

Hijo y nieto de grandes cirujanos, el Dr. Alfredo Die Goyanes (Madrid, 1931) es uno de los grandes pioneros de la oncología quirúrgica en España. Licenciado en Medicina por la Complutense y especialista en Cirugía General por esa universidad, tuvo ocasión de formarse en Francia y Estados Unidos, especialmente en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York, donde llegó a ser 'senior fellow'.

De regreso a España, obtuvo el título de doctor con un trabajo sobre las grandes amputaciones en la cirugía del cáncer y realizó las primeras de éxito en nuestro país. Ha ejercido su labor en el Instituto Nacional de Oncología, el Hospital 12 de Octubre y el Hospital Ramón y Cajal.

Además, ha sido fundador y presidente de varias sociedades oncológicas, entre ellas la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello y la SEOQ, de la que es presidente de honor y poseedor de la primera Medalla de Oro de la Sociedad.

PERFILES DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Dr. Alfredo Die Goyanes

“Si no hay humanismo en la medicina, esta pierde mucho”





En el acto de apertura del primer congreso de FESEO.

—Para comenzar, Dr. Die, nos gustaría repasar con usted su trayectoria. Procede de una notable familia de cirujanos: usted es nieto, por vía materna, del Dr. José Goyanes Capdevila(*) e hijo del Dr. José Die y Mas.

—Mi abuelo fue un gran cirujano, unos de los mejores que ha habido en España y en toda la historia de la cirugía. Y mi padre fue cirujano también, del Instituto Nacional del Cáncer. Además, mi abuelo era un auténtico humanista. Además de la medicina, sabía francés, alemán, latín y griego, arte, y era un buen escritor.

—En aquel tiempo muchos médicos tenían una visión humanista del conocimiento y de su propia disciplina.

—Es que, si no hay humanismo en la medicina, esta pierde mucho.

—A lo mejor esta pregunta es muy obvia, pero ¿dio por hecho desde muy pequeño que iba a ser cirujano?

—Sí, desde pequeño jugaba con mi hermana mayor —que ya falleció— a que ella era la mamá de los muñecos y yo era el médico.

—¿Hay alguien más en su familia que se dedicara a la medicina, en su generación?

—Dos tíos, uno paterno, analista, y otro, el materno, cirujano vascular. Mi hijo menor es cirujano [El Dr. Javier Die] y trabaja en el Hospital Ramón y Cajal.

—¿Cómo recuerda los primeros casos en la Complutense, donde estudió?

—Estudí en la Complutense, fuimos la promoción de vuelta, porque empezamos en San Carlos, pasamos a la Ciudad Universitaria, donde estudiamos las básicas y, luego, cuando llegaron las clínicas, volvimos a la de Atocha. Ahí acabamos.

—¿En que año?

—Empezamos en el 49 y acabamos en el 55. Ya ha hecho más de cincuenta años de que terminaríamos, seguimos reuniéndonos los que quedamos.

—¿Todos los años?

—Pues hay un grupo que nos reunimos todas las semanas a comer y a jugar al mus en la Gran Peña, es un club muy antiguo de toda la vida, un sitio agradable. Somos como 10 o 12, pues desgraciadamente han fallecido muchos. Además, una vez al año hacemos un viaje con un grupo más numeroso. El año pasado hicimos un crucero por el Sena muy bonito.

—¿Cómo recuerda usted el ambiente de aquellos años en la universidad?

—Muy bueno.

—¿Hay algo que haya cambiado?

—Total.

—¿Para bien y para mal?

—Ahora hay más chicas que chicos, primero; segundo, nosotros íbamos con chaqueta y con corbata. Ahora no hay una corbata en la facultad.

—¿Y los profesores?

—Y los profesores eran distintos, sí. Eran señores de gran categoría en general, profesional y personal. Entonces eran más respetados en general.

— ¿Pero el trato era muy distante también?

—El trato era distante, aunque teníamos acceso a ellos.

