

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN**

DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

**D. Francisco Gomar Sancho**



EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA,  
EXCMOS. E ILMOS. SRS. ACADÉMICOS,  
SEÑORAS Y SEÑORES:

SIN DUDA, el acto más importante que periódicamente celebra esta Real Academia es el ingreso de un académico electo. Siempre es para todos nosotros una alegría la incorporación de un nuevo académico, como lo es el Dr. Carlos Carbonell Cantí, profesor numerario de la Universidad de Valencia, pero en ese caso la alegría es doble, pues se incorpora también a la Academia una nueva especialidad médico-quirúrgica, la Angiología y Cirugía Vascolar.

Por deferencia de nuestro Presidente me ha correspondido leer el discurso de contestación. Puede resultar extraño que sea yo, siendo mi especialidad médico-quirúrgica tan distinta al del nuevo académico, pero puedo asegurarles que hay motivos más que suficientes y que me siento profundamente agradecido y honrado por esta designación. Un primer motivo es la amistad que me une al profesor Carbonell, heredada en gran parte, como el recordó, por la gran amistad y respeto mutuo que tuvieron nuestros padres.

Un segundo motivo, el más importante, es poder saldar parte de mi deuda con el profesor Carlos Carbonell Antolí, uno de los maestros que mayor huella dejaron en mi formación como cirujano. Cuando inicié mi residencia de Traumatología y Cirugía Ortopédica en el Hospital Clínico de Valencia, las normas establecían que debía realizar mi primer año de formación en el Servicio de Cirugía General dirigido por el profesor Carbonell, que entonces incluía todas las especialidades quirúrgicas menos la mía y la neurocirugía.

Como en su día recordé en mi discurso de ingreso en esta Real Academia, la acogida que tuve de su parte fue realmente extraordinaria e inolvidable; hombre de carácter entrañable me dio toda clase de facilidades para iniciarme en la cirugía, pero sobretodo me enseñó verdadero sentido de la cirugía. Sus actos quirúrgicos estaban siempre presididos por una mentalidad fisiopatológica, el «por qué» y el «cuándo» eran

tan importantes como la propia técnica, así como el estudio previo del paciente y el postoperatorio. Decía en aquél discurso que con él me aprendí a ser médico antes que cirujano. Tan cómodo estaba en su Servicio que la estancia prevista para un año se alargó hasta dos años y medio. Además, hoy tengo que confesar que estuve a punto de cambiar mi vocación de traumatólogo a cirujano vascular.

Como comprenderán esta es una tercera razón para estar hoy feliz contestando el discurso de ingreso del profesor Carlos Carbonell Cantí. La cirugía vascular no fue para mí sólo una simple atracción, sino que conseguí una aceptable casuística clínica, lógicamente dentro de los límites que se le permitía a un residente avanzado. Realicé en el último año de ese periodo formativo más de 100 fistulas arteriovenosas y resolución de sus complicaciones, en pacientes sometidos a hemodiálisis, y luego, ya en el Servicio de Traumatología, hasta que obtuve la Cátedra de Sevilla, estuve tratando todas las complicaciones vasculares de las fracturas con técnicas de bypass, tanto en troncos arteriales como en gruesos troncos venosos de los miembros inferiores.

Justificada y agradecida mi elección paso a destacar los méritos de quien es hoy el protagonista.

El profesor Carlos Carbonell Cantí, finalizó su licenciatura en Medicina y Cirugía en 1971, de forma brillante, con un excelente expediente académico, el que destaca el Premio Peregrin Casanova de Anatomía y el Premio Extraordinario de Licenciatura.

Inmediatamente se incorporó a la Cátedra y Servicio Clínico del profesor Carbonell Antolí donde adquirió una amplia formación en cirugía general. Durante esa primera etapa de su formación quirúrgica, en el Servicio del profesor Carbonell Antolí había un interés creciente en la cirugía cardiovascular tanto a nivel clínico como experimental. Gran parte de la actividad quirúrgica que D. Carlos Carbonell y del profesor Gomez Ferrer estaba dedicada a la cirugía vascular. El entusiasmo que sobre ella había en esos años contagiaba a los jóvenes cirujanos en formación; como mencioné anteriormente yo fui uno de ellos y a punto estuve de dedicarme a ella renunciado a la traumatología.

No es de extrañar que en ese ambiente clínico y científico el profesor Carbonell Cantí orientase su vocación a la cirugía cardiovascular y decidiese ampliar su formación en esta área quirúrgica para finalmente centrarse en la angiología y cirugía vascular, donde ha alcanzado las mayores cotas profesionales con una ingente labor clínica y científica, que hoy se le reconoce con su ingreso en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.

