

---

AÑO 2009

Un centenar de deportistas dan el último adiós a un compañero frente a la playa del Matadero

## La última ola de un surfista

CRÓNICA  
María Cedrón

Un ramo de flores flota sobre el agua en la bahía coruñesa. El mar está en calma, como de luto. Mani mira todavía al agua. Es la mujer de Fernando Torreiro, director del club del Mar de San Amaro y subdirector de la Escuela de Buceo, fallecido el lunes. Ayer Fernando volvió al mar, a la playa en la que tantas veces fue a coger olas. Ayer había pocas. Quizá lo echaran de menos. Pero ayer fue para quedarse, para cogerlas cada mañana. Allí estaban sus amigos, su hermano Chicho, sus padres... y en torno a un centenar de surfistas que ayer, en lugar de usar la tabla para hacer un tubo, la utilizaron para decir adiós a su amigo.

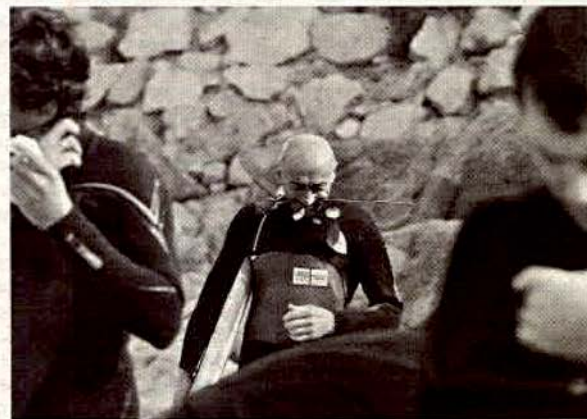
El ramo continúa flotando. Marca el lugar en el que sus compañeros echaron las cenizas que recorrerán los fondos que tantas veces recorrió Fernando. Porque el submarinismo era otra de sus aficiones. «Le gustaba tanto como el surf», explica su hermano Chicho. Fue él quien avisó de que ayer a las once esparcirían las cenizas de su hermano frente a la playa del Matadero. «Lo único que hice —cuenta— fue avisar de que era hoy —por ayer— a las once de la mañana. Pero mira cuánta gente ha venido», comenta al tiempo que mira a su alrededor y se emociona.

Acaba de salir del mar. Solo unos minutos antes unas cincuenta personas enfundadas en trajes de neopreno se hicieron al mar remando sobre sus tablas. No faltó nadie de los que habitualmente bajan a las playas de Riazor y el Orzán. A escasos metros de la arena, aparcaron la tabla y formaron un gran círculo.

Ahí en el centro fue donde vertieron las cenizas. En lo alto del paseo observaba Mani, los padres del homenajeado, el resto de su familia y compañeros de la Autoridad Portuaria, donde trabajaba. Ellos estaban en tierra. En el mar, junto a los surfistas, en una pequeña embarcación, también estaban otros compañeros de la Escuela de



Los compañeros de Torreiro rodearon la fuente de los surfistas después de echar al mar las cenizas | FOTOS: ÓSCAR PARÍS



Tito, el surfista más veterano del Orzán, entró en el agua con una rosa

Buceo.

El acto fue rápido, sencillo. Poco a poco los surfistas fueron regresando a tierra. Tito, su amigo, el surfista que lleva más años cabalgando olas en el Orzán, también llegó en el séquito. Con una rosa en la boca...

A medio secar, todos se acercaron a Mani que, emocionada, recibió el pésame de los que tantas veces habían estado con su marido. Fueron llegando poco a poco. Ellos, que no tienen miedo a las olas, estaban ayer emocionados, algunos también deja-

ron escapar una lágrima rodando por la mejilla.

Los surfistas rodearon luego la fuente de los surfistas y empezaron a aplaudir. Fue al unísono, justo antes de marchar del paseo. Todavía quedaban allí sus familiares, mirando al mar y recibiendo el pésame de los que iban llegando hasta la playa.

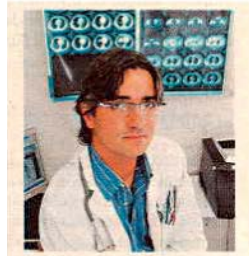
### Concierto homenaje

Pero el adiós a Fernando Torreiro todavía no ha acabado. Sus compañeros de la Autoridad Portuaria están preparán-

dole otro homenaje que tendrá lugar estos días. Lo sorprenderán, esté donde esté, con otra de las cosas que le gustaban: un gran concierto. Porque los temas de los 70 eran otra de sus grandes aficiones.

«Los amigos y compañeros vamos a organizarle un homenaje con un concierto de rock. No es una cosa del trabajo. Los amigos y los compañeros», explica uno de los organizadores, su compañero en la Autoridad Portuaria, Manuel Ferro. Será un concierto en directo en el que actuará un grupo coruñés del que no recuerda el nombre. El lugar y el día todavía se están ultimando.

Probablemente sea el viernes 27, pero todavía no está cerrada la fecha exacta en la que se celebrará. Todo irá en función de la agenda de los locales que están mirando sus compañeros. «Estamos tocando varios lugares porque en el puerto había que colocar un palco y es más complicado. Lo haremos con toda probabilidad en una sala de conciertos», añade Ferro. Puede que, como ayer, al evento tampoco falte nadie. Todos querrán ir con Fernando. Al último baile.



PROTAGONISTA

**Diego González Rivas** | Cirujano torácico

«Los que nacimos con la Playstation tenemos más facilidad para operar mirando el televisor» » L11

ENTREVISTA | **DIEGO GONZÁLEZ RIVAS**  
CIRUJANO TORÁCICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA

## «Solo en ciudades como Sevilla y A Coruña se opera el cáncer de pulmón con videocirugía»

El joven especialista cree que la técnica de operar introduciendo microcámaras y mirando al televisor «no tiene límites»

R. Domínguez

ACORUÑA | Diego González Rivas acaba de llegar de Nueva York, donde ha participado en el Congreso Internacional de Videocirugía con dos de los ocho vídeos sobre esta cirugía mínimamente invasiva aceptados en todo el mundo por el comité científico. Acabó la residencia en el 2004 y ahora es el médico adjunto del servicio de Cirugía Torácica del Complejo Hospitalario A Coruña, que dirige José María Borro. «Los que nacimos con la Playstation —dice— tenemos más facilidad para operar mirando el televisor».

