

12/9/2011

"La primera paciente a la que reimplanté la mano hace ganchillo"

Hace ya 30 años, el doctor Pedro Marquina, jefe de la Unidad de Microcirugía del hospital MAZ de Zaragoza, llevó a cabo el primer reimplante de una mano amputada. Desde entonces, el doctor Marquina y el propio centro hospitalario se han convertido en referentes europeos en este tipo de intervenciones.

Zaragoza.- Un reto. Eso es lo que vio el doctor Pedro Marquina, hace ya 30 años en la mano de Rosa, arrancada y destrozada por una guillotina de papel. Un desafío que el actual jefe de la Unidad de Microcirugía y Cirugía de la Mano del hospital MAZ, entonces un becario, decidió afrontar y del que salió vencedor. Su paciente ha sido capaz de llevar una vida prácticamente normal, incluso es capaz de hacer ganchillo.

Su victoria llevó, tanto al propio doctor Marquina como al hospital MAZ, a convertirse en referentes tanto nacionales como europeos en este tipo de técnicas quirúrgicas. De hecho, Pedro Marquina dirige un curso de Microcirugía por el que ya han pasado más de 2.000 profesionales.

Pedro Marquina, como no puede ser de otra manera, se define como un perfeccionista al que le gusta más la calidad que la cantidad. Vela hasta el límite por las manos de sus pacientes que, a base de pericia y precisión, casi resucita. Sin embargo, con las suyas sólo es cauteloso. En esta entrevista reflexiona sobre los aspectos no sólo técnicos sino también emocionales de su actividad profesional.

Pregunta.- ¿Cómo recuerda su primera operación de reimplante de mano de la cual se cumplen 30 años?

Respuesta.- Fue todo un reto. Fue una operación que empezó un 21 de julio y acabó el día 22 y que nunca había hecho, ya que se trató de una amputación de una mano por una guillotina. Vi que era un buen caso porque se trataba de una paciente de 21 años que además no era fumadora.

Pedí la mano, tuvieron que ir a una imprenta de Las Fuentes. La amputación era limpia y que podía reimplantarse. Decidí luchar y después de 14 horas, que a mí se me hicieron mucho más cortas, la mano recuperó color y función. Rosa, que así se llama la paciente, ha trabajado en una empresa de cableado y hace ganchillo. Tiene sensibilidad discriminativa (distingue, por ejemplo, frío y caliente), incluso estéticamente, apenas se nota que es una mano reimplantada.

P.- ¿Cómo han evolucionado estas operaciones?

R.- Ha cambiado mucho la tecnología sobre todo en los métodos ópticos de amplificación. Ahora los microscopios son de enfoque automático son capaces de adaptarse a las características de visión como la distancia interpupilar de

cada cirujano. También la calidad de imagen ha aumentado, incluso eliminan los reflejos.



El doctor Marquina dirige el curso de Microcirugía del hospital MAZ

P.- ¿Tiene cuantificado el número de operaciones de este tipo que realiza? ¿Y la tasa de éxito?

R.- La Microcirugía se utiliza a diario en la MAZ. Por ejemplo, a alguien que cortando jamón se ha cortado un tendón se le hace Microcirugía. Caso aparte son los accidentes graves de mano, que han disminuido notablemente. En primer lugar porque antes la MAZ era el único punto de recepción de este tipo de accidentes y ahora en otros centros ya hay profesionales que se han formado con nosotros.

Otro de los factores que han influido en el descenso de accidentes es la mejora en las condiciones de seguridad de las máquinas. Antes había muy poca protección y era muy fácil dañarse una mano. Ahora hay que traspasar más barreras.

Por supuesto, la crisis también ha afectado en este sentido. Para que haya accidentados tiene que haber trabajadores, al caer el sector de la construcción desciende el número de accidentados dentro de este colectivo.

P.- ¿Cuáles son las causas de este tipo de traumatismos?

R.- Las principales causas se dan en el entorno laboral (en torno al 85%), aunque también se dan a la hora de practicar algunos hobbies o deportes de riesgo donde se producen lesiones. Otra de las causas más importantes de estos traumatismos son los accidentes de tráfico. Sobre todo de motoristas que al caer impactan con los postes de los quitamiedos que eran de aristas.