Completó su formación durante el periodo 1975-1976 en calidad de Senior House Officer, en el Walsgrave General Hospital de Coventry, Inglaterra en el Servicio de Cirugía Torácica que dirigía Mr. Roger Abbey-Smith prestigioso cirujano torácico del Reino Unido.

Posteriormente, a su vuelta a Valencia se encargó de la puesta en funcionamiento de la entonces sección de Cirugía Cardiovascular dentro de la Cátedra de Cirugía que dirigía el profesor Carbonell Antolí. Sembró así el germen del actual Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínico.

Gracias a su labor se implementó la cirugía arterial directa desarrollando valiosos protocolos para el tratamiento de la isquemia crónica de las extremidades, la isquemia carotídea y el tratamiento de los aneurismas de la aorta abdominal.

El profesor Carbonell fue impulsor directo de la puesta en funcionamiento del primer laboratorio vascular que permitió el estudio no invasivo mediante Doppler arterial y venoso. Dicho laboratorio fue un referente nacional en el estudio de la permeabilidad de los by-passes aortofemorales demostrando la importancia funcional de la arteria femoral profunda como vía principal de irrigación de la extremidad inferior.

El desarrollo de la cirugía vascular permitió el crecimiento paralelo de otras especialidades como la radiología vascular intervencionista y junto con el Dr. Almenar del Poyo fue pionero en la realización de las primeras arteriografías y angioplastias en la Comunidad Valenciana. Hoy en día la radiología vascular intervencionista del Hospital Clínico de Valencia, es referente a nivel nacional y todo ello gracias a los puestos puestos por el equipo del Dr. Carbonell.

Posteriormente surgió la necesidad de potenciar la cirugía cardíaca en el Hospital Clínico de Valencia. Para ello el Dr. Carbonell se trasladó al centro Jules Cantini de Marsella, Francia, donde trabajó durante 22 meses con los profesores Jean Houel y Claude Malmejac. Fue a principios de la década de los 80, cuando comenzaba el desarrollo universal de la cirugía coronaria.

A su vuelta a Valencia, su labor fundamental era la creación de un equipo que pusiera en marcha el gran reto de la cirugía cardíaca a corazón abierto en el Hospital Clínico. En este sentido fueron fundamentales algunas de las características del Dr. Carbonell, tales como la gran calidad humana y un enorme sentido de la generosidad.

Así se formaron, cirujanos, enfermeras, perfusionistas y anestesisistas, encabezados por los anestesiólogos profesor Chuliá y el Dr. Barberá. Entre todos consiguieron hacer la primera cirugía cardíaca bajo circu-

lación extracorpórea en el Hospital Clínico de Valencia en junio de 1982. Se cumplía así una de las mayores aspiraciones del profesor Carbonell Antolí.

La labor realizada permitió, además, el desarrollo de áreas médicas que hoy nos parecen cotidianas e imprescindibles tales como la ecocardiografía y la cardiología intervencionista. La introducción de la cirugía cardiaca en el Hospital Clínico, permitió que este centro fuera pionero en la realización de angioplastias coronarias en Valencia, esta vez de la mano del Dr. Luis Insa.

El Dr. Carbonell ha sido el mentor de la formación de numerosos especialistas no solo en el Hospital Clínico de Valencia, pues gracias a su entusiasmo y espíritu universitario se formaron como especialistas en diversos hospitales españoles estudiantes formados en nuestra Facultad de Medicina, a los que fue capaz de despertar su vocación en su especialidad.

Con la llegada de los nuevos tiempos el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínico, se estructuró en dos secciones una de Cirugía Cardiaca y otra de Cirugía Vasculat. El Dr. Carbonell circunscribió su labor asistencial a la angiología y cirugía vascular y de nuevo gracias a su capacidad de crear equipos, desarrolló una parte fundamental hoy en día en nuestro sistema sanitario como es la cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia, en este caso, vascular, en el Hospital de la Malvarrosa.

Es actualmente un referente en su especialidad médico-quirúrgica, por lo que ha sido presidente de la Sociedad de Angiología y Cirugía Vasculat de la Comunidad Valenciana y es vocal electo de la Comisión Nacional de dicha especialidad.