—¿Qué es la videocirugía?

—Es operar realizando orificios muy pequeños por los que se introduce una cámara y el instrumental y se opera mirando al televisor. En este caso estamos hablando de videocirugía mayor, en las resecciones de cáncer de pulmón. La mayoría de la videocirugía se hace en Estados Unidos, en Europa se lleva haciendo desde hace poco tiempo.

—¿Y en España?

—Solo en Sevilla y A Coruña se opera el cáncer de pulmón con videocirugía. Hay un cirujano en el Hospital de La Macarena que utiliza cuatro entradas. Nosotros empezamos hace dos años usando tres vías, y ahora hemos hecho ya algunos casos con un único orificio de entrada para todo, la cámara y el instrumental. Es una técnica que solo se hace en Carolina, donde estuve hace cinco meses para aprender.

—¿Qué ventajas tiene frente a la cirugía convencional?

—Se utiliza en vez de la toracotomía en el cáncer de pulmón, es decir, en vez de tener que abrir una gran incisión en el costado,



González Rivas, en la consulta del Hospital Universitario A Coruña | KORN

y se hace con analgesia subcutánea o intravenosa, sin epidural. Se acorta el tiempo de hospitalización, se van para casa a las 48 horas, eso era impensable hasta hace poco, y sin dolor. La recuperación es mucho más rápida y a la larga eso repercute en el propio cáncer, porque la respuesta inmunológica es mejor, y el organismo está más preparado para hacerle frente. No hay que olvidar que el cáncer no es una enfermedad de un único órgano, es multisistémica.

—¿Todo son ventajas? ¿Qué inconvenientes tiene?

—Por ahora se aplica para retirar tumores de hasta ocho centímetros. Pero las indicaciones se van ampliando, hace no tanto eran cinco. La curva de aprendizaje es dura, porque es complicada, y al principio se criticaba porque se pensaba que no se limpiaban bien los ganglios, pero ahora se ha demostrado que se consigue idéntico resultado.

—¿Qué experiencia acumula el hospital?

—Llevamos más de ochenta

casos. Hemos perfeccionado la técnica y hemos ido ampliando las indicaciones. Al principio hacíamos los casos más sencillos. Ahora hacemos todos los cánceres iniciales y algunos más avanzados.

—¿Qué significa sobre el total de las cirugías de cáncer de pulmón que practican?

—Aproximadamente la mitad. Pero esto es el futuro y cada vez se recurrirá más a ella. En diez años se harán todas con videocirugía. Ahora mismo hacemos cuatro o cinco resecciones semanales, me refiero a resecciones mayores, a extirpar un trozo de pulmón. Antes tardábamos cinco o seis horas, ahora hora y media, dos.

—¿Cómo ha sido la formación?

—Nosotros aprendimos en Estados Unidos. Hemos viajado a cuatro centros y hemos desarrollado nuestra propia técnica.

—¿Cuál es el siguiente paso?

—Perfeccionar la técnica para llegar a todos los tumores, ampliar las indicaciones a casos más avanzados. Ahora se hace en estadios iniciales y algún caso postquimioterapia, pero es cuestión de llegar a otros. Se aplica ya a tumores de tino, de mediastino, eso significa no tener que abrir el esternón y todo lo que supone. La videocirugía no tiene límites.

—¿Hacia dónde va el futuro?

—El futuro de la cirugía está en el desarrollo genético, la robótica y la nanotecnología. Se trata de que todo se minimice a estructuras tan pequeñas que podamos llegar a cualquier parte del organismo, reducir toda la tecnología a lo más pequeño para poder acceder a cualquier punto.

ENTREVISTA | **DIEGO GONZÁLEZ RIVAS**  
CIRUJANO TORÁCICO DEL HOSPITAL A CORUÑA

## «Solo en A Coruña y Sevilla se opera el cáncer de pulmón con videocirugía»

El joven cirujano asegura que la técnica de operar introduciendo microcámaras y mirando al televisor «no tiene límites»

R. Domínguez

A CORUÑA | Diego González Rivas acaba de llegar de Nueva York, donde ha participado en el Congreso Internacional de Videocirugía con dos de los ocho vídeos sobre esta cirugía mínimamente invasiva aceptados en todo el mundo por el comité científico. Acabó la residencia en el 2004 y ahora es el médico adjunto del servicio de Cirugía Torácica del Complejo Hospitalario A Coruña, que dirige José María Borro. «Los que nacimos con la PlayStation —dice— tenemos más facilidad para operar mirando el televisor».

—¿Qué es la videocirugía?

—Es operar realizando orificios muy pequeños por los que se introduce una cámara y el instrumental y se opera mirando al televisor. En este caso estamos hablando de videocirugía mayor, en las resecciones de cáncer de pulmón. La mayoría de la videocirugía se hace en Estados Unidos, en Europa se lleva haciendo

desde hace poco tiempo.

—¿Y en España?

—Solo en Sevilla y A Coruña se opera el cáncer de pulmón con videocirugía. Hay un cirujano en el Hospital de La Macarena que utiliza cuatro entradas. Nosotros empezamos hace dos años usando tres vías, y ahora hemos hecho ya algunos casos con un único orificio de entrada para todo, la cámara y el instrumental. Es una técnica que solo se hace en Carolina, donde estuve hace cinco meses para aprender.

—¿Qué ventajas tiene frente a la cirugía convencional?

—Se utiliza en vez de la toracotomía en el cáncer de pulmón, es decir, en vez de tener que abrir una gran incisión en el costado, y se hace con analgesia subcutánea o intravenosa, sin epidural. Se acorta el tiempo de hospitalización, se van para casa a las 48 horas, eso era impensable hasta hace poco, y sin dolor. La recuperación es mucho más rá-



Diego González Rivas, en la consulta del Hospital A Coruña | KORA

pid a y a la larga eso repercute en el propio cáncer, porque la respuesta inmunológica es mejor, y el organismo está más preparado para hacerle frente. No hay que olvidar que el cáncer no es una enfermedad de un único órgano, es multisistémica.

