



Conducta del cirujano ante hallazgos quirúrgicos inesperados

Dr. Jorge Cervantes FACS (Hon),* Dr. Guillermo A. Rojas Reyna FACS,** Dr. Juan Manuel Chaparro González***

* Profesor Titular del Curso de Cirugía, ** Profesor adjunto de Cirugía, *** Residente de Cirugía.

Resumen

Durante su práctica cotidiana, el cirujano se verá ocasionalmente enfrentado a situaciones inesperadas en el quirófano que pondrán a prueba su capacidad de juicio para saber resolver el hallazgo y alterar radicalmente el curso de una cirugía programada. Se expone a continuación una serie de ejemplos encontrados por los autores y la manera como fueron resueltos.

Palabras clave: Hallazgos inesperados en cirugía.

Abstract

During his routine work, the surgeons will occasionally find himself facing totally unexpected situations in the operating room which will put to a test his judgment and capacity to solve the problem and that may change radically the surgical procedure that was originally contemplated. The authors present a series of cases of unexpected situations in their practice and analyze their management.

Key words: Expected surgical findings.

En este número...			
Conducta del cirujano ante hallazgos quirúrgicos inesperados		Página	1
Reunión Regional Mexicali		Página	11
Reunión Regional Monterrey		Página	13
V Congreso Internacional en Cirugía General. De la Tradición a la Modernidad en Cirugía Guadalajara, Jalisco		Página	14
Comité Editorial. Asesor Permanente. Plan de Trabajo 2008		Página	17
Comité Científico		Página	19
Proyecto Enlace Convenio con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico		Página	19
Proyecto Enlace. Propuestas al Órgano Legislativo		Página	20
¿Sabías que?		Página	25
Hombre, Ciencia y Arte		Página	25
Comentario al libro: Cirugía en el paciente geriátrico		Página	28
Cirujanos Distinguidos de Baja California, Dr. Harry Steven Miller Foguel		Página	30
Boletín de la Asociación Mexicana de Cirugía General y Colegio de Postgraduados en Cirugía General			
Información para los Autores		Página	33
Mensaje del Presidente		Página	34
Mensaje del Comité de Damas		Página	35
Tumores GIST		Página	36

Mesa Directiva 2008

Presidente

Dr. Alfonso Gerardo Pérez Morales

Vicepresidenta

Dra. Lilia Cote Estrada

Secretario General

Dr. José Alfonso Marín Méndez

Prosecretario

Dr. S. Francisco Campos Campos

Segunda Secretaria

Dra. Amanda Castañeda Rodríguez-Cabo

Segundo Prosecretario

Dr. Juan Bernardo Medina Portillo

Tesorero

Dr. Efraín Moreno Gutiérrez

Protesorera

Dra. Angélica H. González Muñoz

Director Ejecutivo de la FNCAECG

Dr. Ignacio J. Magaña Sánchez

Director Médico

Dr. Amado de Jesús Athié Athié

Editor Emérito

Dr. Guillermo León López

Editora

Dra. Abilene Escamilla Ortiz

Comité Editorial

Dr. Francisco Campos Campos
Dr. Alvaro Chanona Yza
Dr. José J. Christen y Florencia
Dra. Angélica H. González Muñoz
Dra. Lilia Cote Estrada
Dr. César Gutiérrez Samperio
Dr. David Juárez Corona
Dra. Elena López Gávito
Dr. Ignacio J. Magaña Sánchez
Dr. David Olvera Pérez
Dr. Eric Romero Arredondo
Dr. J. Bernardo Medina Portillo
Dr. Eduardo Zazueta Quirarte
Dra. Graciela Zermeño Gómez

PORTAL EN INTERNET

<http://www.amcg.org.mx>

TODA CORRESPONDENCIA DIRIGIRLA A:

E-mail: boletin@amcg.org.mx

Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Calz. General Anaya Núm. 330, Col. Del Carmen Coyoacán 04100, México D. F.
Teléfono: lada (01-55) 5658-2431, 5658-2263, 5658-2417, 5658-2492
Fax: (01-55) 5658-2193

Publicación Trimestral
Número correspondiente a:
Enero-Marzo de 2008.

Los textos son responsabilidad de los autores

Apoyo Editorial
María Eugenia Hernández Díaz

Conducta del...

(Continúa de la página 1)

Introducción

Durante el Congreso Anual del American College of Surgeons celebrado en Chicago en octubre de 2006 se presentó el tema «Evaluation and management of incidental findings in surgery», y como consecuencia del gran interés demostrado, este mismo tópico se presentó en el Curso «Ecos Internacionales» organizado por la Asociación Mexicana de Cirugía General y el Capítulo México del American College of Surgeons en el mes de febrero de 2007 en la ciudad de México. A continuación presentamos un resumen de dicho trabajo.

El cirujano se encuentra ocasionalmente en situaciones inesperadas,¹ por lo que se requiere de gran experiencia para resolver el problema de la mejor manera posible. Ante una situación así, debe el cirujano preguntarse lo siguiente; ¿Será necesario modificar la conducta terapéutica? ¿Tiene el cirujano entrenamiento adecuado para esta nueva patología? ¿Resistirá el paciente una cirugía más agresiva? ¿Cuenta el hospital con los elementos necesarios? (patología transoperatoria, banco de sangre, terapia intensiva, etc.).²

Se presentarán a continuación algunos casos con problemas complejos encontrados inesperadamente en la sala de operaciones por los autores y la manera como fueron resueltos.

Caso 1. «Tumor vascular» en pelvis resultó en esplenosis

Femenino de 31 años con dolor severo en fosa iliaca izquierda, asociado a sangrado vaginal, prueba de embarazo positiva HGC de 141 (3 semanas de gestación). El ultrasonido mostró una masa pélvica extrauterina (**Figura 1**). Con diagnóstico de posible embarazo ectópico se programó para laparoscopia. El ginecólogo encontró una lesión de color oscuro, de 4 cm de diámetro, en pelvis y pensando que era una malformación vascular, pidió interconsulta con un cirujano general y cuando preparaban a la paciente para una laparotomía, el cirujano notó la presencia de una cicatriz media supra-umbilical y pidió que revisaran la historia clínica, encontrando el antecedente de esplenectomía por trauma 15 años antes. El cirujano llamó al laboratorio para búsqueda de cuerpos de Howell-Jolly en sangre periférica (**Figura 2**) que fue negativa, por lo que ordenó la cancelación de la laparotomía programada y solicitó al día siguiente



Fig. 1. Ultrasonido mostrando masa pélvica extrauterina.



Fig. 2. Frotis sanguíneo mostrando cuerpos de Howell-Jolly.

Conducta del...

(Continúa de la página 2)

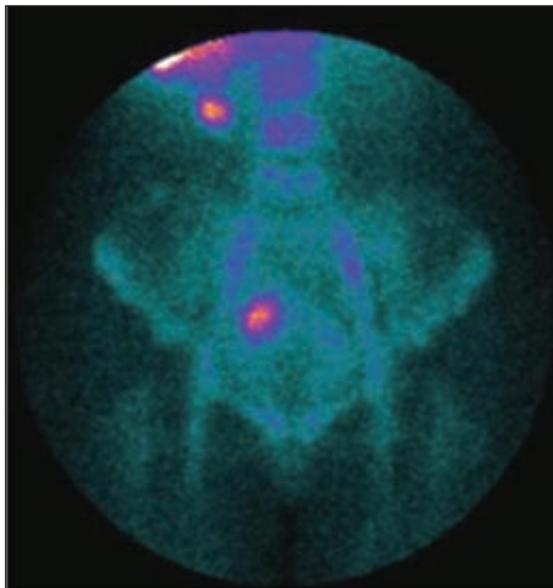


Fig. 3. Gammagrama con captación esplénica del radiofármaco en pelvis.

un gammagrama con Tc ⁹⁹, que demostró captación en un área de esplenosis en el hueco pélvico (Figura 3).

Comentario

El cirujano que fue llamado para extirpar una «malformación vascular en pelvis», obró de manera correcta al interpretar los hallazgos de la cicatriz media en abdomen superior y apoyado en los datos del laboratorio, estableció el diagnóstico de posible esplenosis, ya que la búsqueda de cuerpos de Howell-Jolly fue negativa, indicando que la paciente tenía función esplénica normal. Cuando los pacientes no tienen bazo, aparecen en la sangre periférica dichos corpúsculos. Se evitó así, una cirugía innecesaria. Es importante conocer la historia clínica, interpretar los hallazgos transoperatorios y relacionarlos con el antecedente y los hallazgos de laboratorio.

La esplenosis es una entidad clínica inusual; existen cerca de 200 casos reportados en la literatura; 85% de los implantes se localizan en el abdomen, con una relación hombre/mujer de 2:1. Se presentan en 34 al 75% de los pacientes con antecedente de esplenectomía por trauma.³

Los implantes suelen ser múltiples, de 2 hasta 400, de dimensiones de 7 mm hasta 7 cm. No tienen pedículo vascular verdadero, dependen de vasos generados *de novo*. El diagnóstico diferencial se establece con bazos accesorios, hemangiomas, endometriosis, tumores metastásicos, quis-

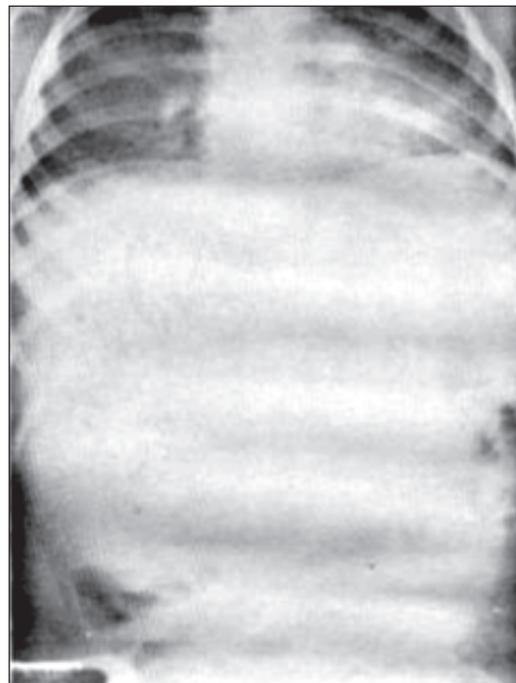


Fig. 4. Radiografía de tórax y abdomen en la que se aprecia la elevación del diafragma. Atelectasia basal derecha y la gran hepatomegalia.

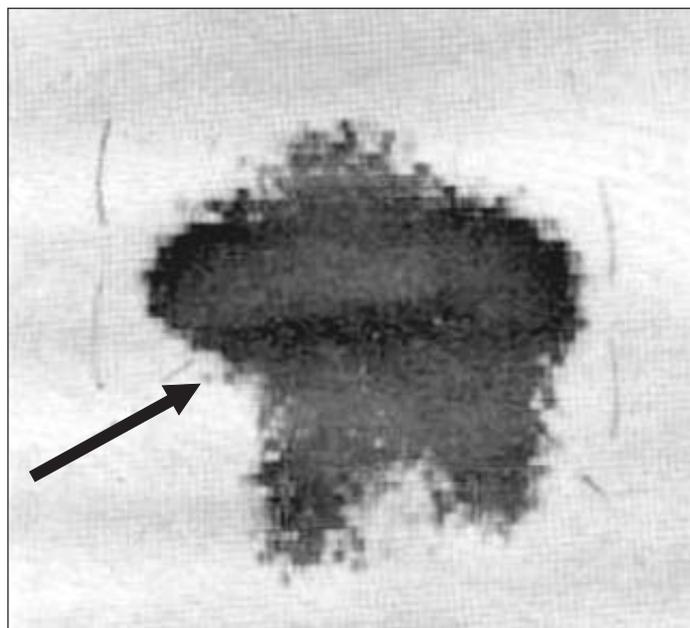


Fig. 5. Gammagrafía hepática: se observa el defecto en el lóbulo derecho del hígado (flecha) el cual está desplazado a la izquierda, así como gran hepatomegalia.

Conducta del...

(Continúa de la página 3)



Fig. 6. Aspecto de la gran masa tumoral retroperitoneal por detrás de la aorta y la vena cava.



Fig. 8. Para resecar el tumor retroperitoneal en bloque fue necesario movilizar la vena cava y la aorta abdominal, que se aprecian en esta foto con la mano del cirujano elevando ambas estructuras.

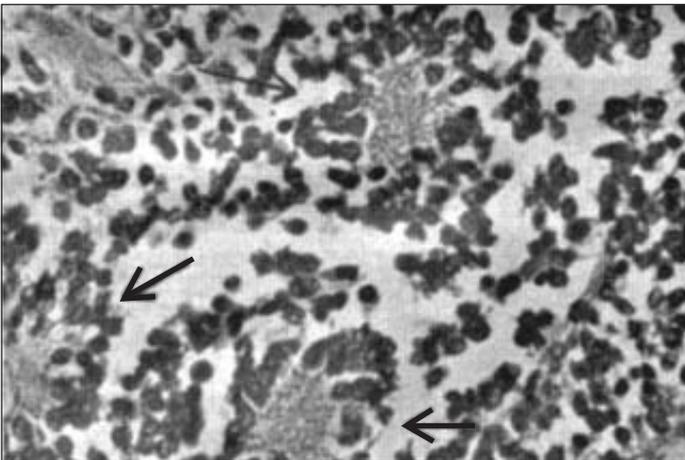


Fig. 7. Apariencia microscópica clásica de neuroblastoma. Las flechas señalan rosetas. Obsérvese el material fibrilar central (hematoxilina eosina 400x).

tes, abscesos, embarazo ectópico, apendicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, Mittelschmerz, síndrome de intestino irritable, obstrucción intestinal, etc.

Caso 2. Ruptura de neuroblastoma presentándose como abdomen agudo

Niña de 2 años de edad que ingresó al hospital con historia de fiebre continua, dolor y distensión abdominal de 3 días de evolución. A la exploración se encontró diaforética, deshi-

dratada, pálida, temp. 39.5 °C, frecuencia respiratoria de 26/min, frecuencia cardíaca 140/mn, TA 110/60, ruidos respiratorios disminuidos en la base derecha, abdomen distendido con hepatomegalia 5 cm por debajo del borde costal y con rebote generalizado. Los exámenes de laboratorio revelaron Hb de 12.2 g, hematócrito de 38%, leucocitos 17,299 con 75% neutrófilos, 2% monocitos, eosinófilos y linfocitos. La serameba fue positiva en títulos de 1: 128. Las radiografías de tórax y abdomen revelaron elevación del hemidiafragma derecho, atelectasia basal derecha y hepatomegalia (**Figura 4**). El gammagrama hepático mostró defecto de llenado en el lóbulo derecho y hepatomegalia (**Figura 5**). Con diagnóstico de absceso hepático amibiano roto ingresó a cirugía. Se exploró por medio de una incisión subcostal derecha encontrando una gran tumoración retroperitoneal de 18 cm de diámetro (**Figura 6**) que desplazaba el hígado hacia la izquierda y el riñón hacia abajo, con zonas de ruptura parcialmente selladas por epiplón y con extensas áreas de hemorragia y necrosis. Había líquido hemorrágico libre en la cavidad peritoneal. Una biopsia transopertoria reveló «tumor de células pequeñas compatible con neuroblastoma» (**Figura 7**).

Se extendió la herida a subcostal bilateral y se practicó una disección radical del tumor retroperitoneal desde la bifurcación de los vasos ilíacos, movilizándolo la vena cava inferior y la aorta (**Figura 8**) hasta resecar todo el tejido tumoral que se encontraba íntimamente adherido a la cara inferior del hígado, el polo superior del riñón derecho y la vena cava inferior, así como gran cantidad de ganglios linfáticos retro-

Conducta del...