—Al poco, si no estamos equivocados, usted se va fuera de España, con una beca de Francia, para una breve estadía.

—Sí, en el Instituto del Cáncer de Montpellier estudié cirugía torácica y cirugía oncológica.

—Hablamos de una España que hacía poco había superado la posguerra. ¿Cómo fue el contraste de aquella España con Francia?

—El contraste fue importante. Entonces España estaba muy mal en todo: en política, en economía... en todo, y Francia ya era un país organizado, como lo ha

“[En EE.UU.] hay grupos o sociedades muy fuertes que suenan casi como a especialidad”

sido durante muchos siglos.

—¿Recuerda la primera impresión que tuvo usted cuando llegó a la facultad de allí o a la ciudad, algo que le llamara especialmente la atención?

—Sí, me llamó la atención, aunque yo hablaba el francés bastante bien, pero ya se me ha olvidado casi todo. Después aprendí el inglés. Ahora, si no tengo que pensar en español, pienso en inglés. Bueno, era muy joven, estaba recién casado y con una hija nada más, y aquello fue un cambio importante, y tuve que cortarlo porque murió mi suegro y debí volverme a Madrid. Estuve un par de meses nada más. Poco recogí de lo que era Francia, y de lo profesional y técnico que había ahí, porque no me dio tiempo casi.

—Sin embargo, un año después, sí que llega el gran cambio en su trayectoria, porque usted obtiene una beca Fulbright y se va primero a Washington, al Prince George’s General Hospital.

—Primero a Washington, sí, aunque yo quería ir al Sloan-Kettering Memorial Hospital de Nueva York, pero no me daban plaza. Mis amigos me dijeron: vete, haz un internado rotatorio y luego podrás acceder al Memorial. De modo que me fui a Washington, donde tenía a un íntimo amigo, y resulta que había médicos españoles, sin yo saberlo, como el Dr. Madrid Arias, que estuvo en la Concepción y en el 12 de Octubre, que fue pionero en el tratamiento del dolor aquí en España; y el Dr. César Pedrosa, radiólogo, que estuvo en el Clínico. Excompañero de curso, fue pionero de la radiología en España.

—¿Ellos habían estado antes que usted?

—Sí, ellos se quedaron en otros hospitales de Estados Unidos para hacer sus especialidades.

—Aquí no se había reconocido la especialidad, pero en Estados Unidos ¿no existía ya la especialidad de cabeza y cuello o la de oncología quirúrgica?

—No, tampoco lo son, pero hay grupos o sociedades muy fuertes que suenan casi como a especialidad.



El Dr. Die (arriba, segundo por la izquierda) junto a su grupo de 'fellows' en Nueva York. Sentado en primera fila, tercero por la izquierda, el Dr. Thomas Randall, director del centro.

—Hoy en día es casi obligatorio, para los investigadores y médicos españoles, ir fuera, seguir formándose en otros países. Pero entendemos que en aquella época sería todavía una rareza, ¿no es así?

—Pues sí, éramos pioneros. Como el neurólogo Alberto Portera, ya jubilado, del 12 de Octubre, además de los que ya he mencionado y otro grupo de médicos que fueron luego al Hospital General de Asturias, donde formaron un grupo fenomenal que hizo crecer mucho ese hospital, formado por el Dr. Luis Casals — que fue el director— y también el Dr. Pedrosa, el Dr. Zomeño (hepatólogo), el Dr. Luis del Clos (radioterapeuta), el Dr. Alonso Lej (cirugía cardíaca), el Dr. Capdevilla (cirugía vascular). Formaron un grupo de lujo.

—Vamos a detenernos en ese contraste, que en Francia apenas pudo saborear, pero en Estados Unidos estuvo cinco años. Tuvo tiempo de empaparse.