—¿Todo son ventajas? ¿Qué inconvenientes tiene?

—Por ahora se aplica para retirar tumores de hasta ocho centímetros. Pero las indicaciones se van ampliando, hace no tanto eran cinco. La curva de aprendizaje es dura, porque es complicada, y al principio se criticaba porque se pensaba que no se limpiaban bien los ganglios, pero ahora se ha demostrado que se consigue idéntico resultado.

—¿Qué experiencia acumula el hospital?

—Llevamos más de ochenta casos. Hemos perfeccionado la

técnica y hemos ido ampliando las indicaciones. Al principio hacíamos los casos más sencillos. Ahora hacemos todos los cánceres iniciales y algunos más avanzados.

—¿Qué significa sobre el total de las cirugías de cáncer de pulmón que practican?

—Aproximadamente la mitad. Pero esto es el futuro y cada vez se recurrirá más a ella. En diez años se harán todas con videocirugía. Ahora mismo hacemos cuatro o cinco resecciones semanales, me refiero a resecciones mayores, a extirpar un trozo de pulmón. Antes tardábamos cinco o seis horas, ahora hora y media, dos.

—¿Cómo ha sido la formación?

—Nosotros aprendimos en Estados Unidos. Hemos viajado a cuatro centros y hemos desarro-

llado nuestra propia técnica.

—¿Cuál es el siguiente paso?

—Perfeccionar la técnica para llegar a todos los tumores, ampliar las indicaciones a casos más avanzados. Ahora se hace en estadios iniciales y algún caso postquimioterapia, pero es cuestión de llegar a otros. Se aplica ya a tumores de timo, de mediastino, eso significa no tener que abrir el esternón y todo lo que supone. La videocirugía no tiene límites.

—¿Hacia dónde va el futuro?

—El futuro de la cirugía está en el desarrollo genético, la robótica y la nanotecnología. Se trata de que todo se minimice a estructuras tan pequeñas que podamos llegar a cualquier parte del organismo, reducir toda la tecnología a lo más pequeño para poder acceder a cualquier punto.

---

**AÑO 2010**

## El Chuac, primer hospital europeo en operar con vídeo el cáncer de pulmón mediante una sola incisión

Ana Lorenzo

A CORUÑA/LA VOZ. El equipo de cirugía torácica del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (Chuac), que dirige el doctor José María Borro, ha dado un nuevo paso en las operaciones de cáncer de pulmón, poniéndose a la cabeza en ese tipo de intervenciones en las que se utiliza una cámara de vídeo para realizar todo el proceso. Por primera vez en Europa se ha hecho una única incisión de cuatro centímetros para realizar toda la cirugía y extirpar un lóbulo.

En el centro coruñés se estaba realizando este tipo de operación a través de dos orificios, uno para la óptica y otro para

el instrumental. Sin embargo, ahora, al suprimir una incisión, toda la cirugía se realiza por una única vía, con lo que la intervención es menos invasiva y el paciente se recupera más rápidamente, ya que al cabo de 48 horas puede recibir ya el alta.

Según explicó ayer el doctor Diego González Rivas, que llevó a cabo la intervención, «desde el año 2007 este hospital es referente nacional en videocirugía, y desde febrero del 2009 nos convertimos en el único hospital de España y probablemente de Europa en hacer esta ope-



El doctor Diego González Rivas

ración realizando solo dos incisiones. El resultado es mejor para el paciente».

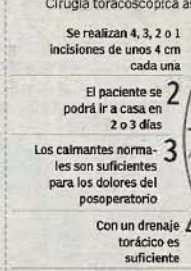
La operación, que se hizo a una paciente de 57 años a la que hubo que extirparle el lóbulo inferior izquierdo, duró solo 80 minutos, en los que el cirujano hizo un

pequeño corte en el quinto espacio intercostal izquierdo (sin necesidad de separar las costillas). A continuación, introdujo por ese orificio la óptica y el instrumental, con el que retiró el lóbulo afectado, y limpió todos los ganglios. Luego, procedió a cerrar la herida y dejó un

pequeño drenaje, que se le retiró a la paciente en menos de dos días.

González Rivas cree que este es un gran avance en cirugía torácica, aunque por el momento solo es aplicable a personas que tengan afectados los lóbulos inferiores. A este éxito se une el hecho de la reciente publicación de un artículo en el *European Journal of Cardiothoracic Surgery*, en el que describen su experiencia en las resecciones pulmonares con dos incisiones, convirtiéndose en el hospital europeo con más experiencia y el segundo del mundo en mayor número de pacientes a los que se aplica estas técnicas.

MÉTODOS DE EXTIRPACIÓN DE UN LÓBULO PULMONAR

<p>El cirujano hace un corte entre dos costillas, desde el tórax hasta la espalda, pasando por debajo de la axila</p>  <p>A continuación, se coloca un separador que fuerza la apertura de las costillas para dejar paso a las manos del cirujano</p>	<p><b>CIRUGÍA TRADICIONAL</b> Toracotomía</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Se realiza una cirugía abierta de 15-20 cm de largo</li> <li>2 El paciente tendrá que permanecer entre 5 y 7 días en el hospital</li> <li>3 En el posoperatorio se colocan dos catéteres epidurales para calmar el dolor, durante 2 o 3 días</li> <li>4 Son necesario dos drenajes torácicos para realizar la operación</li> <li>5 Para poder acceder al pulmón, se coloca un separador que fuerza la apertura de las costillas de 1 cm hasta unos 12 cm. Esto provoca un posoperatorio muy doloroso</li> </ol>	<p><b>MÍNIMAMENTE INVASIVA</b> Cirugía toracoscópica asistida</p> <p>La más habitual es la operación con tres incisiones. Una para la cámara y otras dos para el instrumental</p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Se realizan 4, 3, 2 o 1 incisiones de unos 4 cm cada una</li> <li>2 El paciente se podrá ir a casa en 2 o 3 días</li> <li>3 Los calmantes normales son suficientes para los dolores del posoperatorio</li> <li>4 Con un drenaje torácico es suficiente</li> <li>5 No es necesario separar las costillas, con lo que se reduce el dolor del posoperatorio, la estancia en el hospital y el tiempo de recuperación</li> </ol>	<p><b>LOBECTOMIA PULMONAR CON UNA SOLA INCISIÓN</b></p> <p>En esta intervención, el equipo médico introduce todo el instrumental y la cámara a través de un único orificio de unos 4 cm de diámetro</p>  <p>Tamaño real de la incisión <b>4 cm</b></p>
--	--	--	---

Fuente: Doctor Diego González Rivas

A.L.C.