(Continúa de la página 4)

peritoneales. La glándula suprarrenal derecha estaba incluida en la masa tumoral que fue resecada en bloque, incluyendo un segmento del lóbulo derecho del hígado. La operación fue bien tolerada, la evolución postoperatoria fue normal y egresó 6 días después.

El diagnóstico fue de neuroblastoma con ruptura espontánea, de posible origen en la glándula suprarrenal derecha, con invasión focal al lóbulo derecho del hígado y de ganglios linfáticos retroperitoneales.

Fue referida a un centro de oncología pediátrica donde recibió quimioterapia a base de vincristina y ciclofosfamida así como radioterapia al lecho tumoral. Un año más tarde se encontraba sin evidencia de actividad tumoral.

Comentario

El neuroblastoma es un tumor que puede originarse a lo largo de la cresta neural, usualmente se desarrolla en los ganglios simpáticos y en la médula suprarrenal.⁴ La mayoría de las veces se detecta como una masa intraabdominal silenciosa.

Este caso de neuroblastoma presentándose como abdomen agudo sugestivo de absceso hepático roto es sumamente raro y requirió que lo que se había programado como una simple laparotomía para drenaje del absceso hepático roto se convirtiera a un procedimiento mayor de cirugía oncológica.

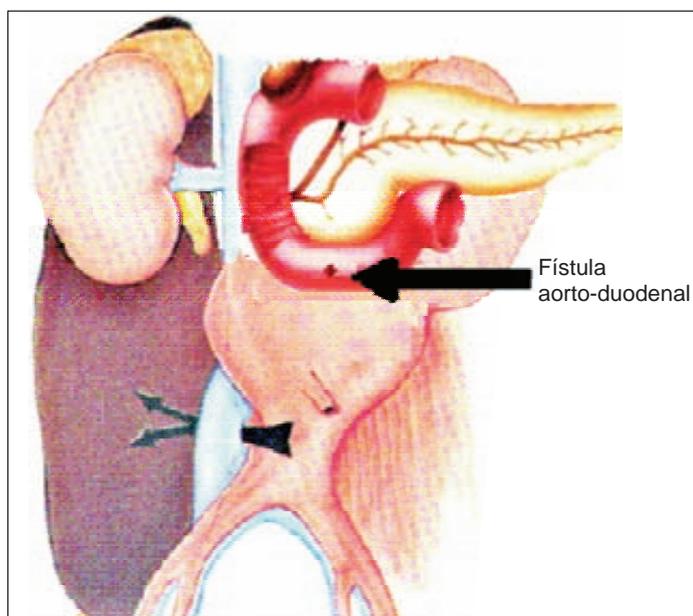


Fig. 9. Ilustra una fístula aorto- duodenal.

Caso 3. Sangrado gastrointestinal alto por fístula aorto-duodenal.

Masculino de 67 años de edad quien fue operado de emergencia por un cirujano general con diagnóstico de úlcera duodenal con sangrado masivo, encontrando que no había úlcera y la hemorragia se originaba en una masa pulsátil retroduodenal. Pidió consulta con un cirujano vascular quien encontró una fístula aortoduodenal primaria por aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal (**Figura 9**). Después de un procedimiento complejo obtuvo control proximal y distal de la aorta, se procedió a la resección del aneurisma y colocación de una prótesis de Dacron bifurcada. Debido a lo prolongado del procedimiento, transfusiones múltiples, hipotermia y acidosis, se tomó la decisión de empaquetar el abdomen para control de daños y enviar al paciente a la unidad de terapia intensiva. Una vez controlados sus parámetros hemodinámicos y de coagulación, fue explorado al día siguiente sin encontrar sangrado activo y se cerró la pared abdominal. Después de un periodo postoperatorio tórpido de un mes de duración egresó en buen estado.

Comentario

La sorpresa que se llevó el cirujano general fue mayor al abrir el duodeno y observar un sangrado activo procedente de una masa pulsátil retroperitoneal. Actuó de manera correcta al introducir el dedo índice en el orificio del duodeno y así controlar el sangrado con presión digital mientras llegaba el cirujano vascular, quien estableció que la hemorragia provenía de un aneurisma de la aorta infrarrenal fistulizado al duodeno, procediendo después a la resección del aneurisma

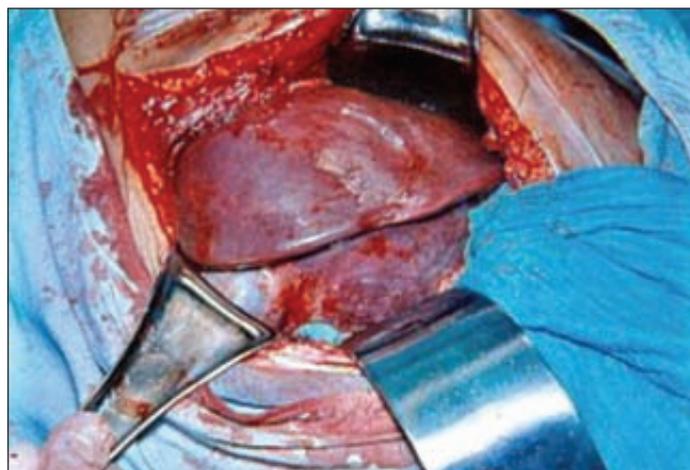


Fig. 10. Tumoración hepática derecha.

Conducta del...

(Continúa de la página 5)

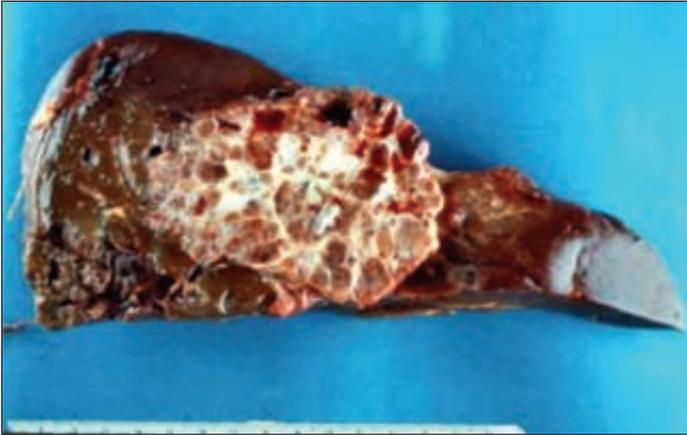


Fig. 11. Resección de tumoración hepática derecha.

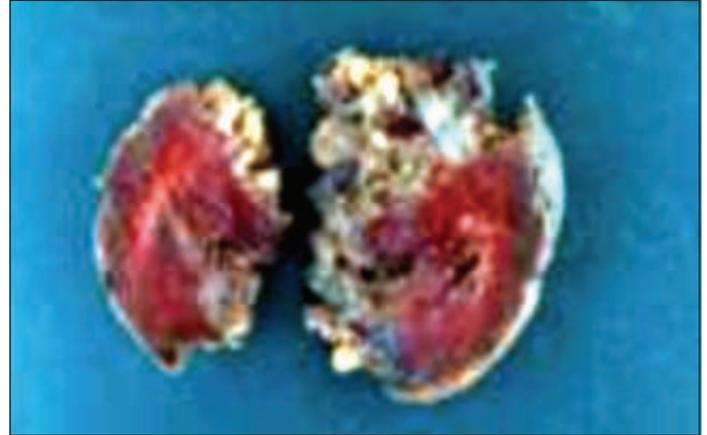


Fig. 12. Foto del tumor de Wilms que tuvo ruptura espontánea.

y colocación de un injerto aorto-biliaco. El orificio en la cara posterior del duodeno y la incisión en la cara anterior fueron cerradas de manera convencional. La maniobra de control de daños al empaquetar y reexplorar al día siguiente permitió corregir las deficiencias hematológicas y hemodinámicas, evitando caer en la llamada tríada de la muerte, compuesta por acidosis, hipotermia y coagulopatía.

La ocurrencia de la fistulización primaria hacia el duodeno de un aneurisma de la aorta abdominal es una entidad muy rara, que ha sido reportada con frecuencia de 0.3 a 2% en la literatura.⁵

Caso 4. Tumor hepático presentándose como colecistitis crónica

Femenina de 67 años con historia de dolor en cuadrante superior derecho de varios meses de evolución. Al examen físico se palpaba una masa dolorosa en la región subcostal derecha. La colecistografía oral con doble dosis reveló «vesícula excluida». Se programó para colecistectomía, se exploró por medio de una incisión transversal, encontrando una tumoración sólida en el lóbulo derecho del hígado (**Figura 10**). Se efectuó hepatectomía parcial (**Figura 11**) y colecistectomía. Evolucionó satisfactoriamente y abandonó el hospital 5 días después. El informe de patología reportó hemangioma cavernoso.

Comentario

Esta paciente fue operada al inicio de la década de los 70, cuando aún no se contaba con ultrasonido ni tomografía computarizada y a los pacientes se les estudiaba sólo con la clásica colecis-

tografía oral, que al no lograr la visualización de la vesícula, el radiólogo reportaba «vesícula excluida»; esto, aunado a los síntomas de dolor en el cuadrante superior derecho, era una indicación común para colecistectomía. En la época actual, contando con todos los apoyos modernos de imagen, no se debe repetir. Lo que parecía un caso típico de patología vesicular, resultó ser un tumor hepático, que simulaba clínica y radiológicamente un cuadro de colecistitis crónica. Afortunadamente se contaba en el hospital con todos los elementos del personal quirúrgico, banco de sangre, entrenamiento adecuado y se pudo efectuar la hepatectomía parcial sin complicaciones.

Caso 5. Ruptura de tumor de Wilms simulando apendicitis aguda

Masculino de 9 años de edad con historia de dolor en la fosa iliaca derecha de 10 horas de evolución. Estaba taquicárdico, con rebote generalizado. Laboratorios: Leucocitosis de 16,000 con 88% de neutrófilos, 10% bandas. Hemoglobina de 10.3. Se internó con posible diagnóstico de apendicitis aguda y se exploró con una incisión de Rocky Davis en fosa iliaca derecha, encontrando abundante sangre libre, por lo que se procedió a realizar una incisión media supra e infraumbilical, descubriendo estallamiento de un tumor renal derecho. Se amplió la herida a toracoabdominal derecha y se practicó resección de la masa tumoral con un segmento de vena cava inferior que también estaba involucrada por el tumor, así como varios ganglios linfáticos retroperitoneales. Evolucionó de manera satisfactoria. El diagnóstico final fue de tumor de Wilms (**Figura 12**). Fue referido a un hospital de oncología pediátrica para su seguimiento y 14 años más tarde estaba asintomático.

Conducta del...

(Continúa de la página 6)

Comentario

El estallamiento espontáneo de un tumor de Wilms, que se manifestó como un cuadro típico de apendicitis aguda es sumamente raro. La anemia, hallazgo poco

común en casos de apendicitis aguda alertó al cirujano a tipar sangre. Se utilizaron 3 unidades en el transoperatorio. El cirujano general debe estar preparado para una eventualidad como ésta, y si la puede resolver, adelante, si no, deberá pedir apoyo al especialista indicado.

Caso 6. Tumor maligno de colon encontrado durante cirugía electiva de aorta abdominal

Paciente masculino de 67 años de edad a quien durante su examen físico rutinario se le encontró una masa pulsátil en la región periumbilical, y en la tomografía se confirmó la presencia de un aneurisma de la aorta abdominal de 8 cm de diámetro (**Figura 13**). Fue programado para cirugía electiva y al explorar el abdomen se encontró un tumor maligno en el colon descendente, no había metástasis, el resto de la cavidad era normal. El aneurisma era infrarrenal, de 8 cm, con paredes delgadas. Se procedió a resecarlo y sustituir la aorta con un injerto bifurcado de Dacron (**Figura 14**). La evolución fue favorable y abandonó el hospital al cabo de 6 días. Cuatro semanas más tarde, regresó al hospital después de haber sido estudiado por colonoscopia, TAC, preparación mecánica y antimicrobiana del colon para colectomía izquierda. Evolucionó favorablemente. El informe de patología confirmó la presencia de un cáncer de colon, clasificación Duke's A.



Fig. 13. Angiotomografía, mostrando el aneurisma de aorta abdominal.

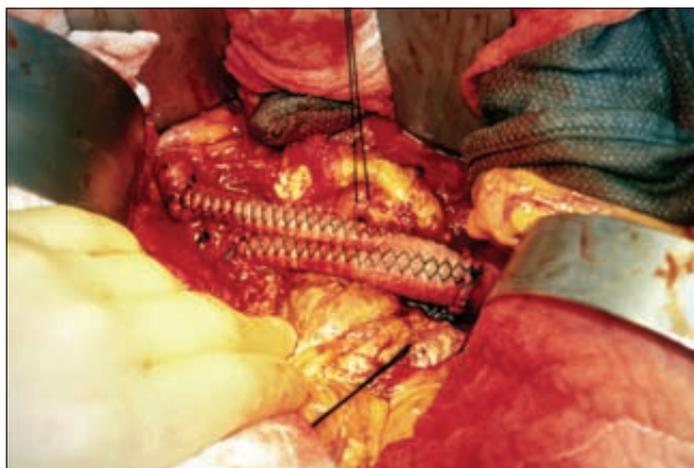


Fig. 14. Injerto bifurcado de dacrón en aorta abdominal.

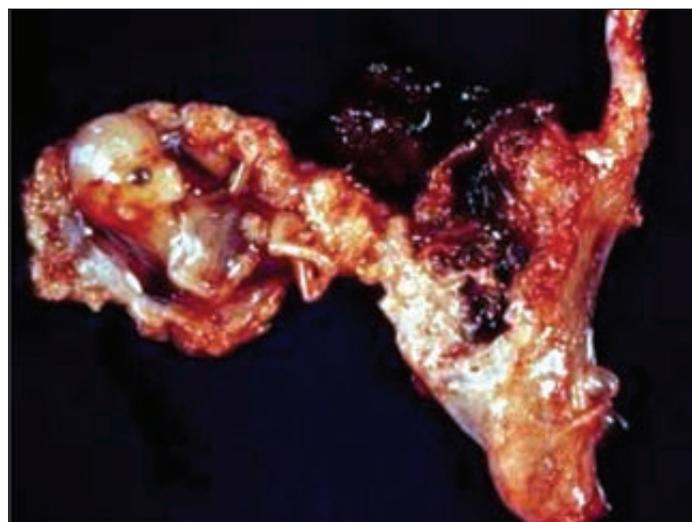


Fig. 15. Especimen de la salpingectomía derecha con el embarazo extrauterino.

Conducta del...

(Continúa de la página 7)

Comentario

La historia natural del aneurisma de la aorta abdominal, es hacia la ruptura y la muerte.⁶ Por el tamaño y sus paredes delgadas, este caso era quirúrgico de inmediato. El cirujano tenía primero la obligación de resolver el problema que podía causar la muerte, para en un segundo tiempo, estudiado adecuadamente y después de preparar el intestino, realizar una colectomía electiva.

Caso 7. Embarazo extrauterino simulando apendicitis

Novicia de un convento, 24 años de edad, ingresó con síntomas típicos de apendicitis aguda, sin datos de patología genitourinaria. Su fecha de última menstruación fue 15 días antes. Se programó para cirugía de urgencia con incisión de Rocky-Davis, encontrando un embarazo ectópico en la trompa derecha (**Figura 15**). Se realizó salpingectomía, cursó con buena evolución y salió del hospital 48 horas después.

Comentario

Este caso, ante la joven novicia de un convento, con datos de dolor e irritación peritoneal en la fosa iliaca derecha y ausencia de antecedentes ginecológicos se pensó correctamente que sería un caso típico de apendicitis aguda. Grande fue la sorpresa del cirujano al encontrar el embarazo ectópico en la trompa derecha. La conducta quirúrgica fue la indicada, pero el problema en el postoperatorio era cómo informar a las Madres Superiores y a la propia novicia. Esta situación requiere de mucha delicadeza ante el hallazgo quirúrgico.