—Sí, fue mi promoción hacia la cirugía y mi formación personal. Yo estaba aquí bajo la capa de mi padre cirujano y, claro, él me protegía en todos los aspectos como padre y como cirujano —me enseñó a operar— y entonces me fui con el gran enfado de él (ríe), porque se consideró un poco ofendido porque yo me fuera, pero al ver todo lo que había aprendido se quedó muy satisfecho de mi estancia ahí.

—Detallemos. ¿Qué le sorprendió a usted allí?

—Me sorprendió la formación del médico, que es fenomenal.

—¿En qué sentido?

—En el sentido de que a uno le enseñan, le dan responsabilidad, que va siendo progresiva según va uno trabajando más. Es el país del trabajo. Si tú trabajas, no hace falta que seas un Einstein o un premio Nobel, pues si trabajas, te van dando poco a poco. Si tú trabajas, te dan y te dan responsabilidad, te dan personalidad, trabajo, enseñanza, etcétera. Por ejemplo, en el Memorial, cada mes venía una nota del subdirector —que era el encargado de los residentes— que decía: este mes has tenido una calificación excelente de la cirugía de colon,

“Mi abuelo Goyanes fundó el Instituto Nacional del cáncer [...], con patrocinio de la Corona Española, con la Reina Victoria Eugenia”

por ejemplo. Todo eso estimulaba mucho.

—Claro, es una recompensa, aunque fuera simbólica...

—Desde luego. También en Washington hice un internado de seis meses, porque ahí, en Estados Unidos, el curso empieza el 1 de julio y como yo empecé el 1 de enero (había una plaza vacante), en los seis meses en blanco (ya tenía el puesto en el Memorial) hice anatomía patológica. Algo que me vino sensacional, porque hacíamos 4 o 5 autopsias todos los días, lo que para la cirugía supone un aprendizaje importantísimo.

—Usted de pequeño ya quería ser cirujano, como nos ha contado, pero ¿y la especialización en el cáncer? ¿Cuándo llega?

—Pues mi abuelo Goyanes fundó el Instituto Nacional del Cáncer. Luego se cambió la palabra cáncer por la palabra oncología. Era jefe de servicio de cirugía y decano del Hospital Provincial de Madrid, pero lo dejó y se fue a fundar el Instituto Nacional del Cáncer, con patrocinio de la Corona Española, con la reina Victoria Eugenia. El Instituto estaba en la Moncloa, en lo que hoy es el Instituto de Cultura Hispánica y la Clínica de la Concepción. Fundó ahí un hospital buenísimo, que tenía una parte de investigación: se llamaba Instituto Rubio; y otra parte clínica y de tratamiento: el pabellón Reina Victoria. A la vez, mi abuelo también fundó la primera Liga Española Contra el Cáncer, cuya presidenta de honor era la Reina Victoria.

—O sea, que venía dado...

—Y luego ya mi padre estudio la carrera en Barcelona y como mi abuelo tenía una gran fama, vino a trabajar con él al Instituto del Cáncer como médico de guardia, conoció a la hija del jefe y se casó con ella y tuvieron ocho hijos, uno de los cuales esta aquí presente (ríe).

—Volviendo a su etapa en Estados Unidos, ¿le chocó a usted la tecnología disponible en aquella época en ese país?

—Sí, sí, la tecnología y el funcionamiento de los hospitales. Funcionan

“En el Memorial de Nueva York aprendí una cirugía que aquí no se hacía”

perfectamente, mucho mejor que aquí, aunque hoy en día no funciona mal la cadena hospitalaria en España, pero entonces el contraste era enorme.

—¿Nos puede contar aspectos concretos para hacernos una idea?