Dos cirujanos gallegos y uno leonés, formados en los mejores centros del mundo, operarán en España y Europa

# Crean en A Coruña un equipo pionero de videocirugía torácica

Solo el 8% de los especialistas europeos usan la toracoscopia para las intervenciones graves en el pulmón

A CORUÑA/LA VOZ. A Coruña contará con la primera unidad privada de videocirugía torácica mínimamente invasiva de España, iniciativa de los cirujanos gallegos Diego González Rivas, Mercedes de la Torre Bravos y el leonés afincado en A Coruña Ricardo Fernández Prado.

El equipo, que en la actualidad trabaja en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, pretende abrir la oferta de las técnicas más avanzadas a pacientes de toda España e incluso de Europa, y ya pueden operar en los hospitales privados de la ciudad mediante acuerdos con las aseguradoras sanitarias.

«En la UE solo el 8% de los cirujanos torácicos hacen operaciones de cirugía mayor, como la extirpación de un lóbulo pulmonar por un cáncer, mediante videocirugía, y en EE. U. apenas el 25%, de hecho —explica González Rivas— en España solo hay dos equipos, en Sevilla

y el nuestro que la apliquen de forma sistemática».

La toracoscopia se basa en la realización de la menor agresión posible al paciente. En vez de pasar por una cirugía abierta o toracotomía, con incisiones costales de hasta 20 centímetros y procedimientos que exigen la separación de las costillas para la intervención, se realiza una técnica asistida por vídeo: los cirujanos practican de cuatro a una incisiones mínimas a través de las cuales introducen el instrumental y una óptica para operar mirando a un monitor.

La complejidad de la técnica y la curva de aprendizaje explican que hasta el momento no se haya generalizado esta fórmula quirúrgica, adquirida por el equipo coruñés mediante períodos de formación en los centros más especializados, en Los Ángeles, Carolina del Norte y Nueva York, al lado de Robert McKenna y Thomas Damico, los cirujanos con más experiencia en el mundo en este terreno.

Además de la reducción de complicaciones, infecciones y del dolor posoperatorio, otra ventaja es la mejor recuperación funcional y la posibilidad de un alta precoz, ya que en la



Diego González, Mercedes de la Torre y Ricardo Fernández | EDUARDO PÉREZ

mayoría de los casos el paciente se va para casa a las 48 horas, y se ha relacionado también con una mejor respuesta inmunitaria. Ahora se realizan estudios para confirmar que la menor agresión favorece la capacidad del cuerpo para hacer frente a la enfermedad oncológica.

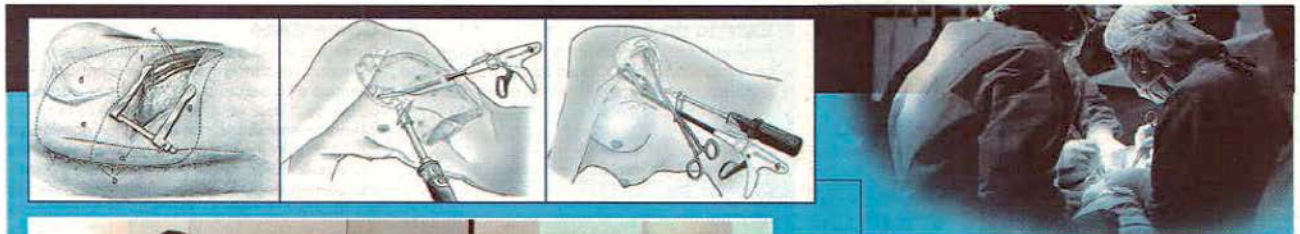
La puesta en marcha de la unidad viene avalada por la experiencia del equipo, que ha practicado en el Chnac más de 200 casos de videocirugía, cien de ellos

mediante dos incisiones. El 29 de junio pasado, González Rivas operó por primera vez con una única incisión de 4 centímetros a una mujer de 57 años con cáncer de pulmón, técnica que se le ha reconocido como pionera en el último congreso internacional de la especialidad. Desde entonces, han realizado tres casos más, todos de tumores localizados en los lóbulos inferiores con excelente evolución posoperatoria.

La técnica será incluida en un atlas quirúrgico

La cirugía torácica mínimamente invasiva fue descrita por primera vez hace casi un siglo. Sin embargo, su desarrollo se limitó a procedimientos diagnósticos y a cirugía menor. El gran avance se produjo hace 18 años, cuando Giancarlo Roviario realizó la primera resección pulmonar. Poco a poco se fue ampliando su uso, y ahora no existe una única técnica para cirugías mayores asistidas con vídeo, sin separación costal, aunque se suelen utilizar tres vías de entrada.

Frente a ello, el equipo coruñés ha avanzado y se limita a dos puertos o incisiones, una de ayuda de 4 centímetros y una segunda de 1,5 para introducir la óptica o cámara que les permite ver en el interior y operar mirando a una pantalla o monitor. El último paso ha sido el de intervenir mediante una única incisión, procedimiento que mereció reconocimiento especial en el congreso internacional celebrado en Edimburgo en septiembre pasado, por tratarse del primer caso del mundo. Esta técnica ha despertado el interés de la comunidad médica y ya ha sido confirmada su inclusión en un nuevo atlas quirúrgico, aún en elaboración.