P.- ¿Cómo hay que actuar ante un accidente que causa la amputación de un miembro?

R.- Cuando ha habido una amputación, lo primero es atender al paciente y cortar la hemorragia, comprimiéndola. Yo soy partidario de evitar los torniquetes porque pueden hacer excesiva compresión. Es preferible poner un paño y comprimir con la mano.

Hay que avisar a un centro de reimplantes para avisar de que se traslada un miembro, que debe ir envuelto en un paño y metido en una bolsa con hielo. Así aguanta hasta un período de seis o doce horas. El hielo no debe estar en contacto con el miembro amputado porque se quema el órgano.

P.- ¿Recomendaría esta intervención por motivos estéticos?

R.- Hay que ponerse en la situación. No hay que olvidar que la cara y la mano son sociales. Cuando nos presentan a alguien, lo primero que miramos es la cara y lo segundo que hacemos es estrechar la mano. Evidentemente, las mujeres quieren función y estética. Sin embargo, los varones aluden menos a motivos estéticos.

P.- En esa situación, ¿prima el criterio del médico o el del paciente?

R.- Creo que lo que debe de primar es el criterio del médico pero conforme evoluciono en mi actividad, cada día soy más respetuoso con lo que quiere el paciente.

Yo puedo ofrecer reconstruir una mano a un límite muy elevado quirúrgicamente y esa reconstrucción quizá no quede a gusto del que la tiene que llevar. Me ha ocurrido que con alardes quirúrgicos la persona no ha quedado a gusto y a lo mejor con una cirugía más sencilla hubiera sido suficiente.

Por ello, antes de la intervención converso mucho con el paciente, me intereso por su profesión, por sus hobbies, por lo que le gustaría o lo que no le gustaría. Eso te da el éxito. Hay que respetar mucho el criterio del paciente.

P.- ¿Aunque eso suponga renunciar a la funcionalidad?

R.- En casos de mujeres, alguna chica me ha pedido mantener un dedo estirado. Eso es muy poco funcional porque tropieza con todo, pero lo han preferido así porque es más estético.



En la cirugía secundaria, es decir, pasada la más urgente, yo le pregunto a los pacientes en qué posición quieren tener los dedos. Si a un relojero le pongo un dedo estirado, es un fracaso, porque un relojero necesita pinza fina para poder poner un tornillo pequeño, entonces le tengo que dejar el dedo en posición funcional, pero para una chica joven, que es otro perfil de paciente, es fundamental la estética.

En la mano hay conductos de menos de un milímetro de grosor

P.- ¿Cuál es la diferencia entre un reimplante o un trasplante? ¿Cuál es el matiz ético?

R.- Hay que matizar muy bien la diferencia. Un reimplante es volver a colocar la propia mano, mientras que un trasplante es incorporar un órgano de una mano de otra persona. En algunos casos los trasplantados no aceptan llevar órganos de otros. Para ello, es necesario someter al paciente a estudios psicológicos muy bien hechos ya que no es fácil tolerar un órgano de otra persona. De hecho, en Estados Unidos, puede haber un paciente de cada 200 capaz de asimilar esto.

En lo que respecta a la técnica, es mucho más sencillo hacer un trasplante que un reimplante. Si una persona se destroza una mano, yo tengo que reimplantar una mano destrozada que hay que reparar. Sin embargo, a la hora de hacer un trasplante yo cojo un órgano nuevo y extraigo lo que necesito a nivel de tendones, nervios...

P.- ¿Cuál es la intervención más difícil que ha llevado a cabo?

R.- En este sentido recuerdo a D. Ricardo Lozano quien en la facultad nos

evocaba a otro gran cirujano a nivel mundial que afirmaba que la operación más fácil que había hecho era una apendicitis y la más difícil también era una apendicitis. A nivel de Microcirugía hay que pensar que cuando reimplantamos un dedo suturamos capilares de menos de un milímetro de grosor. Por ahí tiene que pasar la sangre, porque si la sangre no circula, se produce un trombo.