—Pues, primero, la docencia; segundo, el funcionamiento del hospital. Si una enfermera tenía que entrar a las ocho de la mañana, a las menos cuarto estaba ahí hablando con la saliente, que le hablaba de todos los eventos que habían ocurrido durante su guardia. Los médicos también funcionaban bien. En realidad, cuando yo llegué, había médicos que no trabajaban a sueldo de hospitales, sino que tenían a sus enfermos privados (había mucha medicina privada, había alguna sociedad, Medicaid y Medicare, pero no había seguridad social). Por ejemplo, los médicos trabajaban en dos o tres hospitales y allí llevaban a sus enfermos privados, los operaban, y los residentes les ayudábamos. Teníamos un sueldo del hospital. Además, las guardias eran mortales. Se hacía guardia un día sí y otro no de interno, y era horrible porque llegaba el fin de semana y el lunes no se libraba, había que trabajar la jornada normal. Salías como un león de ahí porque pasabas más de 48 horas metido en un hospital. Además, el trabajo del interno era el del chico de los recados, más o menos, porque hacíamos las historias clínicas, electrocardiogramas, poner sondas, medicación intravenosa, etcétera. A mí varias noches, estando de guardia, me llamó la enfermera, porque había un enfermo que tenía un goteo y había que ponerle vitaminas. Las enfermeras, salvo las pocas que tenían autorización, no podían poner medicación intravenosa, de modo que me llamaban a las 4 de la mañana, llegaba al control de enfermería y la enfermera tenía la botella del gota a gota y una jeringa. Yo inyectaba las vitaminas y me iba a dormir. Recetar aspirinas o una píldora para dormir sí lo podías hacer por teléfono, pero para todo lo demás tenía que estar presencialmente.

—¿Y desde el punto de vista de las técnicas que se practicaban allí y que aquí aún no?

—En el Memorial de Nueva York aprendí una cirugía que aquí no se hacía. Fue un hospital pionero en la cirugía oncológica, a donde llegaban pacientes de todas las

“Creo que lo fundamental es que [en EE.UU.] aprenden a luchar contra el cáncer, con la misma agresividad con que el cáncer nos ataca a nosotros. Es una mentalización en este sentido”

partes del mundo.

—Pero usted ¿tiene la impresión de que alguna patología o cuadro concreto que en España entonces era fatal para un paciente, en Estados Unidos ya no lo era para otro en las mismas circunstancias?

—Creo que lo fundamental es que allí aprenden a luchar contra el cáncer, con la misma agresividad con que el cáncer nos ataca a nosotros. Es una mentalización en este sentido.

—Pero no tanto por la técnica o por el conocimiento de la medicina...

—En España había pocos médicos. Hoy en día ya hay muchos buenos médicos. En aquella época había algunos buenos. El nivel de allí era enorme.

—¿En cuánto a número se refiere usted?

—En cuanto a nivel técnico y profesional, el médico, con unos programas de formación muy buenos, tenía un control médico, científico, legal y profesional muy bueno. En los programas de formación de internos y residentes el interno rotaba un año por los distintos servicios de medicina, cirugía, pediatría y ginecología-obstetricia, y recibía una formación básica buena. Luego, cada uno iba a la especialidad que le apetecía, aunque había especialidades a las que era difícil acceder, como dermatología y neurocirugía.

—¿Porque había mucha demanda?

—Porque había mucha demanda y también porque existían poco servicios con capacidad docente.

—¿Y la oncología?

—La oncología estaba bastante poco desarrollada en los hospitales. En el hospital de Washington donde estuve había un Comité de Tumores que se reunía una vez por semana, y se discutían casos puntuales. No había oncólogo médico, solo uno que venía de otro hospital.

“La primera [hemipelvectomía] con éxito la hice yo en España”

—¿No había oncólogo médico propio en todo el hospital?

—No, solo el consultor que venía de otro hospital. Ya le digo que entonces la oncología estaba en pañales, aunque luego se desarrolló de una manera extraordinaria. Ya en el Memorial, un hospital oncológico puro, había ya de todo. Incluso, dentro de la oncología médica había especialidades: la que se dedicaba a linfomas, a tumores sólidos, leucemias, etcétera. Incluso en la cirugía había servicios de mama, digestivo y tumores sólidos, cabeza y cuello, huesos, ginecología y cirugía colorrectal.