Caso 8. Metástasis de melanoma simulando hernia inguinal

Masculino de 38 años de edad, que ingresó al hospital con diagnóstico de hernia inguinal derecha encarcelada. Tres días antes se había notado una masa dolorosa en dicha región, la que en el transcurso de las siguientes horas aumentó de dolor y tamaño. Al examen físico se palpaba una masa de aproximadamente 5 cm de diámetro en la región inguinal derecha, semejando una hernia inguinal encarcelada. El resto del examen físico y los estudios preoperatorios fueron normales.

Se internó de inmediato y bajo anestesia general se exploró, encontrando una tumoración sólida de 5 cm redondeada, que tenía dos grandes venas y tres pequeñas arterias.



Fig. 16. Corte del ganglio linfático con el melanoma metastásico.



Fig. 17. Foto del paciente con la hernia inguino-escrotal.

Conducta del...

(Continúa de la página 8)

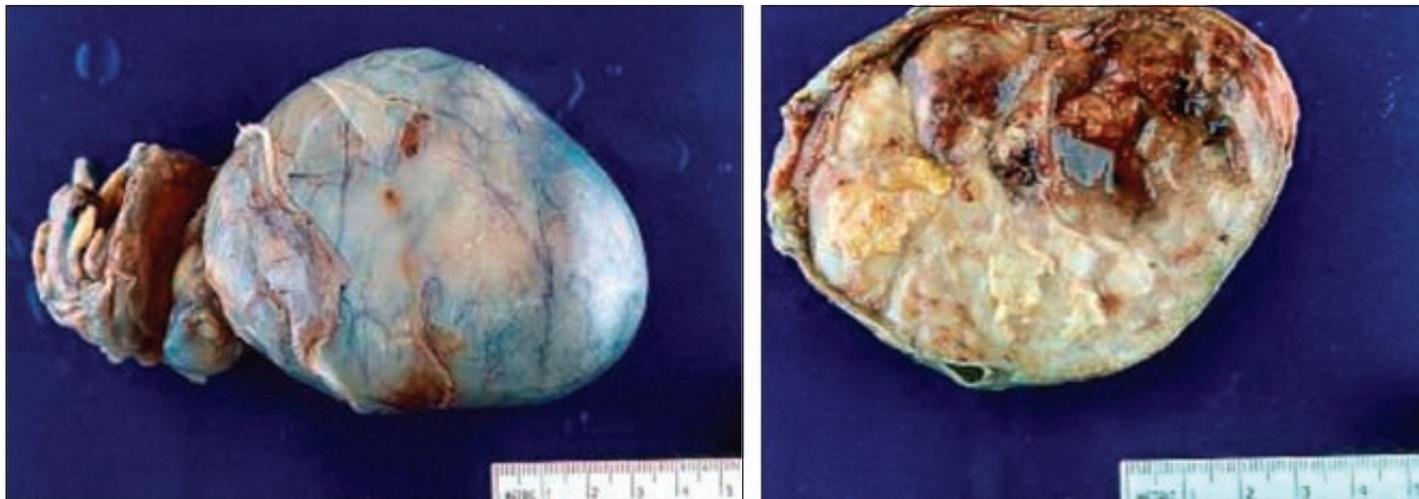


Fig. 18. Espécimen de patología de tumor testicular.

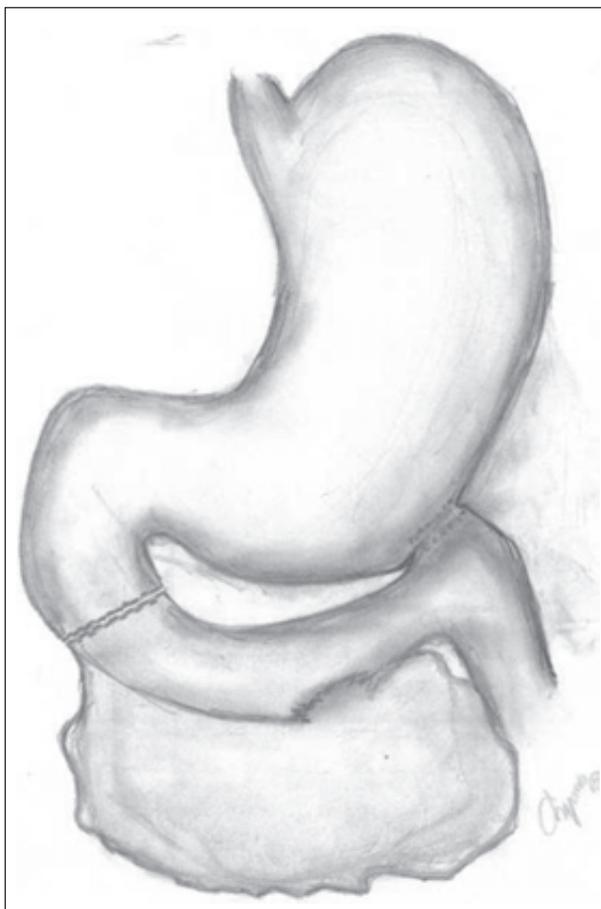


Fig. 19. Gastro- yeyunostomía antecólica.

La masa se resecó completa y al corte se evidenció un tejido negro. Sospechando un melanoma, se envió a patología y se cerró la herida. El informe final del patólogo fue de melanoma metastásico en un ganglio linfático de 5.5 x 4.3 cm (**Figura 16**). Debido a lo anterior, se le efectuó un minucioso examen físico y estudios de extensión sin encontrar el sitio primario. El paciente decidió acudir al Hospital MD Anderson en Texas donde fue sometido a quimioterapia y falleció dos años después con metástasis cerebrales; nunca se encontró el primario.

Comentario

El hallazgo incidental de un melanoma metastásico en la región inguinal, simulando hernia inguinal encarcelada, es algo sumamente raro, como lo es la presencia de metástasis de melanoma con primario desconocido. En este caso, la conducta quirúrgica fue la correcta al limitarse sólo a resecar la masa inguinal metastásica.

Caso 9. Seminoma oculto en una hernia inguinoescrotal

Masculino de 43 años de edad, que acudió a consulta con una gran hernia inguinoescrotal de varios años de evolución. Al examen físico se palpaba una masa dura en la región inguinoescrotal, imposible de reducir (**Figura 17**). Los estudios preoperatorios fueron normales, se programó para cirugía y al reducir el contenido herniario y explorar el saco que llegaba hasta el escroto, se expuso el testículo encontrando un tumor de consistencia sólida de 8 cm de diámetro, por lo

Conducta del...

(Continúa de la página 9)

que se procedió a reseca el testículo (**Figura 18**) y se envió a patología donde reportaron seminoma, lo que obligó a efectuar la resección completa del cordón inguinal y búsqueda de ganglios en el retroperitoneo sin encontrar adenomegalias. La operación fue bien tolerada, el postoperatorio normal y el paciente referido a un hospital de oncología para su seguimiento.

Comentario

La presencia de un tumor testicular en un paciente con hernia inguinoescrotal de larga evolución pasó desapercibida al paciente y a los médicos que lo examinaron. El cirujano descubrió el tumor al reducir el contenido de la hernia inguinoescrotal y ver que persistía una masa en el escroto, que al exponerla en la incisión inguinal resultó ser un tumor testicular. La conducta quirúrgica fue la adecuada al proceder a la orquiectomía, resección de cordón inguinal y búsqueda de ganglios retroperitoneales, que es el tratamiento habitual para un seminoma.

Conclusiones

El cirujano puede encontrar gran diversidad de situaciones inesperadas en el quirófano. Se debe estar consciente de múltiples factores como su entrenamiento y experiencia, limitaciones personales, lugar donde trabaja, servicios auxiliares, etc. para tomar la decisión sobre la conducta quirúrgica apropiada y así enfrentar la patología inesperada. Esta conducta puede incluir desde no hacer nada, proceder él mismo a manejar el problema, solicitar apoyo de otros especialistas, en fin, lo que sea necesario para resolver en beneficio del paciente la situación encontrada durante un procedimiento quirúrgico que estaba originalmente programado para algo diferente.

El campo de la cirugía general es muy amplio, y así debe ser la preparación del cirujano moderno, que ocasionalmente pondrá a prueba su capacidad al enfrentarse a situaciones extraordinarias e inesperadas en el quirófano.

Caso 10. Hemorragia duodenal masiva por tumor retroperitoneal

Masculino de 45 años de edad que fue visto en el Departamento de Urgencias con hematemesis masiva de 3 h de evolución. Su historia médica era negativa. Se intentó endoscopia gastroduodenal que fue necesario suspender debido a que salía abundante sangre fresca del duodeno que imposibilitaba el procedimiento y una arteriografía de urgencia fue negativa.

En vista de que persistía la hemorragia fue llevado a cirugía de urgencia a la 1 a.m. con diagnóstico de úlcera duodenal sangrante y al explorarlo bajo anestesia general se encontró un tumor retroperitoneal fijo y erosionado a la tercera porción del duodeno (**Figura 1**) de donde provenía el sangrado, además de lesiones metastásicas en ambos lóbulos del hígado. En vista de que no se podía reseca la lesión, se excluyó la misma con un disparo de engrapadora distal a la 2ª porción del duodeno y otra en el ángulo de Treitz (**Figura 2**), efectuando después una gastroyeyunostomía antecólica y biopsia hepática que reportó carcinoide. El paciente se recuperó bien, y abandonó el hospital 3 semanas después. Fue referido al Servicio de Oncología Médica y 10 años después se encontraba en remisión, bajo tratamiento con quimioterapia.

Comentario

Lo que estaba planeado como una simple laparotomía de urgencia para controlar una grave hemorragia de úlcera duodenal se convirtió en un procedimiento atípico para resolver un problema de hematemesis masiva debido a un tumor retroperitoneal erosionando al duodeno. Este caso ilustra que el cirujano debe tener la mente abierta y ante una eventualidad como ésta, recurrir a maniobras salvadoras, aunque no están descritas en los libros de texto. El procedimiento de excluir lesiones y practicar operaciones derivadas se debe tener siempre presente para casos poco frecuentes como éste.

Referencias

1. Brindley GV. Symposium on unexpected presentations of Surgical Diseases. *Surg Clin N Amer* 1972; 269.
2. Cervantes J. El cirujano ante la neoplasia inesperada. *Rev Cir Gral* 1986; 8: 25-28.
3. Molina V, Cruz M, Morales G, Carreto C, Ceniceros T. Esplenosis y dolor pélvico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 120-124.
4. Mundo F, Cervantes J. Ruptura espontánea de neuroblastoma intraabdominal manifestándose como abdomen agudo. *Ann Med Asoc Med Hosp ABC* 1980; 25: 112-118.
5. Maternini M, Tozzí P, Vuilleumier H, Von Segesser LK. Intra-vascular ultrasound: one more tool to diagnose aorto-duodenal fistula. *Eur J Vasc Endovas Surg* 2006; 32(5): 542-544.
6. Cervantes J. Reflections on the 50th anniversary of the first abdominal aortic aneurysm resection. *World J Surg* 2003; 27(2): 1-3.

Reunión Regional Mexicali

Dr. Juan F. Arellano Ramos

El 31 de enero dio inicio la primera actividad académica de la Asociación Mexicana de Cirugía General. Se trata de la Reunión Regional Noroeste que en esta ocasión el Colegio de Cirujanos de Mexicali A.C. se dio a la tarea de organizar.

Mexicali, capital del estado de Baja California, ciudad joven fundada en 1903, tierra cálida que ha conquistado el desierto y sigue conquistando a quien llega a ella, no sólo por las oportunidades que en ella se dan, sino por la calidez de su gente, utilizando este evento para mostrarse en todo su esplendor. Fue el Centro Estatal de las Artes, sede de este Congreso, donde se reunieron por primera vez la mayoría de las Asociaciones relacionadas a cirugía general; dado el interés e iniciativa del Dr. Alfonso Gerardo Pérez Morales, presidente de la AMCG. Acudieron a esta reunión el Dr. José Antonio Carrasco Rojas, presidente de la Academia Mexicana de Cirugía General; el Dr. David Lasky Marcovich presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica; el Dr. Luis Alberto Harp Iturribarria, presidente del Colegio Mexicano de Cirugía de la Obesidad; el Dr. Carlos Belmonte Montes, presidente de la Sociedad Mexicana de Coloproctología, el Dr. Rigoberto Álvarez Quintero, de la Asociación Mexicana de Hernia; el Dr. Reyes Betancourt Linares, de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, los presidentes de los Colegios de Cirujanos Generales de Sonora, Durango, Tijuana y Mexicali.

Se dio inicio el día 31 de enero del 2008 con el Curso Precongreso Detección y Manejo de las Complicaciones en Cirugía de Obesidad. En los módulos se realizaron exitosamente dos cirugías en vivo, la primera por el Dr. Juan Francisco Arellano Ramos, presidente del Colegio de Cirujanos Generales de Mexicali, que consistió en la colocación de una banda gástrica ajustable, dio inicio a una jornada intensa de actividades académicas, que fueron presididas por el Dr. Luis Alberto Harp. Tomaron la palabra en este módulo el Dr. Nelson Rodríguez Huerta y el Dr. Juan Antonio López Corvalá. Se dio el turno a una nueva cirugía en vivo, Manga Gástrica, realizada por el Dr. José Alberto Aceves Díaz, actual vicepresidente del CMCO, despertando el interés del auditorio; comentaron el procedimiento el Dr. Sergio Verboonen Sotelo de Tijuana, y le secundaron las ponencias del Dr. Eduardo Jaramillo de la Torre, presiden-

te del Colegio de Cirujanos de Tijuana, y el Dr. López Corvalá. El tercer módulo dedicado a la cirugía de derivación gastroyeyunal, fue muy bien llevado por el Dr. César Romero de Tijuana, teniendo como profesores al Dr. Jorge Lazo de la Vega. Dr. Juan Pablo Pantoja Millán y al Dr. Armando Castillo González. Finalmente, el módulo de apoyo nutricio especial en cirugía de obesidad y lo nuevo en este tipo de cursos, taller de casos clínicos flamantemente apoyado y realizado por el grupo de nutriología de Guadalajara.

Fue así como todo quedó listo para el Congreso Regional del Noroeste a iniciar el 1 de febrero del 2008. Su evento inaugural fue presidido por el Secretario de Salud del Estado de Baja California y Director General de ISESALUD, el Dr. José Guadalupe Bustamante Moreno, el cual dio una bienvenida y un emotivo recibimiento a todos los profesores y asistentes, manifestando el interés por parte de las autoridades del estado por este tipo de eventos académicos. La mañana se vio muy ocupada al abordar temas selectos de esófago, hernia, cirugía de glándula suprarrenal. Fue después de éstos cuando se presentó la conferencia magistral que despertó gran interés y participación por parte del auditorio: Complicaciones y errores en cirugía, cómo afrontar los problemas médicos legales, por la Dra. Elena López Gavito. En el módulo vespertino de Vesícula y vías biliares fue donde se vieron impactados los asistentes y en especial el Dr. Samuel Shuchleib Chaba, por las cifras que se presentaron por el Dr. José Manuel Hermosillo Sandoval de Guadalajara y el Dr. Enrique Luque de León de la ciudad de México, en relación a la lesión de vía biliar. Dejando ver que una cirugía que de todos es dominada presenta una gran incidencia aún de lesiones. Se comentaron, analizaron y buscaron los medios para tratar de evitar esto. Dejando un gran entusiasmo para la presentación de los trabajos libres que entusiastamente los médicos del Hospital General de Tijuana y del Hospital General de Mexicali, se dieron a la tarea de desarrollar, dando fin a la segunda jornada de este evento.