Puesto que mi ejercicio profesional se ha desarrollado en otra especialidad quirúrgica no he tenido la ventura de compartir con él tan fructífera experiencia médico-quirúrgica, ni siquiera en los años que estuve en el Servicio del profesor Carbonell Antolí, puesto que coincidieron con sus años de formación en centros extranjeros. Sin embargo, sí que he tenido la oportunidad de compartir su otra faceta de su actividad profesional, la actividad universitaria. Desde que terminamos nuestra licenciatura ambos, por tradición familiar y por supuesto por vocación, no dedicamos a la docencia e investigación en la Universidad de Valencia. El profesor Carbonell Cantí hizo la tesis doctoral en 1976 y fue Profesor titular de Cirugía en 1979, yo hice lo mismo pero ambas cosas tres años después que él, exactamente la diferencia de edad que tenemos. Parecía que nos hubiesen instalado el mismo programa vital aunque

con distinta cronología. En los primeros años la convivencia universitaria estaba limitada por pertenecer a cátedras de cirugía distintas, pero en 1988 cuando regresé de Sevilla, ya estaba madura una nueva estructura docente universitaria en la que las cátedras perdían protagonismo y la docencia e investigación se concentraban en áreas de conocimiento dentro de los departamentos docentes. A partir de entonces la relación ha sido estrecha y en unas fases como simple compañero y en otras como Director del Departamento de Cirugía, he podido comprobar su amor a la Universidad, su extraordinarias cualidades docentes y su dedicación tanto a la docencia como a la investigación. Desde hace muchos años es el responsable de la docencia de su especialidad, Angiología y Cirugía Vascul ar en la licenciatura, hoy grado, y ha desarrollado una intensa actividad en la formación de postgrado, todo ello acompañado de una valiosa producción científica.

Ha dirigido 17 cursos de doctorado en la Universidad de Valencia sobre avances en Cirugía Torácica y cardiovascular. Ha sido director de numerosas tesis doctorales que obtuvieron la máxima calificación. Es autor de 67 trabajos científicos publicados en revistas de ámbito nacional e internacional, además de varios capítulos de libros y numerosas comunicaciones y ponencias en congresos nacionales e internacionales.

Durante esta dilatada trayectoria profesional ha demostrado numerosas cualidades, pero si yo tuviese que destacar algunas serían, sin menospreciar otras muchas que tiene, su gran capacidad de trabajo, su amor a la medicina y sobre todo su calidad humana. En esta última destaca su sentido de la amistad.

Es tradicional que el nuevo académico, en su discurso de entrada a la Real Academia, haga público su reconocimiento de todos aquellos que han contribuido a su formación y a alcanzar sus éxitos profesionales y científicos que la Academia le reconoce con su elección. Sin embargo, el profesor Carbonell ha querido ir más allá y su agradecimiento lo ha hecho extensivo a su grupo de inseparables amigos, «las ardillas verdes». Es evidente que el concepto de amistad lo sitúa en el primer nivel de su escala de valores.

## **Comentarios al discurso**

El profesor Carbonell, en su discurso sobre le bypass vascular, ha hecho un completo análisis del desarrollo histórico de esta cirugía y nos ha mostrado todos los secretos del bypass, sus objetivos, su téc-

nica y sus resultados, con un profundo conocimiento científico y desde la perspectiva de su gran experiencia quirúrgica con más de 6.000 intervenciones.

Es extraordinario que una técnica tan joven como el profesor Carbonell Cantí, haya alcanzado tan gran difusión y tan alto grado de eficacia.

Históricamente la cirugía vascular fue introduciéndose en los servicios de cirugía general por cirujanos avanzados. Las endarterectomías, bypasses de las arterias periféricas y las complejas cirugías de los aneurismas, fueron incorporándose al quehacer quirúrgico de estos servicios. Los éxitos de esta primera cirugía, unido a las grandes perspectivas de desarrollo que tenía, hizo que algunos se dedicasen casi exclusivamente a ella y naciera así una nueva especialidad.

España fue una de las pioneras en reconocer esta especialidad médico-quirúrgica y ya en 1978, se creó la especialidad inicialmente denominada 'Cirugía Vascular Periférica' (Angiología). Era evidente que este término no recogía una parte de su cirugía que realmente no es periférica como la aorta torácica y abdominal y los troncos carotídeos por lo que la denominación cambiaría a Angiología y Cirugía Vascular.

El espaldarazo final lo recibió esta especialidad cuando se incluyó dentro del sistema MIR con un programa propio de formación. Hoy existen en España 38 Servicios Docentes.

