

# ENTREVISTA

## Entrevista al Prof. Rokuya Tanikawa

El profesor Rokuya Tanikawa, considerado el mejor neurocirujano vascular de los últimos tiempos, es el Director del Centro de Stroke del Hospital Teishinkai, Sapporo, en Hokkaido, la isla más septentrional de Japón. Su dedicación a la neurocirugía vascular ha contribuido a desarrollar instrumental propio para dichos procedimientos neuroquirúrgicos y escribir centenares de artículos relacionados a anatomía vascular, técnica microquirúrgica en bypass cerebral, malformaciones arteriovenosas, aneurismas cerebrales, patología oclusiva vascular cerebral, entre otros.

**—Profesor Tanikawa, ¿Cuándo decidió ser neurocirujano? ¿Existió algún evento que haya influido en la decisión?**

—Cuando estaba en el primer año del secundario vi un programa de televisión sobre estudios de tomografía. Era el año 1978. El scanner de tomografía mostraba la imagen de un cerebro humano y en aquel momento me quedó la impresión de que ésta iba a ser la Era de la Neurocirugía. En ese momento yo tenía 16 años, pero pensé que me gustaría ser neurocirujano en el futuro.

**—¿Qué opina sobre el futuro de la microneurocirugía vascular?**

—Estoy absolutamente convencido que la cantidad de neurocirugías vasculares será mucho menor que la que se realiza actualmente debido al desarrollo de los distintos dispositivos endovasculares. Especialmente, la neurocirugía referida a los aneurismas cerebrales, muchos de los cuales pueden ser tratados mediante coils, o coils y técnica adyuvante, en los casos más simples. El desarrollo de los diversores de flujo para los aneurismas gigantes, por ejemplo de la carótida cavernosa, hará que en unos años tengamos menos cantidad de casos para resolver mediante bypass de alto flujo. Como resultado de ello, los aneurismas a los cuales se enfrentarán los neurocirujanos vasculares serán casos más complicados, debido a que serán aquellos en los cuales haya fracasado el tratamiento endovascular con coils o aquellos en los cuales sea imposible tratar técnicamente mediante diversores de flujo, debido a trombosis en aneurismas gigantes, o en casos en donde el pequeño diámetro de los vasos en arterias distales no per-



Prof. Rokuya Tanikawa

mita tratarlas con stent (territorios distales a M2, P2, o A2). En estos casos, se necesitará realizar bypass de bajo flujo, como bypass STA-MCA, bypass STA-ACA, bypass STA-PCA, o por ejemplo, en la fosa posterior bypass occipital-AICA, ocasionalmente, bypass occipital-SCA. Por ende, el bypass de bajo flujo será más requerido a los neurocirujanos vasculares para tratar casos más complejos. El bypass de alto flujo es relativamente más fácil de realizar porque el vaso donante y el receptor son de calibre mayor; en cambio, en el bypass en arterias distales es más difícil realizar la anastomosis dado el pequeño tamaño de los vasos implicados. Por lo tanto, de aquí a 5 o 10 años los neurocirujanos vasculares tendrán que manejar las técnicas de revascularización cerebral usando la arteria temporal superficial o la arteria occipital. Este será el futuro, creo yo, de la neurocirugía vascular.

**—En referencia al manejo de la técnica del bypass, ¿Qué consejos puede brindarnos para el entrenamiento en la revascularización cerebral?**