# “La videocirugía es menos dolorosa”

Diego González Rivas forma, junto a Mercedes de la Torre y Ricardo Fernández Prado, un equipo que innova en la curación de enfermedades pulmonares

La videocirugía empieza a aplicarse a las intervenciones de pulmón. Un equipo coruñés es pionero en la utilización de esta técnica, asistida por vídeo, a la hora de aplicarla en el tórax para curar casos graves relacionados con los pulmones. Diego González Rivas, uno de los tres cirujanos que forman el equipo, explicó la técnica.

**¿Cuáles son las principales ventajas de esta técnica?**

Las mayores ventajas de abordar el cáncer de pulmón mediante videocirugía —ya no sólo por la técnica de una sola incisión, sino también por la técnica tradicional de tres incisiones— es que se reduce el dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria y el coste. El paciente se va a casa a las 48 horas de haber sido intervenido y, además, con poco dolor. Aparte, la equivalencia con la cirugía abierta es total. La intervención es la misma, salvo porque la videocirugía es menos agresiva, lo que incluso puede beneficiar a nivel oncológico, ya que con el tiempo el sistema inmunitario está más preparado al haber recibido una menor agresión.

**¿Cuánto tiempo dura la intervención en sí?**

Por la experiencia que tenemos, que ya es bastante consolidada, y tras haber superado la curva de aprendizaje y establecido la técnica, el tiempo quirúrgico ha ido reduciéndose cada vez más. Cuando pasamos de tres a dos incisiones tuvimos una pequeña curva de aprendizaje que no se prolongó por mucho tiempo. Ahora, después de pasar de dos a una incisión, el tiempo quirúrgico prácticamente no ha aumentado. El primer caso que hicimos fue en julio y nos llevó 80 minutos de piel a piel, un tiempo incluso más corto que el que tarda mucha otra gente con dos o tres incisiones.

**¿Tiene alguna similitud con técnicas más estandarizadas, como la artroscopia?**

Por lo que respecta a la técnica de una sola incisión, no encuentro ningún parangón con otra cirugía. Creo que en ninguna otra cirugía se utiliza una sola vía para resecciones grandes. Si es cierto que en otras técnicas se realiza una sola incisión, pero va destinada a procedimientos menores. El gran avance de esta técnica es que se produce una única incisión para un procedimiento mayor. En muy

pocas especialidades se está haciendo esto para resecciones amplias anatómicas. En ese sentido no sólo es pionera en nuestro país, sino casi en todo el mundo. Es una técnica muy compleja, ya que en otras partes del organismo quizás requiera el uso de gas. Se está empezando a hacer, pero aún no se ha establecido.

**Al tratarse de una sola incisión, ¿las cicatrices y marcas postoperatorias son menores?**

La incisión es la misma que se realiza para el abordaje por dos o tres vías. Lo que hacemos es introducir todo el material quirúrgico y la óptica por esta pequeña incisión, y es la cámara la que nos permite ver el tórax por dentro. La clave está en coordinar los movimientos del material quirúrgico con la cámara para que no choquen. Nuestra ventaja es que hace tiempo que apostamos por la técnica de dos vías, aprendiéndola, desarrollándola y perfeccionándola, por lo que esta experiencia nos ha permitido dar el paso a una única incisión. Es muy difícil dar este paso si no se tiene experiencia previa por dos vías, y hay muy pocos hospitales en el mundo que desarrollen la videocirugía por sólo dos incisiones.

**¿Cuánto tiempo llevan trabajando en esta técnica?**

El primer caso lo hicimos en julio de este año, y desde entonces hemos trabajado en cuatro casos. Anteriormente trabajamos con dos y tres incisiones. Empezamos con tres en julio de 2009 y, cuando llevábamos más de cien casos hechos, pasamos a las dos. Desde entonces llevamos más de doscientos casos, de los cuales más de cien han sido hechos por dos incisiones.

**¿Por qué cree que se ha dado este paso en A Coruña y no en otra ciudad más grande?**

Básicamente, porque somos una referencia en España y tenemos una experiencia en videocirugía que no existe en otros puntos del país. La única ciudad española con

gresión es mucho mayor. En el resto de España se ha empezado ahora a hacer algo, ya que se trata de una técnica muy compleja que requiere irse del país, una curva de aprendizaje importante y un equipo muy integrado. Por eso todavía no se ha estandarizado la técnica en España, aunque se ha hecho algún caso en Madrid y Zaragoza. De cualquier modo, ellos no utilizan la videocirugía para todo como aquí, sino que la adoptan para casos fáciles.

**¿Qué se le puede decir a una persona que desconfía de las técnicas novedosas?**

Que ya hay una evidencia científica y médica sobre estas técnicas, que están absolutamente probadas, que se utilizan de forma sistemática en los mejores hospitales de los Estados Unidos, que hay hospitales donde ya suponen el ochenta o el noventa por ciento de toda su actividad... La evidencia científica no deja ningún tipo de duda: estas técnicas son mejores, demuestran tanta o más supervivencia que las técnicas abiertas, la recuperación funcional y el ahorro de sangre hospitalaria son enormes y los beneficios están absolutamente demostrados. La gente tiene que informarse bien, saber en qué centro se va a operar y ver que aquí hay profesionales con experiencia. Como sucede con todo, estas técnicas están sujetas a una curva de aprendizaje complicada, por lo que la gente debe saber a dónde va. ■



Diego González Rivas, Mercedes de la Torre Bravos y Ricardo Fernández Prado, cirujanos de la UCTMI

experiencia en videocirugía es Sevilla, que fue pionera hace muchos años, pero desarrolló una técnica de cuatro incisiones que no ha evolucionado. Allí se ha mantenido la técnica exactamente igual, dejando los drenajes y usando cuatro incisiones sistemáticamente desde hace ya muchos años. La diferencia es que nosotros, en un periodo de tan sólo tres años, hemos hecho más de doscientos casos, mientras que en Sevilla han hecho cuatrocientos en quince años. De este modo, nuestra pro-



La presentación tuvo lugar en un abarrotado salón de actos del Colegio de Médicos | EDUARDO PÉREZ

Personas mayores y grupos de riesgo serán los más beneficiados con el sistema

## El grupo pionero de videocirugía torácica presentó en el Colegio de Médicos su nueva técnica

A CORUÑA/LA VOZ. Un abarrotado salón de actos del Colegio de Médicos acogió ayer la presentación en sociedad de la Unidad de Cirugía Torácica Mínimamente Invasiva, impulsada por los doctores Diego González Rivas, Mercedes de la Torre Bravos y Ricardo Fernández Prado para ofertar técnicas pioneras al conjunto de los hospitales privados de A Coruña. «Por ahí están dando fútbol», advertía una de las asistentes a Diego González cuando este se situaba delante del micrófono para ofrecer una didáctica explicación sobre la nueva técnica.