2 de febrero del 2008, tercer y último día de Congreso en Mexicali. Engalanado con la presencia de profesores como el Dr. Gilberto López Betancourt, iniciaron los módulos de colon y recto, que magistralmente fueron desarrollados por el Dr. Reyes Betancourt Linares,

Reunión...

(Continúa de la página 11)

el Dr. Carlos Belmonte Montes, el Dr. Víctor Medina Ramonett y el Dr. Mario Alberto Pacheco Pérez. Complementaron las conferencias magistrales el Dr. David Lasky Markovich y el Dr. José A. Marín Méndez. Como último módulo, siendo éste uno de los que más interés se tenía, el de Cirugía Metabólica, fue abordado por uno de los pioneros y reconocido por todos los que en algún momento han estado interesados del tema, el Dr. Je-



De izquierda a derecha: Dr. Alfonso Pérez Morales, Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General; Dr. José Guadalupe Bustamante Moreno, Secretario de Salud del Estado de Baja California; Dr. Juan Francisco Arellano Ramos, Presidente del Colegio de Cirujanos Generales de Mexicali.



Dr. Eduardo J. Jaramillo de la Torre, Presidente del Colegio de Cirujanos Generales de Tijuana BC; Dr. Sergio Romo Barraza, Director de la Facultad de Medicina Mexicali de la UABC.

sús Arguelles Sarmiento: nos habló de las bases fisiopatológicas de la cirugía metabólica y los procedimientos quirúrgicos realizados para ésta y magistralmente secundado por el Dr. Gilberto Ungson Beltrán; una plática que nos dejó ver que sí es una realidad la cirugía metabólica.

Al final del día y con auditorio lleno, manifestando el interés a unas jornadas extenuantes pero por demás interesantes, el Dr. Alfonso Gerardo Pérez Morales, presidente de la AMCG y presidió la ceremonia de clausura, realizando una breve reseña del evento, mostrando los resultados de las encuestas en las que se manifestó lo visto durante el Congreso y el interés al evento y a las actividades de Colegios y Asociaciones, el compromiso de los encuestados a formar parte de las actividades de nuestros Colegios. Agradeció y felicitó al Colegio de Cirujanos de Mexicali presidido por el Dr. Juan F. Arellano Ramos y a las autoridades locales por la brillante labor realizada en la organización y realización del Congreso Regional de Cirugía General, dándole un punto y dejando una huella que en Mexicali difícilmente será borrada, no sólo por la calidad de los profesores que acompañaron la realización de este Congreso sino por la calidez y compañerismo que se vivió durante estos tres días.



Asistentes a la Reunión Regional Mexicali.

Reunión Regional Monterrey

Dr. Juan B. Medina Portillo

Del 27 al 29 de marzo se llevó a cabo la IV Reunión Regional Noreste, la III Reunión del ACS Capítulo Noreste México, XIX Curso de Cirugía General del Colegio de Especialistas en Cirugía General del estado de Nuevo León, en el Centro Convex; se contó con la participación de 8 Sociedades, lo que le dio realce al Curso, se contó con la participación de 200 asistentes. Se manejó por módulos, los cuales fueron coordinados por expertos en el tema, contaron con profesores extran-

jeros como el Dr. Adrián Ortega, reconocido Cirujano en el manejo de los padecimientos de colon y recto. De igual manera el Dr. Hugo Villar que participó con una conferencia magistral.

También se llevó a cabo el cambio de Mesa Directiva del Colegio de Especialistas en Cirugía General del Estado de Nuevo León, tomó posesión como presidente el Dr. Ángel Méndez Pérez y salió electo Vicepresidente el Dr. José Tulio Puentes de la Garza.



De izquierda a derecha: Dr. Héctor Noyola Villalobos, Dr. Alfonso Pérez Morales y Dra. Lilia Cote Estrada.



Panorámica de asistentes a la Reunión Regional.



Dra. Lilia Cote Estrada, Dr. Alfonso Pérez Morales y Dr. Héctor Marroquín.

V Congreso Internacional en Cirugía General. De la Tradición a la Modernidad en Cirugía Guadalajara, Jalisco

Acad. Dr. en C. Roberto Anaya Prado y Dr. Manuel Aceves Ávalos

Introducción

El pasado 12 de marzo de 2008 fue inaugurado oficialmente el *V Congreso Internacional de Cirugía General*, que tradicionalmente organiza cada dos años el Colegio de Especialistas en Cirugía General de Jalisco. Habitualmente, este Congreso recibe una denominación, que es dependiente de la propuesta que se plantea como objetivo principal a perseguir, mismo que se logra con la temática abordada. En esta ocasión se ha titulado: de la Tradición a la Modernidad en Cirugía. Esta denominación ha sido motivada por la sentida percepción de que el avance científico-tecnológico abrumador en los últimos años, pueda hacer que la modernidad deba prevalecer sobre la tradición; o por el contrario, que la falta de solidez en las pruebas ofrecidas por los avances científicos-tecnológicos haga que la tradición aún resista la prueba del tiempo. En este orden de ideas, el Comité Organizador decidió realizar una Reunión Académica donde se debatiera sobre la pertinencia de las tradiciones sobre la modernidad, o si ésta necesariamente ha hecho que las tradiciones deban ser abandonadas.

Para la inauguración oficial, hemos contado con la honrosa presencia de los representantes oficiales del Municipio de Guadalajara, Dr. Alfonso Petersen Farah; de la XV Zona Militar, Dr. Guillermo Arana Pozos; de la Asociación Mexicana de Cirugía General, Dra. Lilia Cote Estrada, Vicepresidente; del Hospital San Javier, Dr. Narciso León Quintero, Director Médico y Dr. Juan J Salazar, Jefe de Enseñanza; del Colegio de Especialistas en Cirugía General de Jalisco en la persona de su Presidente, Dr. Manuel Aceves Ávalos, y del Capítulo Noroccidental del Colegio Americano de Cirujanos en las personas del Dr. James Murray Nungaray, Gobernador y Dr. Roberto Anaya Prado, Presidente. Esta inauguración se ha vestido con un Cocktail de bienvenida para todos los asistentes.

Aunque oficialmente el Congreso ha sido inaugurado el 12 de marzo, éste dio inicio el día 11 del mismo mes y año con los Cursos Pre-Congreso: Obesidad y

Cirugía Metabólica; Hernia; Manejo de Infecciones en Cirugía; y Engrapadoras Quirúrgicas Mecánicas. Todos estos Cursos estuvieron completos en profesorado y alumnos, e incluyeron prácticas/talleres con pacientes y animales (sólo en el caso del curso de grapeo mecánico).

Propósito del Congreso

Conscientes del compromiso de elevar los estándares de competencia profesional de los cirujanos de nuestro país, el Congreso fue preparado con un programa de actualidad que resaltó lo novedoso de todas las áreas importantes para los estudiosos de la cirugía. Ha puesto énfasis especial en cómo la tecnología ha impactado en la toma de decisiones en los abordajes diagnósticos y quirúrgicos, y en cómo ésta (la tecnología) ha permitido retomar condiciones que tradicionalmente eran difíciles o imposibles de operar. De la misma manera, el Congreso buscó ayudar a identificar cómo la cirugía ha transitado de un periodo de largas tradiciones a la cirugía moderna, que pone en juego observaciones sólidas, con juicio crítico y metodológico del avance tecnológico, y de cómo ésta ha permitido realizar, hoy, procedimientos inimaginables en el siglo pasado. Igualmente, el Congreso fue diseñado para ayudar a mantener actualizado al cirujano en los nuevos tratamientos de trastornos quirúrgicos y en los avances más recientes de técnicas en el manejo de condiciones que afectan al tracto gastrointestinal, de las condiciones que alteran la arquitectura de la pared abdominal, y de condiciones que perturban la homeostasis cardiovascular y respiratoria ocasionada por el trauma civil y de guerra. Se prestó especial atención a las controversias emergentes acerca de diferentes modalidades de tratamiento abierto, laparoscópico o endoscópico; y buscó identificar las fortalezas y debilidades, y las ventajas y desventajas relativas de cada uno de estos abordajes. Para todo esto, líderes y expertos nacionales e internacionales proporcionaron un análisis profundo de los abordajes actuales en una gran variedad de condiciones clínicas.

V Congreso...

(Continúa de la página 14)

Organizaciones participantes

En esta ocasión, el V Congreso Internacional se llevó a cabo en forma conjunta por el Colegio de Especialistas en Cirugía General de Jalisco, los Capítulos Noroccidental, México y Noreste del Colegio Americano de Cirujanos, la Asociación Mexicana de Cirugía General/Colegio de Postgraduados en Cirugía General y el Hospital San Javier. El unir esfuerzos entre Instituciones sólidas, con experiencia y tradición académica, es la mejor manera de identificar a los tiempos modernos en la optimización de recursos, vínculos con la industria relacionada con la cirugía y la fraternidad entre profesores y cirujanos de diferentes partes del mundo. Todo ello ha dado como resultado un evento rico en experiencias y permitido un escenario no sólo de aprendizaje; también, Guadalajara ha sido una vez más un espacio ideal para el encuentro y reencuentro de nuevos y viejos amigos.

Especialmente resaltamos la honrosa participación de los Capítulos México, Noreste y Noroccidental del Colegio Americano de Cirujanos. El apoyo solícito de los Drs. Octavio Ruiz Speare y Moisés Zielanowski (Gobernador y Presidente del capítulo México), de los Drs. Gilberto López Betancourt y Héctor Marroquín Garza (Gobernador y Presidente del Capítulo Noreste), y del Dr. James Murray Nungaray, Gobernador del Capítulo Noroccidental quien fue bienvenido por el Dr. Manuel Aceves Ávalos, Presidente del Colegio de Especialistas en Cirugía General de Jalisco y Organizador General del Magno Evento, y por las Autoridades del Hospital San Javier de Guadalajara en las personas de los Drs. Narciso León Quintero (Director Médico) y Dr. Salazar (Jefe de Enseñanza del mismo nosocomio). Sin lugar a dudas su participación ha contribuido enormemente en la realización de un encuentro de Clase Mundial. No menos importante fue la participación del Hospital San Javier que, con experiencia ganada en eventos de similares proporciones, ha sido pilar fundamental en la gestión de recursos, profesores, patrocinios y logística; todo ello redundó en un evento de alcances internacionales de altísima calidad.

Mención especial merecen los hospitales civiles de Guadalajara que, si bien no estuvieron directamente involucrados en la organización de todo el evento, su personal, profesores e infraestructura bien instalada han representado una fortaleza esencial en la culminación exitosa de los Cursos Precongreso. En sus instalaciones se llevó a cabo tanto la carga teórica como las intervenciones quirúrgicas en los pacientes seleccionados para tales efectos.

Acerca de los profesores

Cualquier reunión científica elegantemente preparada en papel, no tendría ningún valor si no cuenta con profesores de calidad. En este sentido, el Comité Organizador revisó meticulosamente la posibilidad de prestar las mejores propuestas con profesores de calidad para la temática abordada. De esta manera, se buscó identificar a aquellos facultativos con experiencia respaldada no sólo en evidencias científicas sólidas, también en instituciones igualmente prestigiosas. Venturosamente se pudo coincidir con profesores de renombre, con producción científica sólida, y procedentes de instituciones tomadas en muchas instancias como puntos de referencia en el área de su competencia. Así, hemos contado con profesores provenientes de Brasil, Chile, Estados Unidos de América y Venezuela. En el caso de Brasil nos acompañaron los Drs. Almino Cardoso Ramos y Manoel Galvão Neto, cirujanos expertos en cirugía de obesidad; de Chile, el Dr. Alexis Escalona Pérez, quien también cuenta con una buena casuística en abordajes para el manejo de la obesidad; de Estados Unidos de Norteamérica, los Drs. Charles J Fox de Bethesda, la Dra. Anke H. Scultetus de Washington, el Dr. Raúl Marín de Washington, el Dr. Steven Bonomo de Chicago, el Dr. Joaquín S Aldrete de Alabama, el Dr. Michael Ujiki de Portland, el Dr. Philip Donahue de Chicago, el Dr. Robert Gaisor de Chicago y la Dra. Mimi Ho de Chicago, todos ellos con amplia experiencia en el manejo de trauma de guerra y civil, cirugía gastrointestinal y de trasplante; y el Dr. Ricardo Alfonso Núñez de Venezuela quien también tiene experiencia en el manejo de cirugía para la obesidad mórbida. Destacamos importantemente la participación de la armada de los Estados Unidos que ha venido a compartir las experiencias obtenidas en el trauma de guerra que ahora ha sido importado, en el caso del terrorismo moderno, a la vida civil.

Como es de esperarse en eventos nacionales de esta magnitud, la participación de profesores nacionales de prestigio internacional ha sido fundamental para el éxito de este magno evento y, para no pasar por alto ningún nombre, señalamos que tuvimos la participación de destacados Cirujanos de las ciudades de: México, DF, San Luis Potosí, Veracruz, Puerto Vallarta, Jal; Querétaro, León, Gto; Tepatitlán Jal; Monterrey, NL; Hermosillo, Son; Durango, Dgo; Puebla, Pue; Villahermosa, Tab; Mérida, Yuc; Cd. Victoria, Tamps; Tijuana BC, y por supuesto de la Cd. de Guadalajara. Todos los profesores han sido elegidos pensando en sus áreas de mayor experiencia.

V Congreso...

(Continúa de la página 15)

En este escenario, el V Congreso Internacional en Cirugía General ha contado con la participación de trece (13) profesores internacionales y más de setenta (70) nacionales. En un escenario ideal, los profesores han vivido con agrado la asistencia de más de 400 (cuatrocientos) cirujanos participantes del país que, tan sólo por señalar algunas procedencias, incluyeron entre otros a Cuernavaca, el Distrito Federal, Zacatecas, Aguascalientes, Tabasco, Nayarit, Michoacán, Guerrero, Nuevo León, Tamaulipas y del interior del estado de Jalisco.

Acerca del programa

El programa científico presentado a los asistentes abordó condiciones que afectan al tracto gastrointestinal, que alteran la arquitectura de la pared abdominal, y condiciones que perturban la homeostasis cardiovascular y respiratoria ocasionada por el trauma civil de guerra. Siempre debatiendo entre las mejores evidencias disponibles entre los abordajes abierto y laparoscópico. Se prestó atención especial a los aspectos legales, educacionales y de profesionalismo que deben imperar en la práctica quirúrgica/médica cotidiana. De esta manera, se abordaron temas que tienen que ver con cirugía de obesidad, cirugía de hernia, trauma civil y de guerra, pancreatitis, lesiones de la vía biliar, patología y cirugía de tiroides, sepsis abdominal, síndrome compartimental abdominal, trastornos de la cicatrización, patología y cirugía colorrectal, entre otros.



De Izquierda a derecha. Dr. Manuel Aceves Ávalos y Dr. Roberto Anaya Prado

Conclusión

Podemos referir que este V Congreso Internacional en Cirugía General, «De la Tradición a la Modernidad», cumplió plenamente con los objetivos propuestos. Planteó un programa ambicioso donde se abordaron tópicos de interés para la práctica quirúrgica moderna y cotidiana, debatió sobre la tradición y la modernidad en el ejercicio de la profesión en los diferentes abordajes, presentó alternativas quirúrgicas muy novedosas (p. ej. cirugía por «orificios»), desarrolló cursos-talleres como actividades precongreso, presentó un escenario ideal para el encuen-



Dr. Philip Donahue, de la Thomas Jefferson University en Chicago, Ill.



Dr. Manoel Galvão Neto. Del Gastro Obeso Center en São Paulo, Brasil.

V Congreso...