—Las habilidades para realizar microanastomosis deben ser entrenadas, pero solamente suturar los vasos no es su-

ficiente. Para realizar una microanastomosis exacta y segura necesitamos un campo operatorio seco, limpio, sin sangre, que provenga de una insuficiente hemostasia. Para realizar esto, primero es necesario realizar una craneotomía sin restos de sangre desde la incisión de piel a la exposición dural; antes de abrir la duramadre, tenemos que lograr un completo control de la hemostasia, luego podemos abordar la lesión. Es necesario abrir la fisura silviana o la fisura interhemisférica en forma amplia, de distal a proximal. Aunque algunos neurocirujanos dicen que la exposición del segmento M2 distal a la bifurcación silviana no es necesaria, en muchos casos, creo que es necesario entrenarse para adquirir habilidades microquirúrgicas al abrir la cisterna en forma amplia. Ello permitirá mejorar nuestras habilidades para el manejo micro neuroquirúrgico a la hora de realizar microanastomosis. Por ello, siempre les digo a mis jóvenes residentes que pueden entrenar una microanastomosis diaria, una cada dos días o cuanto ellos quieran, pero lo más importante es realizar una craneotomía frontotemporal sin restos de sangre, y realizar el cierre de la duramadre bajo microscopio en forma hermética. Éstos son los puntos más importantes para adquirir habilidades técnicas en la microanastomosis.

**—¿Qué le recomendaría a los jóvenes neurocirujanos que quieren convertirse en neurocirujanos vasculares?**

—Pienso que el camino para convertirse en neurocirujano vascular no es fácil. No es posible convertirse en neurocirujano vascular en dos años, se necesitan 10 años. Con 10 años de entrenamiento recién estaría comenzando, es decir, estaría en su punto de largada como neurovascular. Luego, otros 10 años, 20 años más son necesarios, con lo cual, alcanzas la edad de 50 años o cerca de los 60 años. Actualmente, tengo 60 años y desde los 35 años he pasado toda mi vida en esto, en convertirme en neurocirujano vascular, concentrándome en disecar las cisternas, exponiendo las lesiones en campos operatorios sin restos de sangre, limpios, en realizar las microanastomosis, todo para preservar las estructuras normales del cerebro, todo ello lleva mínimo 20 años. Los primeros 10 años más otros 10 años adicionales. Por lo tanto, requiere un largo camino pero si

quieres convertirte en neurocirujano vascular verdaderamente debes dedicar tu propia vida a esto. Por ende, es una decisión difícil la de convertirse en neurocirujano vascular.

**—¿Quiénes fueron sus principales mentores durante su entrenamiento como neurocirujano vascular?**

—Mi residencia la comencé en 1988. Noté que uno de los aspectos que no se manejaba con buenos resultados era la patología vascular. En muchas ocasiones, los resultados obtenidos en este tipo de cirugías me producían mucha frustración. Por los 90s el profesor Kamiyama tenía una reputación extraordinaria en el manejo de la patología neurovascular, él trabajaba en la Universidad de Hokkaido, Sapporo. En 1992, el profesor Kamiyama se mudó al hospital de la Cruz Roja y fue allí donde decidí convertirme en su pupilo, en 1993. He realizado el fellow con él durante 1993 y 1994. Mi visión como neurocirujano cambió totalmente bajo su tutelaje. Luego, en 1995 me mudé a Abashiri como neurocirujano. En el año 2000, en un congreso en Hawaii, conocí al profesor Fukushima que trabajaba en Estados Unidos. Fui al congreso a realizar una presentación sobre cómo disecar los aneurismas de la arteria cerebral anterior. Luego de mi exposición, el profesor Fukushima me invitó a realizar un curso cadavérico de base de cráneo de 3 días en Florida que dictaba cada 6 meses. Decidí ir al curso dado que no tenía experiencia en la patología de base de cráneo, es decir, nunca había realizado un curso cadavérico y lo único que había presenciado son las cirugías de base de cráneo del profesor Kamiyama.

Por ende, tuve dos mentores: el profesor Kamiyama para la cirugía vascular, y el profesor Fukushima en base de cráneo.

**—Finalmente, el Comité Editorial quiere invitarlo para ser parte de la Comisión científica internacional de la Revista Argentina de Neurocirugía.**

—Muchas gracias, será un honor ser parte.

Francisco Alberto Mannará  
Buenos Aires, Argentina