una sanitat pública batejada com a "seguretat social" que, a través del seu desenvolupament, ha conduit a la situació actual de la cirurgia, d'alt nivell tecnològic i de provada eficàcia.

Mai ha estat fàcil la tasca dels pioners i el Dr. Olsina va ser-ho en el seu moment. Testimoni de canvis profunds en la societat, va viure la conversió d'un sistema autoritari en un model democràtic i modern de l'exercici mèdic que, des de la seva particular visió, va col·laborar a fer possible en la forma que avui coneixem.

Descansi en pau el Dr. Olsina, Cirurgià.

La Junta

UN ARBRE AMB NOVES BRANQUES

Joan Sala Pedrós, Josep Maria Badia Pérez, Pere Rebasa Cladera, Daniel Del Castillo Déjardin, Maria Jesús López Pereira, Ramon Vilallonga Puy, Antonio Sánchez Marin.

En el tercer esglaó del programa de la Junta, ens havíem marcat com a objectiu d'aquest proper curs fer créixer les branques. Si be la Societat no pot deixar de concebre la cirurgia com una disciplina troncal, no pot perdre de vista que l'evolució porta la complexitat que només ordenant-la ens permet fugir del caos o la disgregació.

Així doncs, sota un mateix aixopluc, ens cal endreçar les diferents famílies de superespecialitats nascudes a l'empar de la cirurgia general i de l'aparell digestiu. La cirurgia esofagogàstrica o del tub digestiu alt, la intestinal i colorectal o del tub digestiu baix, l'hepatobiliopancreàtica o l'endocrina i de cap i coll o la mamària són, cada vegada més, objecte d'atenció específica de cirurgians superespecialitzats, sobretot en els hospitals més grans. Si be no hem de perdre de vista els elements comuns propis de la cirurgia en general, no es poden tancar els ulls a la realitat que ens envolta. La divisió del treball és, des d'una perspectiva humanista, alienadora i preocupant però necessària en un món globalitzat on no tothom pot ser, pot fer o pot tenir de tot. De fet, ningú pot fer de tot i, per tant, cal que tots conservem, dins la imprescindible especialització, una visió la més holística possible que no ens deixi perdre la visió global, imprescindible per evitar convertir-se en una simple baula d'una cadena que ja no sabem on porta ni perquè serveix.

La crisi actual en la qual el creixement i la globalització hi juguen un paper important, només pot ser superada des de l'optimisme i la visió àmplia i oberta. Més enllà de la dialèctica, l'equilibri entre el tot i la part, pensar globalment però actuar localment, com ens recomanen els actuals líders de la informació i comunicació, és la única manera de poder enfrontar el futur, si no volem que el propi creixement ens acabi ofegant.

I és en aquesta línia d'estabilitat que la Societat Catalana de Cirurgia pot seguir creixent i desenvolupant-se. Cercant aliances estratègiques on calgui però conservant la seva naturalesa i els seus objectius primigenis, malgrat tot, encara vigents.

Si be les perspectives de futur poden semblar preocupants per la incertesa associada a la crisi, és en els moments difícils quan la unió i la cooperació esdevenen més necessàries.

Per això, volem fer-vos costat en els problemes de cada dia i us demanem que ens ajudeu a difondre les vostres solucions. De la cooperació en surt la sinèrgia, de l'antagonisme només la destrucció. És el moment de fer un pas endavant i expandir-nos des d'unes arrels i un tronc comuns cap a una frondositat fructificadora. Tenim les eines per fer-ho. La nostra web està oberta a les vostres aportacions, tant de treballs científics com d'opinions personals o professionals sobre els problemes que ens afecten. No dubteu en plantejar-nos nous reptes o en expressar les vostres crítiques. Implicar-se en una Societat com la nostra, significa cooperar en fer-la més útil i en donar sentit a la seva persistència i vocació de servei.

La Junta.