(Continúa de la página 16)

tro y reencuentro de viejos y nuevos amigos, además de ser el escenario de una convivencia sana en una ciudad que brinda todas las alternativas de acceso y esparcimiento.

Para ello ha contado con la participación y colaboración de prestigiosos colegios e instituciones hospitalarias, de profesores de renombre internacional y nacional. Finalmente, este encuentro ha contado con lo más importante, sus participantes, cirujanos interesados en se-

guir creciendo, ávidos de conocer las nuevas propuestas para llevarlas a sus comunidades y mantener los más altos estándares de calidad en el ámbito de su ejercicio profesional. Con ello se cierra y se cumple con la finalidad de todo encuentro académico: Congresos realizados para cumplir con una función profesional de las agrupaciones quirúrgicas y asistentes que buscan sostener su responsabilidad profesional de educación médica continua.



Dr. Michael Ujiki. Del Legacy Health Center en Portland, Oregon.



De izquierda a derecha. Dr. Magdiel Trinidad, Dr. Raúl Marín, Dra. Anke H. Scultetus, Dr. Charles J. Fox, Dr. Antonio Mora Huerta. En la presentación del Módulo de Trauma de Guerra al Trauma Civil

Comité Editorial. Asesor Permanente Plan de Trabajo 2008

Dr. Guillermo León López

I. Introducción

Es importante reconocer que la labor Editorial de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG) y del Colegio de Postgraduados en Cirugía General (CPCG) debe ser permanente, en la que deben participar

todos los asociados, dirigidos por los equipos ejecutivos de ambas corporaciones; sin la colaboración de ambos elementos, el producir y distribuir literatura relacionada con la cirugía general no sería posible.

En la actualidad, y tras el esfuerzo de cada una de las Mesas Directivas que han conducido el destino de la

Comité Editorial...

(Continúa de la página 17)

AMCG y del CPCG, apoyados por el Consejo Consultivo, en el lapso de 34 años se han cumplido metas importantes en el área editorial; de ello son prueba: **Cirujano General**, que este año cumple 30 años de publicarse en forma continua, y el **Boletín de la AMCG y CPCG**, con 13 años de vida editorial, y la publicación de varios títulos de libros dedicados a la cirugía general, entre los cuales destaca el **Tratado de Cirugía General** (1ª Ed. 2003 y, en preparación, la 2ª edición que aparecerá durante este año 2008).

Creo que resulta trascendente para la AMCG/CPCG continuar apoyando estas actividades, pero más importante resulta consolidarlas y dirigir la mirada hacia el futuro, porque como escribía **José Ortega y Gasset**: “*Sólo es posible avanzar cuando se mira lejos*”, y con ello involucrar a un mayor número de asociados en la difícil pero estimulante creación de obras que diseminen la esencia espiritual, humanística y científica de ambas corporaciones. Es por ello que resulta todo un acierto la creación de la figura de un Asesor Permanente para facilitar estas tareas.

II. Misión

La misión de este Comité se encuentra implícita en el enunciado de la misión de la AMCG y el CPCG que dice: “**Proporcionar a nuestros asociados educación y actualización permanente**”, con ello deberemos dar cumplimiento de la Norma ISO 9001:2000 que nos otorga el Certificado de Calidad. ¿Cómo alcanzar esta misión? a través de las publicaciones: revista, boletín y libros que la AMCG y el CPCG patrocinan y difunden.

III. Visión

Al avanzar y cumplir nuestra misión estaremos coadyuvando en “**lograr posicionar a la organización en los ámbitos académicos nacional e internacional**”, propósito al que se refiere el enunciado respectivo en la declaración de la AMCG/CPCG al certificarse con la Norma ISO 9001:2000.

IV. Objetivos

El Comité Editorial y su facilitador, el Asesor Permanente, deben:

1. Mantener, como hasta ahora, la regularidad, en tiempo y forma, de la aparición trimestral de **Cirujano General** y el **Boletín de la AMCG/CPCG**; deben apare-

cer, de ser posible, durante el último mes del trimestre respectivo.

2. Lograr la inclusión de **Cirujano General** en *Index Medicus* durante el año 2008. A este respecto, será la tercera aplicación de solicitud de ingreso en tan prestigiado índice. Al mismo tiempo, mantener a la revista en los índices en que actualmente se encuentra.
3. Ubicar en línea (electrónica) el proceso editorial con el propósito de agilizar el manejo de originales, antes del envío de los mismos a la imprenta.
4. Traducir al idioma inglés el contenido de cada número de **Cirujano General** para su difusión, únicamente en línea (electrónica), a través del Portal de la AMCG/CPCG para llegar a un mayor número de lectores en el ámbito internacional que ya lo consultan en español.
5. Elaborar el diseño para una nueva portada para el Boletín de la AMCG/CPCG, solicitando a los Colegios y Sociedades filiales, a través de sus presidentes, la participación de sus asociados con el envío de propuestas de portada, para la selección de un Comité “ad hoc” para tal fin.
6. Estimular la producción de obras quirúrgicas biomédicas en el ámbito nacional, promoviendo la publicación de éstas con contenidos que difundan experiencias regionales, acorde con la estructura corporativa de los Colegios y Sociedades que conforman la AMCG/CPCG en todo el país.

V. Reglamentación

1. Mantener la normatividad del apego a las Normas Internacionales para la aceptación de originales para la revista **Cirujano General**.
2. Formular el instructivo que contenga Información para los Autores que envíen originales para el Boletín de la AMCG/CPCG, de forma tal que un decálogo de instrucciones definan la finalidad y la filosofía, el cómo y el porqué, el dónde y el cuándo de la publicación.
3. Elaborar un anteproyecto para reglamentar el patrocinio y la selección de obras, por parte de la Asociación y el Colegio, para la publicación de textos relacionados con la cirugía general y ramas afines.
4. Elaborar un anteproyecto para la selección de una portada para el Boletín de la AMCG/CPCG, en la modalidad de concurso, con la participación de los asociados de todo el país.

Comité Científico

Estimado socio(a):

Te recordamos que ya está abierto el registro para trabajos libres y que la fecha límite es el 1 de junio de 2008. De igual manera ya está en el portal la información preliminar del XXXII Congreso Internacional de Cirugía General

www.amcg.org.mx

Te esperamos en Veracruz 2008.

Proyecto Enlace Convenio con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dra. Lilia Cote Estrada

Con la finalidad de continuar con las actividades del Proyecto Enlace, en esta ocasión durante el desarrollo de ECOS de Cirugía General en la ciudad de México se efectuó la firma de la Carta intención para el Convenio entre la Asociación Mexicana de Cirugía General, Colegio de Postgraduados en Cirugía General y Federación de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el 22 de febrero del año en curso. El Lic. José Antonio Zavala Subcomisionado jurídico representó a la CONAMED y la Dra. Lilia Cote Estrada, Vicepresidenta a la AMCG, CPCG y FCAECG.

El convenio tiene como objetivo establecer mecanismos de colaboración entre estas organizaciones a través de asesorías y trabajo conjunto en las áreas académica, investigación, promoción y difusión en el ámbito de sus atribuciones, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la relación médico-paciente, prevenir las controversias que pudieran generarse en la prestación de los servicios médicos de cirugía general y procurar una mejora continua en la calidad de la atención médica.

Desafortunadamente, día con día se han incrementado las inconformidades, quejas y demandas contra el cirujano general, y aunque la génesis de este problema es multifactorial y no necesariamente en todos los casos existe mala práctica, es un hecho que entre tanto no identifique-

mos las áreas de riesgo, reconozcamos los errores, y trabajemos con mayor intensidad a favor de la prevención, el resultado será limitado.

Uno de los factores reconocidos como parte importante del deterioro de la relación médico-paciente es la comunicación poco efectiva entre ambos; por un lado el paciente no siempre proporciona información completa, veraz y oportuna, que conduzca al médico al mejor diagnóstico y plan terapéutico, y por el otro, el médico subestima la necesidad del paciente por ser escuchado e informado lo suficiente para cubrir sus expectativas tanto de la atención médica como parte inicial, como de la propia terapia prescrita, que conducirá al restablecimiento de su salud. La comunicación efectiva y empática permitirá establecer una relación casi siempre libre de conflictos.

Aunque el enfoque preventivo es prioritario, cuando ya existe una inconformidad o denuncia, la participación del perito es fundamental, pues orientará al juzgador en la toma de decisiones ya sea durante el proceso jurídico o en la resolución alternativa de conflictos. En ambas situaciones la labor a realizar en la comunidad quirúrgica se favorecerá a través de trabajo conjunto: intercambio académico, de investigación, y editorial, así como la participación de los peritos de la AMCG en el análisis de los casos de la CONAMED.

Proyecto enlace...

(Continúa de la página 19)



Lic. José Antonio Zavala. Subcomisionado Jurídico CONAMED



Dra. Lilia Cote Estrada y Lic. José Antonio Zavala

Proyecto Enlace. Propuestas al Órgano Legislativo

Dra. Lilia Cote Estrada, Dr. Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena, Lic. Abraham Dávila

En seguimiento al Proyecto Enlace, el 21 de septiembre de 2007 se llevó a cabo en el recinto legislativo la reunión de trabajo «El Profesional de la Salud en la Cámara de Diputados», por invitación del Dr. Ector Jaime Ramírez Barba, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, y como participantes: integrantes de la FENACOME (Federación Nacional de Colegios Médicos), y de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG), Colegio de Postgraduados en Cirugía General (CPCG) y Federación de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General (FCAECG), el Dr. Antonio Carrasco, Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía; El Lic. José Antonio Zavala, Subcomisionado de la CONAMED; Lic. Abraham Dávila, Director de Medical Legal Center; Lic. Agustín Ramírez, Presidente de la Academia Mexicana de Solución Alternativa de Conflictos; Dra. Lilia Cote Estrada, Dra. Elena López Ga-

vito, Dra. Angélica González Muñoz, Dr. Jorge Luis Mariñelarena M, Dr. Jorge Zendejas Vázquez, Dr. Ricardo Zurita, Dr. Francisco Cuevas, Dr. Bernardo Medina Portillo y Dr. Alejandro Weber S.

Los integrantes de la FENACOME expusieron su preocupación por la falta de regulación ante la creación de múltiples colegios médicos y los de la AMCG, CPCG y FCAECG presentaron cuatro propuestas.

- I. Fiscal. Inclusión tasa 0 para el pago de impuestos a los profesionales de la salud.
- II. Adición a la Ley General de Salud: Obligaciones para los usuarios.
- III. Carta de Consentimiento bajo información, como excluyente de delito.
- IV. Librar orden de presentación, en lugar de orden de aprehensión.

Proyecto Enlace...

(Continúa de la página 20)

I. Fiscal. Inclusión tasa 0 para el pago de impuestos a los profesionales de la salud.

I. Los profesionales de la salud que ejercemos en este país y prestamos servicios independientes, vivimos una situación fiscal diferente al resto de los profesionistas; como lo preve la Ley del Impuesto al Valor Agregado en su artículo 15 fracción XVI no se pagará este impuesto por los servicios profesionales médicos, convirtiendo a este sector en consumidores finales de dicho impuesto, por lo que se tiene que agregar a los gastos de deducibles del Impuesto Sobre la Renta (ISR); no es lo mismo para el resto de los profesionales, quienes sí cobran el IVA en todos sus recibos y además lo recuperan al acreditarlo, es decir, se los devuelven, creando con ello un trato inequitativo para el gremio médico.

Entendemos que la intención del legislador al crear la exención del IVA en los servicios profesionales médicos independientes, fue no gravar a los pacientes y no encarecer dichos servicios, en lo cual estamos totalmente de acuerdo; si esa es la intención, no es explicable por qué no estamos incluidos en la tasa 0 del IVA, en donde no se encarece el servicio al paciente pues se cobra 0 pesos del IVA y con este régimen sí estamos en equidad y justicia con el resto de los profesionistas, ya que con ello recuperaríamos el IVA en todos nuestros gastos deducibles del ISR generados para el ejercicio de nuestra profesión.

Ley del Impuesto al Valor Agregado

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1o. Están obligadas al pago del impuesto al valor agregado establecido en esta Ley, las personas físicas y las morales que, en territorio nacional, realicen los actos o actividades siguientes:

Párrafo reformado DOF 30-12-1980

- I. Enajenen bienes.
- II. Presten servicios independientes.
- III. Otorguen el uso o goce temporal de bienes.
- IV. Importen bienes o servicios.

El impuesto se calculará aplicando los valores que señala esta Ley, la tasa del 15%. El impuesto al valor agregado

en ningún caso se considerará que forma parte de dichos valores.

Párrafo reformado DOF 31-12-1982, 21-11-1991, 27-03-1995

El contribuyente trasladará dicho impuesto, en forma expresa y por separado, a las personas que adquieran los bienes, los usen o gocen temporalmente, o reciban los servicios. Se entenderá por traslado del impuesto el cobro o cargo que el contribuyente debe hacer a dichas personas de un monto equivalente al impuesto establecido en esta Ley, inclusive cuando se retenga en los términos de los artículos 1o.-A ó 3o., tercer párrafo de la misma.

Párrafo reformado DOF 31-12-1998

El traslado del impuesto a que se refiere este artículo no se considerará violatorio de precios o tarifas, incluyendo los oficiales.

Comentario. Es en este artículo que radica la generalidad de los servicios independientes y así sería equitativo y proporcional, pues dice que... están obligados al pago de este impuesto... Los servicios profesionales independientes.

Artículo 2o. A. *El impuesto se calculará aplicando la tasa del 0% a los valores a que se refiere esta Ley, cuando se realicen los actos o actividades siguientes:*

I. La enajenación de:

- a). Animales y vegetales que no estén industrializados, salvo el hule.

Para estos efectos, se considera que la madera en trozo o descortezada no está industrializada.

Párrafo adicionado DOF 30-12-2002

Inciso reformado DOF 21-11-1991

b) *Medicinas de patente* y productos destinados a la alimentación a excepción de:

1. Bebidas distintas de la leche, inclusive cuando las mismas tengan la naturaleza de alimentos. Quedan comprendidos en este numeral los jugos, los néctares y los concentrados de frutas o de verduras, cualquiera que sea su presentación, densidad o el peso del contenido de estas materias.
2. Jarabes o concentrados para preparar refrescos que se expendan en envases abiertos utilizando apar-

Proyecto Enlace...

(Continúa de la página 21)

tos eléctricos o mecánicos, así como los concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores que al diluirse permitan obtener refrescos.

3. Caviar, salmón ahumado y angulas.
4. Saborizantes, microencapsulados y aditivos alimenticios.

Numeral adicionado DOF 31-12-1999
Inciso reformado DOF 31-12-1982, 15-12-1995

Comentario. Es en este artículo donde se incluyen las medicinas de patente, donde deberíamos estar los profesionistas médicos independientes, para estar en igualdad de condiciones fiscales que los demás profesionistas independientes.

El pago del IVA se explica con el siguiente ejemplo:

Profesionista médico	Profesionista no médico
600,000 ingreso bruto	600,000 ingreso bruto
60% gastos deducibles	60% gastos deducibles
360,000 gastos deducibles	360,000 gastos deducibles
15% IVA	15% IVA
54,000 IVA a cuenta de deducción	54,000 IVA a cuenta de deducción
No traslada su IVA lo paga	Sí traslada su IVA, no lo paga

El profesional de la medicina paga al año 54,000 pesos más que otro profesional y como la misma Ley del IVA autoriza a los Estados a cobrar el impuesto cedular del 2 al 5% a los exentos de IVA, entonces se agrega una carga fiscal más al profesional médico

Por lo tanto, un profesional de la medicina paga de su bolsa el 30% del ISR, el 15% del IVA y del 2 al 5% de impuesto cedular en los estados.
En cambio, el profesional no médico sólo paga el 30% del ISR y ningún otro impuesto más.