Hoy, la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana reconoce la importancia de esta especialidad y la incorpora en uno de sus sillones, designando para ello a quien hasta ahora era académico correspondiente, el profesor Carbonell.

Gracias a la especialización se ha conseguido en los últimos 30 años un rápido avance de las técnicas de revascularización quirúrgica arterial. Aun recuerdo el primer curso de postgrado que realicé recién licenciado, en uno de los servicios pioneros de cirugía vascular dirigido por el Dr. Barraquer, desgraciadamente fallecido a muy temprana edad, que se había formado en la Escuela de Angiología del Dr. Martorell. Entonces la endoarterectomía era una técnica vigente que competía con el bypass que casi siempre se realizaba utilizando vena safena, las prótesis ya se usaban para los bypasses desde aorta, pero eran esas primeras prótesis no tratadas con gelatina y colágeno como las actuales, con los problemas de sangrado que ya ha expuesto el Profesor Carbonell. Los bypasses que se realizaban se circunscribía al territorio de la aorta terminal hasta la poplítea proximal donde quedaba establecido el límite distal; así pacientes con graves isquemias de tipo IV con buenos pulsos femorales o con pulso poplíteo se consideraban no aptos para esta

cirugía, por los malos resultados del bypass distal y terminaban en amputación.

El desarrollo, tanto de los medios de exploración, como de la técnica quirúrgica y de las nuevas prótesis arteriales fue rompiendo las barreras de esta cirugía. Niveles de obstrucción por debajo de la poplítea hoy se resuelven con bypasses hasta el pie y se salvan miembros con isquemias avanzadas con focos de necrosis distales, con un claro beneficio para los pacientes diabéticos, antes condenados gran número de ellos a la amputación. Como hemos oído, hoy es posible revascularizar una arteria desde cualquier localización: se lleva el flujo sanguíneo desde la aorta a los miembros, desde un miembro inferior al otro, o desde un miembro superior a un miembro inferior, con una tasa de permeabilidad que supera el 75% a los 10 años en la mayoría de casos. Además no es necesario que respetemos el trayecto anatómico del vaso, si hay problemas locales o queremos minimizar la agresión quirúrgica tisular podemos hacerlo con un recorrido anatómico distinto, el llamado bypass extraanatómico tal como nos ha explicado el profesor Carbonell. Por si fuera poco, la cirugía mínimamente invasiva, con pequeñas incisiones, que ha irrumpido en los últimos años toda la cirugía, permite hoy intervenciones vasculares mucho menos agresivas, sin mayores dificultades técnicas y sin peores resultados. Incluso algunos se han atrevido a actuar sobre la aorta con cirugía laparoscópica. También la cirugía robótica empieza a ser una realidad en esta especialidad como en otras muchas.

Es de esperar que en el futuro los resultados mejoren aún más con las nuevas investigaciones dirigidas a desarrollar nuevos injertos que queden «sembrados» con células madre para que recubran la parte interior haciéndola mas fisiológica y por tanto con mejor función a largo plazo. También se trabaja en superficies más lisas que permitan un mejor flujo incluso en calibres pequeños y en prótesis que liberen fármacos que aumenten su permeabilidad.

Sin duda la estrella del desarrollo de la cirugía vascular es el bypass coronario, uno de los avances más importantes que la cirugía ha tenido desde que René Favaloro, en el año 1968 trabajando en la Cleveland Clinic, aplicó el concepto vascular del bypass o pontaje, en la revascularización de las arterias coronarias.

Con humildad que le caracteriza el profesor Carbonell ha dicho al analizar los objetivos del bypass que lo único que consigue es revascularizar, que la arterioesclerosis no se cura. Tampoco se cura la artrosis, ni otras muchas enfermedades y sobre todo no se cura la vejez, pero

afortunadamente la cirugía salva la vida resolviendo sus complicaciones y en todo caso contribuye a la salud del paciente. No debemos olvidar que hoy no se define la salud como ausencia de enfermedad, como hacía antaño, hoy la salud es la situación del bienestar físico y espiritual independiente de los hallazgos anatomopatológicos y este es nuestro objetivo. Lo importante no es la ausencia de enfermedad sino que nos sintamos sanos; en cualquier caso no estamos nadie sanos, somos todos enfermos mal explorados.

La eficacia de la cirugía del bypass arterial es indiscutible, ha salvado numerosas vidas y ha devuelto al estado de salud en su verdadero concepto a muchos pacientes.