—Estamos hablando de la mitad de los años 60. Usted vuelve a España a principios de los años 70 y desarrolla aquí su tesis.

—La presento aquí, pero con la experiencia de allí. Yo me incorporé al Instituto del Cáncer, donde tenía una plaza por oposición. Estuve un par de años y luego me fui al 12 de Octubre de jefe de sección. Estando en el instituto, hice mi tesis doctoral sobre el tema de las grandes amputaciones de la cirugía del cáncer.

—¿Por qué escogió ese tema?

—Porque era un tema que aquí la gente no hacía. Por grandes amputaciones me refiero a la amputación interescapulotorácica y la hemipelvectomía. Aquí en el año 1902, Rivera, que era catedrático de cirugía, había hecho dos por tuberculosis, y se murieron sus enfermos. La primera con éxito la hice yo en España. Luego publiqué otros diez casos de hemipelvectomías y otros casos de interescapulotorácica. Son amputaciones muy traumáticas, pero las indicaciones son muy claras. Luego, vino la reducción de la cirugía oncológica.

—“Grandes cirujanos, grandes complicaciones”, pero la cirugía fue evolucionando hacia la menor invasión.

—Fueron evolucionando a menos con motivo de los conocimientos biológicos de lo que era el cáncer y del avance de los otros tratamientos: la radioterapia y la quimioterapia.

—Pero hablamos en realidad de un periodo de tiempo que no es tan largo; en los

“Fundé la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello, y la Sociedad Española Cirugía Oncológica”

últimos años podemos decir que ha habido una progresión espectacular, que usted ha vivido en primera persona.

—En el año 1898 el Dr. William Stewart Halsted propuso la mastectomía radical, que fue un modelo de cirugía oncológica porque consistía en extirpar el órgano invadido y los ganglios regionales, y la conexión entre los dos. Esa mastectomía resecaba todo, en bloque, y fue un modelo de más de 50 años.

—¿Hasta cuándo?

—Bueno, luego empezó la cirugía con radioterapia previa, después la cirugía conservadora que comenzó Umberto Veronesi en el Instituto del Cáncer de Milán, que propuso la tumerectomía, linfadenectomía axilar y la radioterapia. Comparó con la de Halsted y vio que los resultados eran iguales, así que las mujeres se apuntaban a ese tratamiento porque conservaba la mama. Hoy en día, es una técnica totalmente aceptada. Fíjese que yo no llegue a lo del ganglio centinela.

—En paralelo a su llegada a España, usted funda lo que terminaría siendo SEOQ y otras sociedades.

—Eso es. Fundé la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello, y la Sociedad Española de Cirugía Oncológica. Cuando vine a España, la cirugía oncológica estaba poco avanzada. En Estados Unidos había una sociedad que se llamaba la James Ewing Society, que fue director del Hospital Memorial, un patólogo de reconocido prestigio, autor de un gran libro de oncología. El hospital puso su nombre a uno de los pabellones. Esa sociedad tenía bastante predicamento y cuando vine y vi que aquí no había algo así, la fundé.

—¿Cuántos eran al principio?

—No recuerdo, pero unos 20 o 30. El vicepresidente fue el Dr. Luis Tuca Barceló, de Barcelona, y tras unos años fue presidente. Fue un gran cirujano oncólogo del Hospital de San Pablo, una persona extraordinaria.

—¿Qué recuerdos guarda de él?



En la concesión de la I Medalla de la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica, acompañado de los doctores Carlos Vázquez y Vicente Guillem.

—El primero, que era una persona extraordinaria de buena. Cuando murió, yo me cogí el avión a verle y darle el pésame a la viuda, porque era un íntimo amigo mío, en oposición a lo que la gente creía, que como él era cirujano oncólogo en Barcelona y yo en Madrid, íbamos a estar enfrentados. Al contrario, él me invitaba a Barcelona a dar charlas y cursos, y yo lo invitaba a Madrid. A parte de eso, era un gran cirujano, él se formó en Francia en cirugía oncológica. Lo que mejor hacía era la cirugía de cabeza y cuello. Era una persona extraordinaria.