Para poder hacerlo, hay que estar bien entrenado. Afortunadamente, en la MAZ contamos con un laboratorio experimental con ratas en el que practicamos si estamos durante un periodo de tiempo sin operar. Es algo parecido a los deportistas, que deben entrenar para no salir a hacer el ridículo al campo. Nosotros entrenamos en el laboratorio.

P.- ¿Cuál es el reto de futuro de este tipo de cirugías?

R.- Por ejemplo, un chapista de coches cuando hay un siniestro, pide una pieza y se la mandan nueva. Los médicos no podemos hacer esto. Cuando trasplantamos una parte del cuerpo de un fallecido, es necesario poner inmunodepresores para que el trasplantado no rechace el órgano nuevo.

El reto es que, a nivel inmunológico, podamos poner “piezas nuevas” de personas sin tener que recurrir a la inmunosupresión, que incrementa el riesgo de contraer otras enfermedades e incluso de fallecer por infecciones banales ya que se reducen las defensas.



Los microcirujanos mantienen su técnica y pulso practicando con ratones

La cuestión que se plantea es si a una persona a la que se le va a trasplantar está dispuesta a asumir ese riesgo.

Probablemente por una sola mano no. Pero ¿si le faltan las dos y necesita a una persona que le tenga que auxiliar en todo? A lo mejor no compensa vivir así, y asume el riesgo. Cuando se trata de órganos vitales, como un corazón, un hígado o un fallo renal, la decisión es fácil porque si no te operas, te mueres, pero cuando se trata de una mano, la decisión debe ser muy prudente y muy tranquila.

Espero que llegue un momento en que por medio de una pastilla o algo muy simple la inmunosupresión sea selectiva para unos tejidos determinados y a la vez puedas reconocer un virus. Eso será un avance tremendo porque en España en donaciones estamos muy bien. La gente dona órganos vitales, como el páncreas, el hígado, así que seguro que donarían sus manos o sus pies y mucha gente podría beneficiarse.

P.- ¿Qué opina de las prótesis biónicas?

R.- Son unos aparatos altamente tecnológicos, son manos muy perfectas pero no tienen sensibilidad. Yo preferiría tener mi mano para tener sensibilidad y evitar la sensación de mutilación que tiene una persona que lleva una prótesis.

Son prótesis muy caras, y hay que tener un alto grado de inteligencia para adaptarse a estos aparatos, que funcionan con sensores en la piel que responden a estímulos del antebrazo. Eso sí, yo he visto pacientes hacer reconstrucciones de armas antiguas con estas prótesis.

También es muy importante que a los niños que pierden una mano se les pongan las prótesis cuanto antes ya que su cerebro asimila la sensación de bimanualidad. Si a un niño le pones la prótesis a los 16 años, no le sirve de nada porque ya se ha acostumbrado a desenvolverse con una sola mano. Es preferible que el niño se vea desde el principio con dos manos aunque una la maneje poco.

P.- Usted dirige un curso de Microcirugía, ¿cómo está la formación en este ámbito?

R.- Nuestro curso lleva 25 años y puede ser el más antiguo de España. Por él han pasado más de 2.000 profesionales y tiene un alto nivel de demanda ya que quien no puede asistir un año, asiste al año siguiente. Es un curso realmente bueno ya que en una semana se repasa toda la patología más frecuente de la mano y todas las tardes, hasta totalizar 20 horas, practican Microcirugía.

Evidentemente, en 20 horas no se aprende a hacer suturas con calidad y que funcionen, pero plantamos una semilla en cada cirujano que viene, que es perfeccionista y que tiene la inquietud de mejorar.

P.- Hemos hablado de las manos de sus pacientes, pero ¿cuida usted las suyas de una manera especial?

R.- No me las cuido demasiado, aunque sí que tengo algunas precauciones. Mi mujer me echa la bronca cuando hago lo que no debo como ir en moto o hacer algo de jardinería. No obstante, tengo cautela.

P.- ¿Es perfeccionista en su vida?

R.- Soy especialmente perfeccionista. No sé ver un cuadro torcido, mi armario está perfectamente ordenado... He llevado mis manías profesionales a la vida diaria en cuanto a perfeccionismo. Me gusta todo en su sitio y bien hecho. Me gusta la calidad y no la cantidad.



Pedro Marquina se describe como un perfeccionista