Sin embargo, los avances de la medicina han permitido que parte de estos problemas que obligatoriamente debían ser resueltos con una cirugía de derivación vascular, hoy puedan ser resueltos de forma más sencilla, me refiero a la cirugía endovascular.

En la década de 1960 apareció un nuevo enfoque para el tratamiento de las estenosis vasculares, en 1964 Dotter y Judkins realizaron la primera «angioplastia percutánea transluminal». En la década de 1970 se aplica la técnica a la cirugía cardiaca, concretamente Andreas Roland Grünztig en 1977 realiza la primera angioplastia coronaria. El avance fue extraordinario, se conseguía la dilatación de la zona estenosada mediante balón hinchable introducido con catéter, sin necesidad de cirugía abierta. Al principio sus resultados estaban ensombrecidos por una alta tasa de reestenosis, hasta el 50%, pero este problema se minimizó con la implantación intraluminal de unos sistemas metálicos que mantienen abierta la dilatación obtenida, los conocidos *stents*. Los primeros fueron aprobados a finales de los años 80, pero eran sistemas autoexpandibles con una elevada tasa de trombosis aguda. Pero a partir de 1994, apareció el *stent* montado sobre balón de mucho mejor resultado y la cirugía endovascular se generalizó.

Era lógico que un nuevo tratamiento quirúrgico que se puede realizar de forma percutánea, sin amplias incisiones ni prolongadas anestias y con mínima estancia hospitalaria, tuviera una amplia difusión y sea hoy el tratamiento de elección en muchos problemas de obstrucción arterial en prácticamente todas las localizaciones anatómicas. Si a ello añadimos que el desarrollo de los métodos diagnósticos permitirá diagnósticos cada vez más precoces, en los que la cirugía endovascular tiene claras ventajas, es evidente que el futuro de la cirugía vascular se encuentra íntimamente ligado a los tratamientos endovasculares.

Como decía el profesor Carbonell el bypass ha perdido la exclusividad en la cirugía de la estenosis arterial, pero lo que no ha perdido es el protagonismo. En primer lugar porque los casos más difíciles necesitarán ser resueltos con bypass, además de los fracasos y las posibles complicaciones de la cirugía endovascular. En segundo lugar porque el grado de revascularización que alcanza el bypass no solo es más alto sino que además hasta ahora se ha mostrado más duradero. Los criterios de la TASC, (*Tras Atlantic Society Consensus*) establecen claramente cómo hay unas indicaciones precisas del bypass frente a la cirugía endovascular y en muchas situaciones, tanto cirugía endovascular como bypass tienen el mismo peso. Las estenosis largas y las multifocales siguen siendo patrimonio de la cirugía del bypass.

Pero aún hay otra razón importante por la que el bypass no perderá protagonismo, el aspecto conceptual de esta cirugía.

No se puede pretender enfrentar dos tratamientos que son conceptos completamente distintos. La introducción del bypass en la cirugía vascular supuso un cambio radical en esta cirugía, se pasó del concepto de tratamiento local de la lesión, equivalente a la cirugía exéretica, a un concepto funcional que es la cirugía de revascularización. Lo que importa es preservar la integridad anatómica y la función de la parte distal olvidándonos de la lesión local. El diccionario de la Real Academia de la Lengua define el término de bypass como derivación, pero en el idioma popular, muchas veces más rico que el de la Real Academia, utiliza el término de *bypasear* en el sentido de saltar o evitar, que se ajusta más al objetivo del bypass, saltar la lesión para mantener la función vascular distal. Un concepto que se ha extendido a otras cirugías como por ejemplo la mía. Durante décadas hemos estado tratando quirúrgicamente las fracturas actuando sobre el foco fracturario buscando la reducción perfecta y el íntimo contacto entre los fragmentos, sometiénolos a una compresión interfragmentaria, para que a través del foco de fractura se transmitiera la carga. Hoy se prefieren las llamadas osteosíntesis puente, que son sistemas de fijación que, sin tocar el foco de fractura, se anclan firmemente en el extremo proximal y distal del hueso, saltando las cargas transmitidas al hueso la fractura y recuperando inmediatamente la función, aunque en este caso la lesión cura espontáneamente.

La cirugía endovascular en realidad supone una regresión en el concepto del tratamiento de las estenosis vasculares, es volver al concepto de tratamiento local. Por ello, independientemente de los beneficios importantísimos que supone la mínima agresión quirúrgica, desde el

punto de vista de eficacia el bypass sigue siendo el patrón oro, aunque en la práctica clínica quede reservado a las lesiones que no alcanza a resolver la cirugía endovascular o a sus fracasos.