Por lo anteriormente expuesto se propone incluir al profesional médico en tasa 0 para estar en equidad con el resto de los profesionales.

II. Obligaciones del usuario:

El acto médico está protagonizado por dos actores, el paciente y el médico y en la medida de que exista una relación empática las condiciones y resultados serán exitosas. Es importante resal-

tar la importancia de la bilateralidad de esta relación, así cobra relevancia la existencia tanto de derechos como de obligaciones para ambos. En este sentido, el mayor número de obligaciones están centralizados en los prestadores de servicio; se propone la adición de obligaciones para los usuarios en el ánimo de mejorar la calidad de atención médica.

Adición al Capítulo II, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios

- El usuario deberá proporcionar al profesional de salud, información completa, veraz y oportuna de los datos solicitados, en relación con los antecedentes o las condiciones actuales del padecimiento, por el cual solicita atención médica a fin de establecer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico con mayor precisión.
- El usuario en uso de su autonomía, y habiendo aceptado la terapéutica correspondiente a su padecimiento, deberá mostrar apego a la terapia prescrita por el profesional de salud para favorecer el pronóstico y la rehabilitación en beneficio de su salud.

III. Consentimiento bajo información, como excluyente de delito

Artículo 15 del Código Federal de Procedimientos Penales

El delito se excluye cuando:

III Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:

- a) Que el bien jurídico sea disponible
- b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo
- c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio, o bien que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundamentalmente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo;

Se propone adicionar el siguiente inciso:

Que siendo la salud el bien jurídico protegido por la ley, solamente podrá aplicarse este dispositivo en los casos en que se trate de riesgos inherentes a los procedimientos médicos, cuando se encuentran debidamente sustentados en la medicina basada en evidencias y se hayan previsto en la Carta de consentimiento bajo información.

Proyecto Enlace...

(Continúa de la página 22)

IV. Orden de presentación en lugar de orden de aprehensión.

Reforma al artículo 157 CFPP

- I. Que el principal objetivo de la aprehensión en el procedimiento penal, es el llamamiento a juicio, esto es, emplazar al sujeto activo del delito, para que se someta a un procedimiento penal en el que podrá ser condenado o absuelto.
- II. La legislación actual dio un gran paso hace algunos años cuando distinguió en el artículo 194 del Código Federal de Procedimientos Penales, los delitos *Graves* de los *No graves*; la diferencia entre unos y otros radica ahora en que los segundos tienen el beneficio de la libertad provisional bajo caución, esto es, que pueden estar sujetos del procedimiento penal en libertad, mientras que los primeros son sujetos del procedimiento penal pero privados de su libertad, esto dada la gravedad del delito que se les imputa.
- III. El paso se dio en virtud de que existían delitos *No graves*, donde el procedimiento penal tenía que instaurarse, encontrándose el indiciado privado de su libertad, sólo porque el delito que se le instruía tenía una penalidad cuyo término medio aritmético de la pena, excedía de 5 años.
- IV. Se logró entonces que el factor para determinar si el procesado tenía derecho o no a que su proceso penal tuviera el beneficio de ser llevado en libertad o privado de su libertad, dejará de ser si el término medio aritmético de la pena excedía de 5 años, *Sino la gravedad o no gravedad del delito*, distinguiendo por ello la legislación actual entre los delitos graves y los delitos no graves, que en la actualidad es el factor para determinar si el inculpado tiene derecho a ser procesado en libertad o privado de su libertad.
- V. Ahora bien, la legislación vigente también distingue los delitos dolosos de los culposos (Artículo 8 y 9 del Código Penal Federal); los primeros son aquéllos donde conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible el resultado típico, se quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley; esto es, donde existe la *Intención* para cometer el delito; mientras que los segundos, los culposos, son aquéllos donde se produce el resultado típico, que no se previó siendo previsible, o se previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales.
- VI. En síntesis, la diferencia entre uno y otro radica en la *Intención* de causar o no el resultado típico o delito. En ese sentido, todos los delitos *Culposos* que no son calificados como *Graves*, tienen el beneficio de someterse al procedimiento penal en libertad, sin encontrarse presos, siempre y cuando se garantice, a juicio del juzgador, *que no se sustraiga de la acción de la justicia y garantice la reparación del daño*, del delito que haya con-signado el Representante Social.
- VII. En ese sentido, es importante destacar que en el caso de los delitos *Culposos*, nunca existe la intención de causar un daño; sin embargo en todos los casos es triste que la legislación actual establezca que al tratarse de delitos que imponen una pena de prisión, para ser emplazados al procedimiento penal, tengan que ser privados de su libertad, librándose una orden de aprehensión, para luego, inmediatamente ser liberados al rendir su declaración preparatoria, al hacer uso del beneficio de la libertad provisional bajo caución en términos del artículo 399 del Código Federal de Procedimientos Penales, pero habiendo vivido la desagradable experiencia de ser detenido por agentes de la Policía y recluido en un Reclusorio, aun y cuando se trata de delitos culposos, *donde ni siquiera existió la intención* de causar un daño.
- VIII. Así es que vemos, en la actualidad, ciudadanos que han sido partícipes de un accidente de tránsito, profesionales de la salud que por un riesgo normal causaron un daño en la salud de un usuario, que tienen forzosamente que vivir una experiencia de detención, aun y cuando el principal objetivo de la aprehensión es emplazar el indiciado para que se sujete al procedimiento penal, sin que se sustraiga de la acción de la justicia y siempre y cuando se garantice la reparación del daño y en su caso perjuicio que pudiera haber causado.
- IX. No es actual, que si al fin y al cabo el indiciado garantiza que *no se sustraerá de la acción de la justicia y la probable reparación del daño a que puede ser condenado*, tenga forzosa y necesariamente que ser sometido al procedimiento de aprehensión como lo establece la legislación actual, máxime que se trata de delitos *Culposos*, donde ni siquiera se tuvo la intención de actuar y cometer el delito por el cual se ejerce la acción penal y la de reparación del daño.
- X. En esa virtud deberá reformarse lo dispuesto en el artículo 157 del Código Federal de Procedimiento Penales, a fin de que en los delitos *Culposos* no considerados como *Graves*, el Juez, en lugar de librar una *Orden de aprehensión*, libre una *Orden de comparecencia*, a fin de que el inculpado se ponga a disposición del juez, se

Proyecto Enlace...

(Continúa de la página 23)

le tome su declaración preparatoria y en dicho acto se le fije la *garantía que deberá otorgar para garantizar que no se sustraiga de la acción de la justicia y en su caso la reparación del daño*, lo que deberá hacer en el plazo máximo de 72 horas, a partir de que se ponga a disposición de la autoridad, so pena de que se libre en su contra *orden de aprehensión*.

- XI. Esta reforma ayudará sobremanera a la cantidad de ciudadanos que habiendo cometido un delito *sin intención*, (*Culposos*), tengan que vivir la amarga experiencia que significa ser privado de su libertad, lo que implica una decepción al sistema de administración, procuración e impartición de justicia actual, cuando al fin y al cabo el objetivo de la aprehensión es emplazar a juicio al indiciado, a fin de que se someta al procedimiento penal, garantizando que no se sustraiga de la acción de la justicia y garantizando la reparación del daño a que pudiera ser condenado. Aunado a que en los delitos culposos el principal objetivo es que el inculpado *garantice* que en caso de resultar responsable, *Pagará la reparación de daños y perjuicios* ocasionados, por lo que si la ley le da la oportunidad al inculpado de un delito *Culposo*, para hacerlo sin ser privado de su libertad, seguramente tendrá la garantía de vivir en un país más justo.

Actual

Artículo 157. En los casos a que se refiere el segundo párrafo del artículo 135, y en todos aquéllos en que el delito no dé

lugar a detención, a pedimento del Ministerio Público se librarán orden de comparecencia en contra del inculpado para que rinda su declaración preparatoria, siempre que existan datos que acrediten el cuerpo del delito y la probable responsabilidad del inculpado.

Reforma

Artículo 157. En los casos a que se refiere el segundo párrafo del artículo 135, en todos aquéllos en que el delito no dé lugar a detención y en los delitos culposos no graves, a pedimento del Ministerio Público se librarán orden de comparecencia en contra del inculpado para que rinda su declaración preparatoria, siempre que existan datos que acrediten el cuerpo del delito y la probable responsabilidad del inculpado.

En el caso de delitos culposos, inmediatamente después de haber rendido su declaración preparatoria, el Juez fijará el monto de la caución que deberá exhibir el inculpado en términos del artículo 399, para garantizar que no se sustraerá a la acción de la justicia, ni al pago de la reparación de los daños y perjuicios que pudieran serle exigidos, a fin de que no se libre en su contra orden de aprehensión, la que deberá cubrir en un máximo de 72 horas. En caso de ser omiso con la caución a que se refiere este artículo, se entiende que el indiciado se ha sustraído de la acción de la justicia y se librarán orden de aprehensión en su contra, siguiendo el procedimiento a que se refiere el tercer párrafo del artículo 142.



De Izquierda a derecha: Dr. José Antonio Carrasco Rojas, Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía General; Dip. Dr. Ector Jaime Ramírez Barba, Presidente de la Comisión de Salud, Cámara de Diputados; Dra. Lilia Cote Estrada Vicepresidenta Asociación Mexicana de Cirugía General

¿Sabías que?

Dra. Guadalupe Chávez Vázquez

De acuerdo al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

... Cuando no sea posible obtener la autorización (consentimiento informado) por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede (familiares o representante legal), los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso, y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Fundamento

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica

Capítulo IV. Disposiciones para la prestación de servicios de hospitales

Artículo 80. En todo hospital y siempre que el estado de salud del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

Artículo 81. En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento al que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso, y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

Hombre, Ciencia y Arte

Dr. César Gutiérrez Samperio

Estas tres palabras tienen un significado tan amplio como el pensamiento, además están íntimamente relacionadas entre sí, ya que no puede haber ciencia ni arte sin la presencia del hombre.

Con anterioridad me referí a la mujer, específicamente a la “mujer cirujano” como reflexión por lo acontecido en la asamblea general de la AMCG y CPCG, durante el Congreso que se realizó en el mes de noviembre próximo pasado en la ciudad de León, Gto. Contendieron para ocupar el cargo de Vicepresidente y posteriormente de Presidente de nuestra corporación dos mujeres, dos

magníficas cirujanas con importantes actividades académicas, me refiero a la Dra. Lilia Cote Estrada y a la Dra. Graciela Zermeño, ambas con suficientes merecimientos para ocupar dichos cargos. Lilia resultó electa y con ello adquirió una gran responsabilidad, con la que seguramente cumplirá con creces.

De tal manera que al hablar del hombre en realidad me estoy refiriendo al “Ser humano” hombre o mujer, sin ninguna diferencia de género, con toda su unicidad biológica, psíquica y espiritual, lo que se manifiesta en el campo de la medicina, que también es un arte, de ahí la expresión



Hombre, Ciencia y Arte...

(Continúa de la página 25)

“LEX ARTIS” que ha adquirido una connotación legal y ética, al referirse a la práctica de la medicina y de la cirugía de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos, aplicados de acuerdo con los principios morales y éticos, con una perspectiva particular y el arte de cada médico, por lo que se habla del “estado del arte” o sea la manera aceptada por nuestros pares para ejercer nuestra profesión.

El pasado domingo 3 de marzo tuve la oportunidad de ver y escuchar el concierto de la Orquesta Filarmónica de la UNAM, en la Sala Netzahualcóyotl de la Ciudad Universitaria, ejecutó el concierto para piano y orquesta número 5 de Beethoven, pero lo extraordinario para mí fue el percatarme que la solista era nada menos que María Teresa Rodríguez, la pianista mexicana con más éxito y más conocida dentro y fuera de nuestro país, quien a pesar de estar en la octava década de la vida no ha perdido ni su habilidad ni su sentimiento; es una virtuosa que siente, expresa y transmite la música, pero además estuvo casada con uno de mis amigos más queridos y respetados, el Dr. Trifón de la Sierra, un hombre íntegro, auténtico, quien también fue cirujano y maestro.

Quiero distraer su atención para relatarles algunos pasajes de la vida de estos personajes con quienes tuve el privilegio de convivir momentos inolvidables, como un sencillo pero sincero homenaje, pues aunque siempre serán recordados, merecen el reconocimiento de todos nosotros. Dos seres diferentes, dos vidas al parecer divergentes, pero que permanecieron juntos y se complementaron por más de 50 años.

María Teresa, mi paisana, nació en Pachuca, Hgo. Estudió piano en la academia del profesor Gomezanda, donde fue compañera de otra niña Hidalguense originaria de Real del Monte, la profesora Aureliana Lara, hija del Dr. Luis Lara, quien siempre la apoyó en su vocación artística; de hecho construyó a un lado de su casa un local donde impartió clases por más de cuatro décadas, con un pequeño auditorio, donde siendo niño escuché por primera vez tocar a María Teresa.

El camino que siguieron estas dos niñas fue diferente, mientras el campo de actividades de la profesora Lara se limitó a Real del Monte, Pachuca, Tulancingo y la ciudad de México, el contexto en el que se ha desenvuelto María Teresa no tiene límites, dio a conocer su arte en todo el mundo y en todas las esferas sociales, desde teatros y salas de conciertos en París, Viena o Nueva York, hasta salones de actos de modestas escuelas públicas o privadas, asilos de ancianos, huérfanos o personas discapacitadas.

María Teresa cursó sus estudios en el Conservatorio Nacional de Música, del que fue maestra y llegó a ser directora, pero su experiencia y sentimiento tal vez emane de su trato con distinguidos músicos, de sus conciertos como solista con las más importantes orquestas, tanto del Continente Americano como de Europa y Asia. Quiero decir que el día del concierto vi a María Teresa cargada de años, pero con la misma expresión de beatitud mientras tocaba, con sus “enormes manos” moviéndose y acariciando el teclado con una precisión y elegancia increíbles, como constataron los asistentes que llenaron la sala de conciertos, quienes al terminar le brindaron de pie un caluroso aplauso por más de cinco minutos. María Teresa regresó al escenario varias veces, recibió varios ramos de flores y finalmente accedió a ejecutar otra obra para piano, “Para Elisa”, también de Beethoven. A mí, como seguramente sucedió a muchos de los asistentes, se me llenaron los ojos de lágrimas.

Su esposo, el Dr. Trifón de la Sierra, fue un médico, un cirujano, un maestro y un amigo excepcional, con una magnífica preparación profesional y una extensa cultura, a lo que agregaba un sentido del humor que lo hizo vivir feliz; cuando lo presentaban a otra persona él mismo decía: “Trifón es mi nombre, no es apodo” fue contemporáneo en la escuela de medicina y en la residencia de distinguidos médicos como Guillermo Soberón y Manuel Campuzano, pero eligió su propio camino: “Vivir plenamente”. Bohemio, con gran don de la palabra que le facilitaba la comunicación con los demás, en sus conferencias pocas veces utilizó proyecciones, al igual que durante sus clases (introducción a la clínica o introducción a la cirugía o nosología básica integral) que impartió con puntualidad a las siete de la mañana en el Hospital General de la SSA, el hospital escuela por excelencia. Durante sus clases, además de medicina se hablaba de todo: problemas sociales, política, deportes, arte, como seguramente recordarán muchos médicos que fueron sus alumnos.

En 1965 se publicó su ameno libro “El gran viaje del hombre” en el que se mezcla la reflexión científica con el humorismo; años después se filmó una película con la misma temática, por cierto con la hermosa actriz Raquel Welch. Escribir un libro, plantar un árbol y tener un hijo, no sé si Trifón plantó un árbol, pero cuando menos de diferente manera regó muchos; tuvo muchos hijos intelectuales en cada uno de sus alumnos y un hijo biológico, Tonathiu de la Sierra Rodríguez, que heredó los genes de sus padres, el amor a la vida y a la

Hombre, Ciencia y Arte...