La nueva unidad, la primera de estas características que se pone en marcha en España, según destacó en la presentación, se ha constituido como sociedad limitada profesional con el objetivo de convertirse en centro de referencia para pacientes del conjunto del Estado, e incluso de otros países, a los que se tratará mediante el convenio con

compañías de seguros médicos y mutualidades.

El joven equipo de cirujanos, que trabaja en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, se ha formado, básicamente en tres centros médicos de Los Ángeles, Nueva York y Carolina del Norte, lugares donde mayor implantación tiene la cirugía torácica mínimamente invasiva, por lo que cuentan con experiencias en avances significativos de la cirugía del cáncer de pulmón, ya que han llevado a cabo los primeros casos del mundo de resección de lóbulos pulmonares mediante una sola incisión de cuatro centímetros, sin necesidad de abrir grandes incisiones costales.

Este método, que los especialistas realizan introduciendo una microcámara en la cavidad torácica para poder ver el campo quirúrgico a través de un monitor, reduce sensiblemente no solo el dolor posquirúrgico, sino también el riesgo de complica-

ciones y el tiempo de hospitalización, ya que los pacientes pueden recibir el alta a las 48 horas de la operación. En este sentido apuntó que la media hasta el momento es de tres días de hospitalización y destacó el importante ahorro que esto supone.

Otra de las ventajas que relacionaron es que con esta técnica se puede intervenir quirúrgicamente a los pacientes de mayor edad, «personas de 85 años sin ningún problema», y pacientes de alto riesgo; ambos «son los dos grupos que más se beneficiarán», explicó Diego González, que se remontó al inicio de esta técnica hace un siglo, aunque su mayor desarrollo se produjo en los últimos 20 años.

Reconoció que se trata de «una técnica compleja y difícil» si bien con ella se puede hacer «la misma cirugía que abriendo» pero con muchas menos contraindicaciones. También presentaron su página web: [www.videocirugiatoracica.com](http://www.videocirugiatoracica.com).

CIRUGÍA MÉTODO PIONERO DE EXTIRPACIÓN DE LÓBULOS PULMONARES

## Nueva unidad privada de videocirugía torácica

→ Cirujanos torácicos del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña se han asociado para crear una unidad privada de cirugía torácica mínimamente invasiva para potenciar la videocirugía en patología del pulmón.

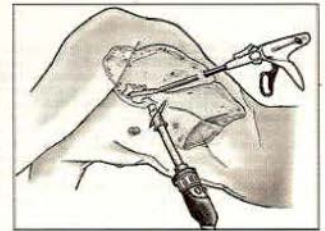
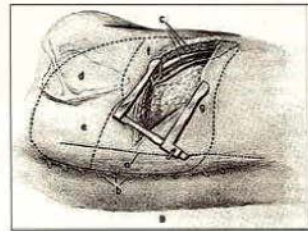
■ **María R. Lagoa** Vigo Mercedes de la Torre Bravos, Diego González Rivas y Ricardo Fernández Prado, cirujanos torácicos del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (Chuac), han formado una sociedad para crear una nueva unidad privada de cirugía torácica mínimamente invasiva, que se presentó ayer en el Colegio de Médicos de La Coruña. Los tres cirujanos, avezados en cirugía abierta y toracoscópica, están convencidos de que los métodos videoasistidos y la robótica serán protagonistas en el futuro. Consideran que la videocirugía tiene un potencial enorme que está sin explotar en España y en Europa, donde la utilizan sólo el 8 y el 10 por ciento de los cirujanos, respectivamente, mientras que en Estados Unidos, donde surgió hace

15 años, el porcentaje es del 25 por ciento.

Diego González atribuye la escasa implantación en el continente europeo a que la curva de aprendizaje es larga y compleja, de un mínimo de 60 casos. Considera que el 90 por ciento de la patología del pulmón, benigna y maligna, se puede abordar con estas técnicas, y adelanta que éste será precisamente el objetivo de la nueva unidad: "Nosotros pensamos que se puede hacer mucho más de lo que se hace. La mayor parte de los pacientes se pueden abordar de esta manera y dejar para la cirugía abierta los casos en que la extracción de la pieza no se puede hacer mediante una incisión pequeña. Nosotros estamos operando tumores avanzados, en estadios 3 y 4".

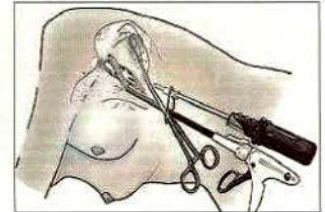
El Chuac y el Hospital

Virgen de La Macarena son los grandes hospitales españoles con más experiencia en videocirugía. El primero acumula ya 230 casos. La toracoscopia se basa en producir la menor agresión posible al paciente. La intervención se realiza por dos incisiones: una para el instrumental y otra para el toracoscopio. Con la nueva técnica que ha desarrollado este equipo se hace una única incisión para resecciones pulmonares mayores. En principio, se trata de una técnica válida para lobectomías inferiores o medias, pero el grupo ya tiene diseñado el procedimiento para los lóbulos superiores. Mediante una incisión anterior de unos 4 cm, generalmente a nivel del quinto espacio intercostal, se introduce el instrumental quirúrgico y la óptica, realizando todo el



### Intervención simplificada

Las tres imágenes muestran la evolución quirúrgica partiendo del abordaje clásico por toracotomía para pasar a uno videotoracoscópico a través de dos incisiones -en la mayoría de los casos- y con sólo una incisión en lesiones localizadas, sobre todo en lóbulos inferiores. Si el caso es muy complejo, a veces se realiza una tercera incisión. Las ventajas respecto al abordaje clásico por toracotomía han sido demostradas en varios trabajos.



proceso por esta vía de entrada. La lobectomía con la linfadenectomía no difiere de la realizada por dos o tres incisiones. Se extrae el lóbulo en una bolsa protegida y se deja un único drenaje por la incisión en la parte posterior de la herida siguiendo las pautas descritas previamente para retirada y alta.