No son tratamientos enfrentados sino tratamientos complementarios y son absurdas las luchas por el protagonismo en la cirugía endovascular entre cirujanos vasculares y radiólogos intervencionistas. Hay que reconocer el protagonismo que desde el principio tuvieron los radiólogos intervencionistas, así en la primera mitad de la década de los 80, la mayor parte de las intervenciones fueron practicadas por ellos. Pero tras la primera implantación de una prótesis por vía transfemoral para el tratamiento de un aneurisma aórtico que efectuó Parodi en 1991, los cirujanos vasculares empiezan a incorporarla a su práctica habitual.

Es cierto que un radiólogo intervencionista tiene mejores medios técnicos y mayor entrenamiento para realizarlas, pero no es menos cierto que una técnica no justifica una especialidad, la justifica una patología en su vertiente clínica, además de la terapéutica. Los especialistas en angiología y cirugía vascular son los que valoran clínicamente al paciente y los que controlan el resultado de las distintas terapias y son los que deben dirigir el proceso y sentar las indicaciones. En cirugía tiene más importancia establecer la indicación quirúrgica que ejecutarla.

Con frecuencia la resolución de un problema vascular requiere técnicas combinadas de cirugía endovascular y bypass y no hay que olvidar que la cirugía endovascular puede tener complicaciones que requieran de la actuación inmediata del cirujano. El radiólogo intervencionista no debe ser considerado como un competidor sino como un miembro más en un equipo quirúrgico de cirugía vascular, encargado de realizar las técnicas endovasculares más complejas. El cirujano vascular tiene y debe tener cada vez más protagonismo en la cirugía endovascular.

Los servicios de angiología y cirugía vascular actuales han incorporado la cirugía endovascular como parte importante de su arsenal terapéutico. El programa de formación actual en esta especialidad así lo contempla y los cirujanos más jóvenes dedican cada vez más tiempo a las técnicas endovasculares. Le preocupa al profesor Carbonell, como nos preocupa a los cirujanos «sénior», la formación en la cirugía abierta, que tiene, y seguirá teniendo, un lugar preferente para resolver muchas patologías, especialmente las más complejas que son las que precisamente requieren una mayor experiencia quirúrgica. El crecimiento de las técnicas percutáneas en detrimento de la cirugía abierta les da menos oportunidades de formación en estas últimas, por otro lado los cirujanos jóvenes se ven más atraídos por las técnicas percutáneas,

el cirujano vascular por las técnicas endovasculares, el cirujano digestivo por la laparoscopia y el cirujano ortopédico por la artroscopia, incluso algunos renuncian a técnicas complejas que consideran obsoletas. Los que tenemos cierta edad y cierta experiencia quirúrgica y dirigimos un servicio clínico, nos encontramos cada vez con más frecuencia con la necesidad de resolver complicaciones con la cirugía clásica que los cirujanos llamados modernos no son capaces, no por falta de habilidad, sino por falta de experiencia. Con frecuencia los jóvenes cirujanos se inician en las técnicas endoscópicas sin suficiente conocimiento de la anatomía quirúrgica que se debe aprender con la cirugía abierta, otros confían en exceso en la información visual que aportan estas técnicas y le conceden mayor rango clínico al hallazgo anatomopatológico que a la interpretación fisiopatológica y a veces actúan sobre ellos sin resolver el verdadero problema clínico; no es de extrañar que cirujanos clásicos identifiquen la cirugía mínimamente invasiva con una cirugía mínimamente resolutive. En cirugía para un buen resultado requiere una buena técnica quirúrgica, pero una buena técnica quirúrgica no garantiza un buen resultado sin una interpretación clínica adecuada.

La formación que hoy debe darse a un especialista en angiología y cirugía vascular los ha recogido muy bien el nuevo académico en su discurso, debe ser global, orientada a conocer la patología vascular con una visión fisiopatológica completa, la historia natural de la enfermedad vascular, los resultados de las distintas terapias, la nueva cirugía endovascular y, por supuesto, la cirugía de revascularización mediante bypass.

Finalizo reiterando mi bienvenida al profesor Carbonell. Es un honor para esta Real Academia recibirlo como nuevo académico, igual que debe ser para él un honor pertenecer a ella. Estoy seguro que su trabajo en su especialidad quirúrgica enriquecerá enormemente la labor científica de esta institución y su disposición para ello está fuera de toda duda.

He dicho.