(Continúa de la página 26)

música, y ha llegado a ser un notable concertista, compositor y director de orquesta; grabó algunos discos con su madre, como el CD "En blanco y negro" que me obsequiaron y estoy escuchando en estos momentos mientras escribo, música para dos pianos de Debussy, Copland, Halffter y Carlos Chávez, el maestro más reconocido y respetado por María Teresa, a quien rindió repetidos homenajes al ejecutar magistralmente sus obras, que siempre ha pugnado por incluir en los programas de sus conciertos.

Como antes dije, Trifón era un hombre fuera de serie, se le reconocía fácilmente por su cabellera y gran bigote blancos y su eterna camisa Mao, ya que usaba corbata; siempre tuvo automóviles Volkswagen ("Para qué quiero otro más caro, si éste me arrastra a donde quiero ir, mejor me gasto el dinero en viajes, libros y discos"). En efecto, con frecuencia acompañó a María Teresa en sus viajes como concertista por diferentes confines del mundo. También la acompañó a recepciones oficiales en el Palacio Nacional o el Castillo de Chapultepec, donde tocaba en las cenas que el Presidente de la República en turno daba a los visitantes distinguidos. Trifón llegaba en su Volkswagen y dejaba a María Teresa en la puerta, los vigilantes a veces le decían "Usted vaya con los choferes y estacione el carro por allá" pues su combinación, camisa Mao y mocasines contrastaban con los vestidos largos, fracs y smokings de los asistentes; nunca discutió, aceptaba la situación con sentido del humor, después con su invitación entraba a la recepción y en forma discreta permanecía alejado hasta que terminara el evento.

Trifón tuvo un papel preponderante en un acontecimiento que marcó la vida médica de México: el "Movimiento médico" de los años 1964 y 1965, que se inició en el Hospital 20 de noviembre del ISSSTE, donde estalló una huelga de residentes, quienes pedían mayor apoyo, recursos y oportunidades para la enseñanza. Vivíamos el régimen dictatorial y represor de Gustavo Díaz Ordaz, así que ante la falta de acuerdos el ejército ocupó el hospital, muchos médicos involucrados en el movimiento, al principio sólo como consejeros, más tarde en forma activa y en el seno del Consejo Nacional de Huelga, fueron cesados: Trifón de la Sierra, Alfredo Vicencio Tovar y Abel Archundia, quien fungía como jefe de residentes, entre otros; todos ellos tuvieron que buscar nuevos rumbos; su sacrificio, como el de muchos otros médicos no fue en vano, fue útil para mejorar las condiciones de trabajo y económicas de muchos médicos.

Así nació el Departamento de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina de la UNAM, única institución que abrió sus puertas y apoyó a los médicos "boletínados" por el gobierno. En un ala desocupada del sexto piso se acondicionó el nuevo Departamento, dirigido en un principio por el Dr. Trifón de la Sierra y posteriormente por el Dr. Abel Archundia; nos integramos el Dr. Bernardo Castro Villagrana, el Dr. Jorge Hernández, quien años después fue Secretario de la Rectoría y el que esto escribe, entre otros. Las instalaciones eran modestas, el bioterio se acondicionó en la azotea, muy diferentes a las actuales que ocupan un edificio completo, pero trabajábamos con gusto con este grupo de amigos.

Debo hacer mención de Andrés Muciño, quien a los 16 años comenzó a trabajar en intendencia; además del aseo del local cuidaba a los animales y nos ayudaba en la cirugía, acabó la preparatoria, estudió medicina y se recibió; actualmente es un médico general de éxito por el rumbo de Contreras. También es digno de recordarse a un estudiante de tercer año de medicina, Luis Padilla Sánchez, con grandes dotes para el estudio y para la cirugía, trabajador, colaborador y respetuoso, pero sobre todo con gran imaginación; siendo estudiante de tercer año diseñó y fabricó una pinza para anastomosis vasculares; años después, ya como especialista, fundó y dirigió el Departamento de Cirugía Experimental del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE; fue colaborador y más tarde socio del Dr. de la Sierra en la práctica privada, como él decía: "Trifón es mi padre intelectual".

Por su popularidad entre los estudiantes ocupó la Secretaría de la Facultad de Medicina de la UNAM; siempre fiel a sus ideales, necesariamente tuvo confrontaciones con las autoridades; todos sabemos que una persona como Trifón no dura en los puestos políticos, así que en los últimos años sólo se dedicó a la práctica privada de la medicina y la cirugía, a la docencia, pues nunca dejó sus clases, a viajar con María Teresa, a quien no se cansaba de escuchar, tal como sucedía en las inolvidables veladas en su casa, en la enorme sala con dos grandes pianos de cola, alfombras y cojines de diferentes estilos, aparte de los banquillos de los pianos ninguna silla. Interminables conversaciones sobre los más diversos temas, vino tinto y blanco, carnes frías y quesos; al inicio de la reunión, María Teresa atendía a los invitados, más tarde, cada quien se atendía por sí mismo; avanzada la noche, María Teresa comenzaba a tocar el piano durante horas, se abstraía del ambiente y se concen-



Hombre, Ciencia y Arte...

(Continúa de la página 27)

traba en la música; pienso que aprovechaba el tiempo para practicar para un próximo concierto.

En una pareja de dos personas brillantes, cuando uno de los integrantes destaca, con más frecuencia la mujer, la pareja se rompe. ¿Por qué Trifón y María Teresa permanecieron juntos durante tantos años y a pesar de que cada uno en su ámbito fue un triunfador? Creo que esta pareja permaneció unida por el amor, el respeto y el reconocimiento mutuo, cuando cada uno de ellos compartía y disfrutaba los éxitos del otro.

Después de dos años en España, a mi regreso me enteré de la muerte de Trifón, la que había ocurrido meses antes; fue durante un Congreso en Cancún y la noticia me la dio precisamente el Dr. Luis Padilla Sánchez;

recordé aquel domingo en Querétaro cuando me llamaron del hotel donde estaba por una epistaxis que no se podía controlar; localizamos al Dr. Cuevas, con él fuimos a su consultorio donde le cauterizó los vasos sanguíneos, la hipertensión arterial era manifiesta, un preludio de la muerte en pocos años.

Al escuchar tocar nuevamente a María Teresa vinieron a mi mente los días de amistad, la convivencia en el trabajo, la alegría en las veladas musicales, en las que el hombre de ciencia disfrutaba el arte, bajo el abrigo de las notas emanadas de las prodigiosas manos de una mujer excepcional.

¡Trifón y María Teresa, todos los queremos!

Comentario al libro: Cirugía en el paciente geriátrico

Dr. Guillermo León López

Durante el último trimestre del año 2007, bajo el sello de la empresa Editorial Alfil y el registro ISBN 968-7620-54-4, se publicó la 1ª Edición del libro: «Cirugía en el paciente geriátrico», con la autoría de los cirujanos Dra. Lilia Cote Estrada y Dr. David Olvera Pérez, quienes contaron con la participación de 88 colaboradores, que en conjunto escribieron 58 capítulos, agrupados en 8 secciones y plasmados en 755 páginas.

Creo, aun con el riesgo de sonar hiperbólico, que se trata de una obra de la literatura biomédica mexicana que reúne dos características: es un libro Fundacional y Fundamental, tanto en extensión como en profundidad.

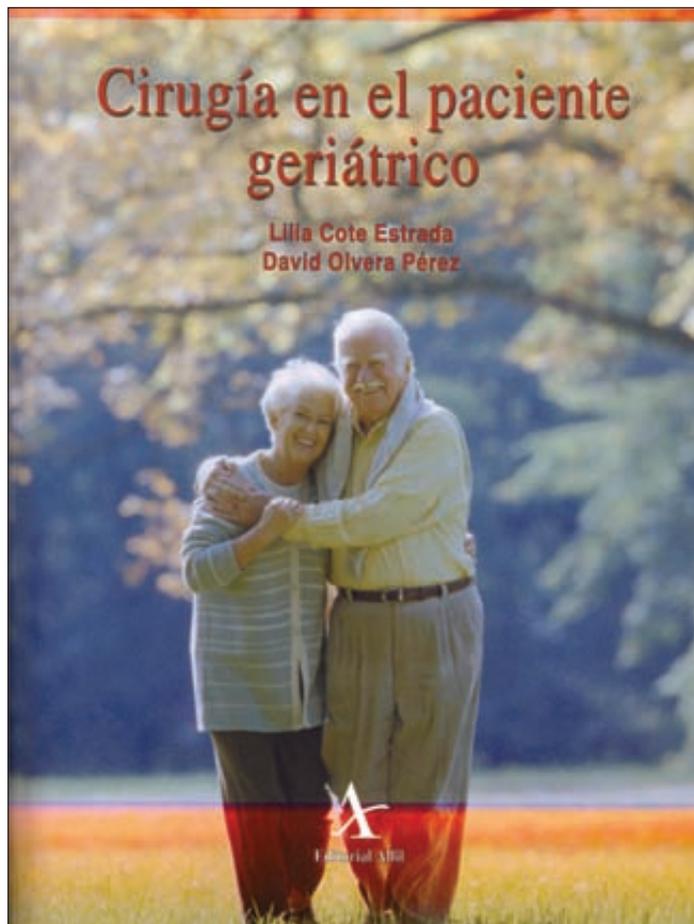
Fundacional, porque a partir de ella los cirujanos mexicanos estaremos comprometidos a explorar y desarrollar áreas de oportunidad mediante líneas de investigación que abarquen aspectos epidemiológicos, clínicos y experimentales que nos permitan conocer el comportamiento de las enfermedades en los gerontes mexicanos, mismas que ya vislumbramos en varios de los capítulos que integran el cuerpo de la obra.

Fundamental, porque coloca los cimientos para el estudio de la cirugía geriátrica, sus incógnitas y los retos que a partir de ahora confrontaremos, porque, como escriben Cote y Olvera: «*La población mexicana atraviesa por una acelerada transición demográfica que se inició en la década de 1930 del siglo XX, con el paulatino descenso de la mortalidad, y se acentuó a mediados de la década de 1960, con la declinación de la fecundidad. En la actualidad transitamos de una población joven a una longeva; así, se estima que la edad media de nuestra población se incrementará de 27 a 30 años en la primera década del siglo XXI y de 38 a 45 años entre la 3ª y 5ª décadas. A su vez, la población de 65 años o más aumentará de 4.8 a 17 millones entre los años 2000 y 2030 y alcanzará 32.5 millones de gerontes para el año 2050. Por todo ello, una obra como la que presentamos hoy resulta pertinente, actual y visionaria*».

Además, vislumbramos, parafraseando a Moisés Naim «*que allá afuera hay un mercado potencial de lectores, médicos y no médicos, que nunca se describirían como gente interesada en la geriatría, pero sí en la manera en que el*

Comentario al libro...

(Continúa de la página 28)



mundo de la medicina está avanzando y en cómo afecta a sus vidas. Un creciente número de personas forzosamente mostraría interés en los temas médicos de la geriatría en la medida en que ésta tocara a él y su familia; por tanto, el libro que comentamos debiera interesar a esos millones de sujetos, y por supuesto a sus doctores, quienes serán gerontes entre el 2030 y el 2050».

Análisis

Estructuralmente, el libro está integrado por 8 secciones:
Sección I. Cambios demográficos y epidemiológicos en la población geriátrica. (2 capítulos)

Sección II. Temas selectos en el estudio del paciente geriátrico. (5 capítulos)

Sección III. Cambios fisiológicos. (6 capítulos)

Sección IV. Manejo perioperatorio. (8 capítulos)

Sección V. Patología digestiva (13 capítulos)

Sección VI. Otras patologías (14 capítulos)

Sección VII. Complicaciones (4 capítulos)

Sección VIII. Aspectos sociales (6 capítulos)

Dieciocho de los coautores son mujeres. La especialidad de cada uno de los autores se describe en el **cuadro I**, en el que se destaca que 52 son cirujanos generales; el resto incluye especialistas de diversas ramas de la medicina, una socióloga y un abogado.

Por lo que hace a la Institución Académica de donde provienen los autores, la mayoría procede de universidades (**Cuadro II**). Finalmente, el número total de referencias bibliográficas que

Cuadro I.
Cirugía en el paciente geriátrico.
Estadísticas.

Especialidad por autores

1. Cirugía general	52	13. Biología	2
2. Coloproctología	4	14. Oncología	2
3. Neumología/Cirugía de tórax	3	15. Angiología	2
4. Anestesiología	3	16. Sociología	1
5. Endocrinología	3	17. Derecho	1
6. Medicina Interna	3	18. Patología	1
7. Ginecología y Obstetricia	3	19. Dermatología	1
8. Neurología/Neurocirugía	2	20. Enfermería	1
9. Medicina Crítica	2	21. Rehabilitación	1
10. Cardiología	2	22. Urología	1
11. Geriatría	2	23. Algología	1
12. Epidemiología	2	24. Radiología	1
		25. Psicología	1

Comentario al libro...

(Continúa de la página 29)

apoyan la información de los 58 capítulos es de 2,768; el 35% (993) publicadas entre los años 2000-2006 (**Cuadro III**). En resumen: podemos señalar que 5 son las fortalezas de esta obra (**Cuadro IV**), entre las que destacan: Visión de multidisciplinariedad y la selección de un equipo multi-ins-

titucional. Mientras que distinguimos dos debilidades (**Cuadro V**): Disparidad en el contenido de la información entre algunos capítulos, así como la desproporción en la extensión entre otros y algunas inconsistencias del apoyo bibliográfico.

Cuadro II.

Cirugía en el paciente geriátrico.

Institución Académica de Procedencia de los autores	
1. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	36
2. No se especifica	33
3. Escuela Médico Militar	4
4. Universidad Lasalle	3
5. Universidad de Querétaro	3
6. Universidad de Guanajuato	2
7. Universidad de San Luis Potosí	2
8. Universidad de Kentucky	2
9. Universidad de Guadalajara	2
10. Universidad Veracruzana	1
11. Escuela de Medicina del IPN	1
12. Universidad Anáhuac	1

Cuadro IV.

Cirugía en el paciente geriátrico.

Fortalezas	
1. Visión de multidisciplinariedad	
2. Selección de un equipo multiinstitucional	
3. Heterodoxia académica	
4. Sensibilidad y pertinencia para la elección temática	
5. Diseño y producción editorial	

Cuadro III.

Cirugía en el paciente geriátrico.

Análisis de referencias bibliográficas.

Número total de referencias bibliográficas en los 58 capítulos: 2,768
Referencias por año entre 2000 y 2007

2000	161 (6%)
2001	208 (7.5%)
2002	213 (7.7%)
2003	230 (8.3%)
2004	123 (4.4%)
2005	56 (2.0%)
2006	2 (0.07%)
2007	0
Total	993 (35%)

Número de referencias de los años 2003-2007: 411 (15%)

Cuadro V.

Cirugía en el paciente geriátrico.

Debilidades

1. Disparidad en el contenido de la información entre algunos capítulos, así como en la extensión de ellos.
2. Inconsistencias en la estructura del aparato bibliográfico.

Cirujanos Distinguidos de Baja California, Dr. Harry Steven Miller Foguel

Dr. Álvaro Baltazar Chanona Yza

La mañana del 7 de octubre de 2003, el brazo robótico TSIPACOMAK RL 626 sujetó con firmeza una cámara de cirugía endoscópica y con muy discre-

tas imperfecciones y cinco grados de libertad se desplazó tranquilamente en el interior de un Pelvitainer; obedeciendo puntualmente las órdenes verbales de su interlocutor.