### Menos complicaciones

La ventaja de hacer una única incisión es que sólo se abre un espacio intercostal, lo que minimiza el dolor

postoperatorio y las complicaciones. Según Diego González, la respuesta inmunológica se reduce debido a una menor agresión, lo que puede tener implicaciones oncológicas a largo plazo en cuanto a supervivencia.

El equipo ha operado a cuatro pacientes en el Chuac con este método y buenos resultados. También lo ha presentado con éxito en el congreso internacional de Edimburgo, donde han entablado contactos con compañías americanas para

actuaciones con una sola vía. El objetivo es extender el uso de este procedimiento y de la videocirugía en el ámbito privado. Por ahora, opera en tres hospitales de La Coruña gracias a acuerdos con aseguradoras sanitarias: San Rafael, Modelo y Santa Teresa. Aspira a intervenir a pacientes de otras comunidades e incluso de Europa. Dispone, además, de una web -www.videocirurgiatoracica.com- en la que presenta la unidad y las técnicas que emplea.

**Alexandra Moledo**

A CORUÑA

A Coruña cuenta con la primera unidad privada de Videocirugía Torácica Mínimamente Invasiva, que realiza intervenciones con esta técnica en todo tipo de patologías torácicas. El cirujano, Diego González Rivas, trabaja con Mercedes de la Torre y el leonés Ricardo Fernández en este proyecto. El equipo opera en tres hospitales de la ciudad: el Modelo, el San Rafael y el USP Santa Teresa. Los facultativos han sido los primeros en el mundo en realizar intervenciones en lesiones pulmonares localizadas en los lóbulos con una única y mínima incisión. González Rivas ve en el camino hacia la mínima incisión el futuro de la cirugía torácica.

—¿Qué es la videocirugía?

—Es una técnica para operar las resecciones pulmonares mayores mediante unos orificios muy pequeños de unos cuatro centímetros en el tórax, casi siempre a un nivel de cinco grados del espacio intercostal. Por estos agujeros se introduce una microcámara y el instrumental necesario mientras se realiza todo el procedimiento mirando al monitor. Lo que nos convierte en pioneros en todo el mundo, es que extirpamos tumores de pulmón, método que se conoce también como lobectomía, en una única incisión. Este proceso poco agresivo se emplea en las operaciones “menores”, es decir, en lobectomías inferiores y medias con una incisión de entre uno y tres centímetros.

—¿Qué patologías se pueden intervenir con esta técnica?

—La videocirugía se puede usar en todo tipo de patologías benignas que se encuentren dentro de las cavidades torácicas. El método es efectivo en la extirpación de tumores de pulmón o lobectomías, cáncer de mediastino tanto anterior como posterior, biopsias pulmonares, intervenciones para reducir el volumen pulmonar, además de cirugías de la pleura, del neumotórax y del nervio simpático torácico.

—¿En qué casos se desaconseja operar con una sola incisión?

—La técnica de la única incisión se practica en los lóbulos inferiores y medios porque para los superiores seguimos empleando dos orificios. Con los avances que hemos logrado en estos años, es raro que haya que proceder con operaciones con tres o más vías. En tumores muy avanzados o en ganglios demasiado grandes, la localización anatómica puede dificultar la incisión y a ve-

Los avances en las operaciones de cáncer de pulmón no cesan y una de las últimas novedades es obra de un centro coruñés. El equipo de la unidad de Videocirugía Torácica Mini-

mamente Invasiva, del que forma parte el cirujano Diego González Rivas, ha sido el primero en el mundo en extirpar un lóbulo con una única incisión. Hasta ahora, estas interven-

ciones se realizaban con un mínimo de dos vías para introducir la cámara de vídeo y el instrumental. La técnica es menos invasiva y el paciente se recupera más rápido

## DIEGO GONZÁLEZ RIVAS

Cirujano torácico del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Chuac)

# “El futuro de la cirugía torácica se dirige a la mínima invasión”

“Hay pocos centros de Europa que realicen este método para la cirugía del cáncer de pulmón y casi siempre con tres o cuatro vías. Somos los únicos que operamos con una sola entrada”



El cirujano Diego González Rivas. / L.O.

ces no queda otro remedio que recurrir a la cirugía abierta. Pero en el 98% de los casos, se puede proceder con dos vías.

—¿Qué ventajas presenta la cirugía mínimamente invasiva frente a la convencional?

—Gracias a que la intervención es menos invasiva, el paciente se recupera más rápido. En la mayoría de estas intervenciones, al cabo de 48 horas se suele dar el alta y eso también favorece a los que tienen que someterse a un tratamiento de quimioterapia, porque pueden recibirlo antes. Las ventajas son infinitas: menor dolor postoperatorio, mayor recuperación funcional a largo plazo, un mejor

resultado estético y menos complicaciones en el postoperatorio, porque son poco frecuentes los sangrados y las infecciones. Además, favorece la respuesta inmunológica a la enfermedad y el organismo está más preparado para hacerle frente. En una cirugía abierta hay que hacer un corte de unos quince centímetros y separar las costillas entre ocho y diez centímetros. Estos cortes son los que más problemas y dolores provocan después de la operación y los que ralentizan la recuperación.

—¿Qué experiencia tienen los integrantes de su unidad de videocirugía en este tipo de intervenciones?