—Le queríamos preguntar acerca de estos últimos años. Aunque usted esté retirado, suponemos que estará interesado todavía en su campo, porque un médico o un cirujano lo es para toda la vida.

—(Ríe). Sí, pero ya desde hace tres o cuatro años me dije: ya no estudio, solo leo algún resumen de alguna revista, pero no estudiar de pleno.

—¿Y ha podido dedicarse a alguna afición? ¿Qué habría sido usted de no ser cirujano?

—Ahora me dedico a ir a una universidad de mayores, el Instituto Francesco Petrarca, en donde estudio humanidades. Aprendo, me divierto y ocupo mi tiempo. Me hubiera gustado haber sido arqueólogo o haber sido tenor. Envidio a los tenores.

—¿Tiene usted aptitudes?

—No, como tenor no... ni como arqueólogo. Me gusta leer algunas cosas, porque tengo una sobrina que es egiptóloga, Maricarmen Pérez Die, del Museo de Arqueología de Madrid, que es una chica muy valiosa, y me hubiese gustado eso, ser arqueólogo, o tenor, pero ninguna de las dos cosas pude hacer.

—Doctor, ¿cuál cree usted que son las condiciones básicas que debe tener un médico que quiera especializarse en la medicina oncológica?

—He escrito mucho sobre cirugía oncológica. Primero, tiene que ser un buen médico. Después, un buen cirujano. Y, luego, tiene que ser oncólogo básico, porque hay cirujanos que operan un cáncer y no saben ni la clasificación ni la

biología de ese cáncer, ni los tratamientos alternativos. El cirujano oncólogo debe saber primero oncología básica, la epidemiología de la oncología, las bases y la historia de la oncología, la biología de los tumores, su genética, la inmunología de los tumores... Todos esos son conceptos básicos en los que el cirujano oncólogo no tiene que ser un experto, pero tiene que tener idea de todo. Luego, también es importante saber lo que pueden ofrecer los otros tratamientos, solos o combinados, porque hoy en día el tratamiento es combinado casi siempre. Hoy en día se está introduciendo mucho la inmunología. Por último, el cirujano oncólogo debe conocer las técnicas específicas de la cirugía oncológica, como las linfadenectomías, las grandes amputaciones, la cirugías radicales digestivas y torácicas y de la cabeza y el cuello, las resecciones múltiples de órganos, etcétera. En lo que era solo cirugía pura a principio de siglo, luego fueron entrando la radioterapia y después la oncología médica, que hoy en día evolucionaron, y empieza a tener protagonismo la inmunología. De este modo, la combinación de dos o más modalidades terapéuticas logrará unos mejores resultados.

—¿Y de los últimos avances, cuál es el que usted destacaría más? ¿Cuál es el que hubiera querido utilizar, digamos, en los años cincuenta, de estar disponible?

—Sin duda, la reducción de la cirugía con motivo de la asociación con otros tratamientos y el mejor conocimiento de la biología del tumor para hacer intervenciones menos agresivas

—Para finalizar, hay algo que llama especialmente la atención en su trayectoria y es que es usted autor de 27 vídeos de ciencia. Hoy en día vivimos rodeados de recursos multimedia, pero en su momento esos vídeos serían una herramienta utilísima.

—Sí, yo los llevaba mucho a las reuniones que había de este tipo, en Motril, un pueblo de Granada. Y también al festival de Badajoz.

—¿No tiene interés en que se conserven?

—Bueno, son algunas técnicas históricas, unas obsoletas y vigentes otras. Quizá alguna pueda tener interés docente o histórico.

(*) Alfredo Die Goyanes y Javier Die Trill, "José Goyanes. Cirujano y humanista", en Cir. Esp. 2008; 83(1):8-11

http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirurgia/2008/Enero2_2008.pdf