Cirujanos Distinguidos...

(Continúa de la página 30)

Con inusitada inteligencia, desmedida creatividad e ingenio, el Dr. Leonardo Acho Zuppa y el Ing. Eduardo Barba, expertos por demás destacados del Centro de Investigación y Desarrollo de Tecnología Digital del Instituto Politécnico Nacional, en la ciudad de Tijuana, Baja California, lograron con una inversión inicial de catorce mil dólares rediseñar las particulares funciones del robot Pentaxis, construido con tecnología mexicana para fines educativos y regocijo de la niñez bajacaliforniana. Sin embargo, la conversión de este recurso maravilloso en un noble instrumento para el servicio de la medicina y particularmente de la cirugía de mínima invasión era producto, igualmente, del acervo quirúrgico y la experiencia invaluable en el campo de la robótica del Dr. Harry S. Miller Foguel.

El Dr. Harry S. Miller Foguel, nació en la ciudad de México, Distrito Federal, el 31 de agosto de 1959. Realizó sus estudios de licenciatura en Medicina en la Universidad Anáhuac de 1977 a 1981. Hizo su Internado Rotatorio de Pregrado en el Hospital Naval Militar de Manzanillo, Colima; y su Servicio Social a bordo del Buque G-12 "Ignacio Manuel Altamirano", dependiente de la Secretaría de Marina-Armada de México donde obtuvo el grado de Teniente de Corbeta. Su residencia en Cirugía General la efectuó en el Centro Médico Nacional de Veracruz, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de 1988 a 1991.

El 26 de junio de 1996, en el Hospital General Regional No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tijuana, el Dr. Harry S. Miller Foguel, en compañía del Dr. Adrián Carbajal realizaron dos procedimientos de colecistectomía por vía laparoscópica con la asistencia del brazo robótico AESOP-1000. Veinticuatro horas después de esas intervenciones, la Sra. Hilda Gama Peña y la Sra. María Helena Aguilar fueron egresadas en excelentes condiciones de salud y sin complicaciones médico-quirúrgicas de ninguna índole, coronando así la primera experiencia mexicana de esta naturaleza.

En octubre de 1999, el Dr. Miller Foguel fue instructor y tutor del Primer Curso Latinoamericano de Cirugía Robótica avalado por la Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica. Desde entonces y hasta el 2006, ha instruido a 19 cirujanos a través de un estricto programa basado en competencias y con cirugías en vivo, obteniendo incluso el aval y reconocimiento de la Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons en 2002, entrenado además a cirujanos gastrointestinales, a ginecólogos y cirujanos pediatras.

Es actualmente Profesor del Curso de Cirugía de Postgrado de la Universidad Autónoma de Sinaloa y de la Clínica de Gastroenterología de la Universidad Autónoma de

Baja California, miembro de la European Association for Endoscopic Surgery y de la Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons, Presidente del Colegio de Cirujanos Generales de Tijuana (1999-2000); y Consejero en Baja California del Consejo Mexicano de Cirugía General, A.C. (2004-2007).

Es coautor del capítulo 22 sobre Esplenectomía, del texto sobre Complicaciones en Cirugía Laparoscópica y Toracoscópica de la autoría del Dr. Jorge Cervantes, el Dr. Alberto Chousleb y el Dr. Samuel Shuchleib. Ha publicado más de doce artículos médicos en revistas nacionales e interna-



El brazo robótico TSIPACOMAK RL 626 construido en Baja California con tecnología del Instituto Politécnico Nacional sujetando una cámara de laparoscopia en el interior de un Pelvitainer, el 7 de octubre de 2003.



El Dr. Harry S. Miller en compañía del Dr. Erich Mühe, autor de la primera colecistectomía por vía laparoscópica en el mundo, durante la reunión de SAGES en San Antonio, Texas, en 1998.

Cirujanos Distinguidos...

(Continúa de la página 31)



El Profesor George Berci, pionero de la Cirugía Laparoscópica a nivel mundial, y el Dr. Harry S. Miller, durante el IX Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica en la ciudad de Tijuana, Baja California.



El Dr. Harry S. Miller y el Dr. Kurt Semm: Padre de la Laparoscopia Moderna, y autor de la primera apendicectomía en el mundo por la técnica de mínima invasión; en Puerto Nuevo, Baja California.



El Dr. Richard M. Satava, pionero en el campo de la robótica y Ex-Director del programa DARPA del pentágono, y el Dr. Harry Steven Miller Foguel; en las instalaciones de Computer Motion en Goleta, California, USA.



El Dr. Orduña Castresana y el Dr. Harry S. Miller al inicio de una operación de salpingoclasia con la asistencia de un brazo robótico AESOP-3000, en la Unidad de Medicina Ambulatoria No. 36 del IMSS de la ciudad de Tijuana, Baja California en febrero del 2002.

Cirujanos Distinguidos...

(Continúa de la página 32)

cionales sobre la experiencia mexicana en Cirugía Robótica, la Ph-metría esofágica inalámbrica (Cápsula Bravo) y sobre el estudio del reflujo gastroesofágico por Ph-metría faríngea por telemetría.

El Dr. Harry S. Miller ha difundido incansablemente en diversos foros nacionales y de toda Latinoamérica, la impor-

tancia del aprendizaje de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas a través de los simuladores virtuales, la cirugía de telepresencia, el quirófano inteligente del nuevo siglo; y las repercusiones sociales, culturales, éticas, morales y filosóficas de la nanotecnología y su aplicación en el campo fascinante de la Medicina.

Boletín de la Asociación Mexicana de Cirugía General y Colegio de Postgraduados en Cirugía General

Información para los Autores

El Boletín de la AMCG y CPCG es una publicación trimestral fundada en 1992, cuya misión es difundir información relacionada con la Cirugía General y ramas afines, con el objetivo de contribuir en la educación de sus asociados, mediante los siguientes postulados.

1. Es una publicación abierta para todos los profesionales de la Cirugía General, en México y el Extranjero.
2. Privilegia los aspectos éticos, históricos, legales y culturales, de lo relacionado con la práctica de la Cirugía y de los Cirujanos.
3. Disemina información de Congresos, cursos de Educación Médico-Quirúrgico, Reuniones Regionales de Cirugía y Especialidades relacionadas con el quehacer quirúrgico en México y el Mundo.
4. Preserva los aspectos humanísticos de los avances tecnológicos que influyen en la aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas.
5. Fomenta la difusión de obras literarias biomédicas quirúrgicas, para el avance de la Cirugía.
6. Estimula en los cirujanos complementar su preparación técnico-científica, con el desarrollo de sus habilidades e intereses en el terreno de la cultura y el arte.
7. Difunde conocimientos médico-legales para una mejor comprensión de las responsabilidades jurídicas del cirujano ante sus pacientes y la sociedad.
8. Las contribuciones de los autores deben tener una extensión de entre 6 y 8 páginas tamaño carta, a doble espacio; cuando se acompañen de imágenes éstas deben ser de un número de entre 4 y 6, impresas en papel, con los datos del autor anotados en tarjetas auto-adheribles, colocadas en el reverso de la fotografía; o bien por vía electrónica, acompañadas de una relación que numere el orden de las fotografías e indique su posición y ubicación en el texto.
9. Las contribuciones deben ser enviadas en un sobre cerrado, con los datos de identificación del autor (o autores) al Editor del Boletín de la AMCG/CPCG a la sede de la AMCG: Calzada General Anaya Núm. 330, Colonia del Carmen, Delegación Coyoacán, México D.F. CP 04100. Si el envío se hace por vía electrónica debe dirigirse al Editor del Boletín, a la siguiente dirección: boletin@amcg.org.mx
10. No se devolverán manuscritos no publicados, salvo que el autor (o autores) lo reclamen. El contenido de cada contribución es responsabilidad del autor (es) y no representa la opinión de la AMCG/CPCG.

Mensaje del Presidente

**Estimados Cirujanos
Miembros de la AMCG
CPCG y FNCAECG
Presentes**



El 2008 avanza a pasos agigantados y tenemos ya nuestro Congreso a escasos 6 meses, por lo que es importante recordarte algunos datos importantes:

El domingo 1° de junio se cierra la inscripción de trabajos en sus 3 modalidades.

Los Cursos Precongreso serán los días 26 y 27 de octubre.

El día 27 de octubre a las 19 h se realizará la inauguración de nuestro magno evento y pretendemos que la inauguración sea majestuosa, como corresponde a la magnitud de nuestro Congreso.

Las actividades científicas se realizarán entre el 28 y 31 de octubre y deseamos iniciarlas con la transmisión de cirugías en vivo como primera actividad de cada día.

Por las tardes tendremos actividades del tipo de simposium y reuniones que fomenten nuestros lazos de amistad.

Las instalaciones del World Trade Center nos aseguran que las sesiones y conferencias cuenten con el equipamiento que se requiere y con el espacio suficiente.

La mayoría de los hoteles que convenimos están a unos cuantos pasos del Centro de Convenciones y para los más alejados contaremos con un circuito de autobuses que fácilmente transporten a los congresistas.

Por si fuera poco, Veracruz cuenta con múltiples sitios a visitar:

- Culturales, como el colosal Museo de Antropología de Jalapa, ruinas arqueológicas y conciertos.
- De diversión, como descenso en ríos, escalado de montañas, canotaje, veleo, paseos en lancha, buceo o la visita a las playas.
- De descanso, como simplemente observar el amanecer en el malecón, o disfrutar del típico danzón que se baila en sitios públicos, o escuchar las coplas de jaraneros y decimeros.

El Comité de Damas ha seleccionado además una serie de actividades paralelas que harán las delicias de nuestros acompañantes:

En enero de 2008, la Asociación, a través del Comité Editorial, aplicará para su ingreso al *Index Medicus*, para ello es importante contar con artículos originales que destaquen en su contenido, patología o experiencia propia de México.

Estamos seguros que el esfuerzo del Comité Científico por darte un Congreso de punta, con los más recientes avances en la cirugía y los profesores más destacados a nivel internacional y nacional te dejará satisfecho; que las actividades paralelas mantendrán despierto tu interés y que las actividades recreativas para ti y para tu familia dejarán gratos recuerdos.

Amigos, Veracruz te espera con los brazos abiertos.

Atentamente
Dr. Alfonso G. Pérez Morales
Presidente de la AMCG/CPCG



Mensaje del Comité de Damas

México D. F. a 16 de enero de 2008.

Estimada Amiga:

Espero sinceramente que Dios te colme de bendiciones a ti y a tu familia este año y todos los años de tu vida, mi propósito con esta misiva es:

Presentarme como la compañera del Dr. Alfonso Gerardo Pérez Morales, Presidente actual de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Recordarte que el Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirugía General se llevará a cabo en Veracruz, Ver., los días 26 al 31 de octubre de 2008.

Que sepas que la Mesa Directiva está trabajando arduamente para que dicho Congreso no sólo sea el exitoso evento científico que siempre ha sido, sino que también sea tiempo de relajación y convivencia entre amigos.

Compartirte que alguna vez, en un café con amigas de diferentes estados, iniciamos la idea de crear la fraternidad de las acompañantes. ¿Qué te parecería que en esta ocasión concretáramos esa idea?

Espero que este año, te des la oportunidad de vivir este tiempo con tu esposo y disponer un día específico durante el Congreso para conocernos, convivir y compartir un poco nuestras experiencias sobre los maravillosos rincones del país en los que cada una de nosotras vive.

Quisiera de todo corazón vinieras a disfrutar el calor veracruzano, el danzón, la bamba, las nieves de güerogüero y nuestra rica comida e incluso hasta los nortes que son frecuentes en esta época. Quiero recordarte que para el 26 al 31 de octubre de 2008 agendas desde hoy la fecha y empieza a soñarte junto con tu esposo en el Congreso de la Asociación Mexicana de Cirugía General en Boca del Río, Ver.

Te saluda sinceramente.

Nelly Prieto de Pérez Morales
Comité de Damas

Tumores GIST

Fernando Azcotia Moraila

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal, o GIST por sus iniciales en inglés, son una rara variedad de sarcomas de tejidos blandos, pero representan el tipo más frecuente de tumores mesenquimatosos del tubo digestivo.

A pesar de su rareza, constituyen diversos e interesantes retos para la medicina actual. Un primer desafío lo encontramos en el hecho de que antiguamente eran etiquetados como leiomiomas o leiomiomasarcomas, entre muchas otras variedades de neoplasias. Los avances en microscopía electrónica primero, e inmunohistoquímica después, nos han permitido reconocerlos como una entidad patológica diferente, y saber que su origen se encuentra en las células intersticiales de Cajal, las responsables de la motilidad intestinal. Constituyen, pues, una enfermedad relativamente nueva que estamos en camino de conocer.

Otro reto importante está en que su origen, línea de diferenciación y comportamiento molecular nos han permitido entender la génesis de ésta y otras neoplasias, así como establecer la terapia blanco molecular para su tratamiento.

Finalmente, otro desafío lo encontramos en que, tanto su incidencia como prevalencia, no se conocen con exactitud, y hay muestras claras de que las cifras actuales están por debajo de la realidad.

En julio de 1995 y bajo la presidencia del Dr. José Antonio Carrasco Rojas, la Asociación Mexicana de Cirugía General y Colegio de Postgraduados en Cirugía General (AMCG y CPCG) desarrolló el diseño de un trabajo de investigación para los siguientes dos años, que nos permitiera conocer las características de este tipo de tumores en nuestro medio.

Se trabajó conjuntamente con oncólogos y patólogos, y empleando sus eficaces medios de información y comunicación impresos y electrónicos la AMCG y CPCG comenzó el Proyecto GIST.

Tocó a las siguientes mesas directivas, presididas en 2006 por el Dr. A. Jesús Vega Malagón y 2007 por el Dr.

Ignacio J. Magaña Sánchez, dar continuidad a tan ambicioso proyecto. Su inteligencia, paciencia y liderazgo fueron fundamentales para sortear las dificultades que se presentaron. El Director Médico, Dr. Amado de Jesús Athié Athié fue siempre un elemento de inteligente gestión y equilibrio. De esta manera, se recibieron reportes de 44 casos de GIST desde 12 diferentes ciudades o municipios de la República Mexicana.

Por último, en este 2008 ha tocado el turno a la presidencia del Dr. Alfonso G. Pérez Morales culminar el Proyecto GIST con la publicación, en breve, de los resultados de este trabajo nacional y multidisciplinario. Mi agradecimiento para todos ellos por su confianza e incondicional apoyo, y mi deseo de que, con su próxima publicación, quede demostrado el tenaz trabajo de un gran grupo de personas a quienes he tenido el honor de coordinar.

Al cabo de 2 años y medio, cuatro Mesas Directivas han hecho patente su interés y visión para lograr las metas del Proyecto GIST. Nuestra creciente motivación y conocimientos sobre el tema arrojan como resultados un simposium en el Congreso en León, Guanajuato, dos publicaciones el año pasado en la revista Cirujano General, una reunión de cirujanos investigadores durante la V Reunión ECOS 2008 y este suplemento, que tiene como objetivo realizar una revisión completa y actual sobre GIST.

Este suplemento temático aborda los conceptos más actuales sobre GIST y es el resultado de un trabajo diseñado por cirujanos generales, pero que ha sido posible por la generosa participación de oncólogos y patólogos expertos en el tema.

Tengo que agradecer a Dios que me haya tocado en suerte ser el responsable de planear, diseñar y conducir los esfuerzos de personas profesionales y talentosas. Hoy ponemos a su consideración este documento impreso que esperamos sea de gran utilidad, que estimule su interés sobre el tema y represente una valiosa fuente de información en el presente y futuro. Sin duda, puede también constituir un nuevo modelo para trabajar sobre cualquier otro tema. No cabe duda, ha quedado demostrado que funciona.