—Los tres cirujanos hemos tratado a más de 200 pacientes con videocirugía y tenemos una larga experiencia en el servicio de Cirugía Torácica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Chuac). En mi caso, he aprendido las bases del proceso en Estados Unidos hace cuatro años. Me impregné de las técnicas de Los Ángeles, donde se usaba la toracoscopia o cirugía torácica vídeo asistida sólo para los procedimientos mayores. Una vez aquí, desarrollamos nuestro propio método, dirigido a la videocirugía mayor. Comenzamos a practicar con intervenciones en las que empleábamos dos orificios y hace tres meses pro-

bamos con una sola incisión, lo que nos convierte en pioneros.

—¿Por qué hay tan pocos centros que se atreven con la videocirugía?

—Existen muchos estudios que demuestran las ventajas de este abordaje, pero a pesar de este hecho hay pocos centros en Europa que realizan este procedimiento de forma sistemática para la cirugía del cáncer de pulmón. La curva de aprendizaje es complicada y requiere una media de entre cincuenta y sesenta casos. Nosotros en el Chuac hemos operado a unos 240 pacientes, aprendizaje que perfeccionamos ahora desde nuestra unidad de videocirugía. En Estados Unidos el 30% de los tumores de pulmón se intervienen por la toracoscopia y en Europa, el un 10%, casi siempre por tres vías. Un equipo de Sevilla también usa la videocirugía para operar el cáncer de pulmón pero con cuatro entradas y nuestra unidad ha evolucionado hasta poder operar con un solo orificio. En centros de Zaragoza, Alicante y Madrid están empezando a experimentar con esta técnica, todavía ahora con la videocirugía.

—¿Cuáles son los retos a corto plazo de esta unidad?

—Desde la unidad trabajamos para ampliar nuestro abanico de pacientes y desarrollar la cirugía por una vía en los lóbulos superiores, es decir, en los tumores localizados en la parte de arriba del pulmón. Hasta ahora, las lobectomías con una incisión se realizan solo en los lóbulos inferiores. Al principio tratábamos cánceres iniciales y ahora también algunos avanzados.

**Innovación**  
**Un lóbulo pulmonar, extirpado con una única incisión**

Un equipo de cirujanos del Complejo Hospitalario A Coruña ha publicado en el último número del 'European Journal of Cardio-Thoracic Surgery' la primera extirpación del mundo de un lóbulo pulmonar —afectado por cáncer de pulmón— a través de una única incisión. [www.videocirugiatoracica.com](http://www.videocirugiatoracica.com)



# VIDEOCIRUGÍA

## Menos es más

Nace en La Coruña la primera unidad de cirugía torácica invasiva que permite extirpar tumores en el pulmón a través de una única incisión de cuatro centímetros. El paciente recibe el alta a las 48 horas de la intervención

POR N. R. C.

**S**i al Rey le hubieran extirpado su nódulo pulmonar en La Coruña probablemente podría haberse despedido del hospital después de dos o tres días de ingreso. Lesiones como la suya y otros tumores se empiezan a extirpar con técnicas sofisticadas que dejan la mínima agresión en los enfermos intervenidos. Tres cirujanos —Mercedes de la Torre, Diego González Rivas y Ricardo Fernández Prado— del Complejo Hospitalario de La Coruña son pioneros en la utilización de una única incisión para extraer tumores pulmonares. Lo hacen con la ayuda de una

### Para quién

1. Pacientes con lesiones en el lóbulo inferior del pulmón. Para los tumores en el lóbulo superior se necesitan todavía dos pequeñas incisiones.
2. No importa la edad. La cirugía mínimamente invasiva permite tratar a personas de edad avanzada y con enfermedades asociadas que antes se descartaban por la agresividad de la intervención.
3. Se pueden extirpar tumores de hasta 8 centímetros por una única vía.

cámara, que se convierte en el ojo del cirujano, y un instrumental adaptado para moverse con pericia por un orificio de 4 centímetros. El acceso por una única vía hace innecesario separar las costillas y afecta en menor medida a la musculatura de la pared torácica, agresiones que afectan a la recuperación del enfermo. Al despertar sienten menos dolor, no tienen miedo a toser, se facilita la expectoración y se mejora la capacidad respiratoria. En dos o tres días el paciente puede recibir el alta.

«Los resultados nos indican que la videocirugía es igual de eficaz que la cirugía abierta. Con la videocámara podemos llegar a zonas más profundas y difíciles de ver a simple vista», explica Diego González Rivas.

Existen muchos estudios que demuestran las ventajas de los abordajes mínimamente invasivos comparados con las operaciones clásicas. A pesar de este hecho existen pocos centros en Europa que realizan esta técnica de forma sistemática para la cirugía del cáncer de pulmón. Esto es debido a la complejidad de la técnica y a la dificultad en la curva de aprendizaje. En Europa menos del 10% de los cirujanos realizan cirugía torácica a través de 2-3 incisiones. Por una única vía solo lo hace el equipo de cirujanos gallego.

### Menos infecciones

El interés por reducir las cicatrices no obedece a fines cosméticos. El objetivo es reducir la agresión sobre los enfermos y acelerar su recuperación. A menor agresión hay también menos riesgo de tener complicaciones quirúrgicas e infecciones.

Esos beneficios serían válidos para todos los pacientes, aunque las técnicas de mínima incisión apoyadas en videocirugía beneficiarían sobre todo a los pacientes de mayor edad. «Nos permite tratar a pacientes que no eran operables por su avanzada edad y porque sufrían enfermedades asociadas».

De momento esta técnica de única incisión, se hace solo para los tumores que se sitúan en las zonas inferiores del pulmón. Las lesiones que se sitúan en el lóbulo superior aún necesitan dos cortes, uno para introducir el instrumental y otro para la cámara. Aunque se está poniendo la técnica a punto para abordarlos por una única vía. De hecho, los cirujanos de La Coruña están a punto de publicar la extirpación completa de un tumor por una incisión de 4 centímetros.



Los cirujanos gallegos durante una intervención asistida por videocirugía

Más información en:  
[www.videocirugiatoracica.com](http://www.videocirugiatoracica.com)