



ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2015

El Decano de la Radiología Mexicana

Ponente: [Dr. José Luis Ramírez Arias](#)

Simposio: In Memoriam

Coordinador: [Dr. José Luis Ramírez Arias](#)

Sesión: IN MEMORIAM

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Enrique Graue toma la palabra y pide al Dr. José Luis Ramírez Arias nos acompañe en el presidium para dar inicio al in memoriam de Don Guillermo Santin

El Dr. José Luis Ramírez comienza su ponencia: Muy buenas tardes tengan ustedes, Dr. Enrique Graue Wiechers, presidente de la academia nacional de medicina los integrantes de la mesa directiva estimados compañeros y amigos familia Santin Hotcher agradezco la deferencia que ha tenido el Dr. Enrique Grauen Vilchis al invitarme a coordinar la sesión homenaje del Dr. Guillermo Santin Garcia, debemos saber para los que están aquí presentes esta sesión se está tele transmitiendo de manera que muchos que no están aquí por razones de tráfico y trabajo verán este homenaje una persona tan distinguida como el maestro Guillermo Santin Garcia, el curriculum vitae del Dr. Santin Garcia demuestra la trayectoria de un médico mexicano con un alto sentido de profesionalismo dedicación a la especialidad entrega completa a la docencia y además de la integridad de un radiólogo que es considerado como el decano de la radiología mexicana, en base a lo anterior tenemos un programa en donde vamos a trabajar varios compañeros del Dr. Santin los estaremos presentando durante la semblanza, el Dr. Santin Garcia hizo su residencia en Ann Arbor Michigan además obtuvo la maestría de Roun tecnología en la misma universidad al terminar se certificó por el american port de radiología y fue el primer radiólogo mexicano en lograr. Al regresar de los estados unidos tenía interés en formar verdaderos radiólogos los que existían entonces eran en su mayoría empíricos, es reconocido como el fundador de la primera residencia formal de radiología que se establecía en el país la sede fue en el hospital francés institución donde llevo a cabo una gran parte de sus actividades profesionales el Dr. Salvador Subirán siendo rector de la UNAM lo nombro profesor de radiología e inicia



así su carrera docente en la facultad de medicina, la que hace varios años le entrego en una emotiva ceremonia un reconocimiento por los 55 años dedicados a la docencia es el único radiólogo mexicano al que se le ha entregado una medalla de oro por parte de la UNAM, en 1973 se formó el consejo mexicano de radiología en parte por las gestiones que él había realizado dentro de una comisión que presidía en la sociedad mexicana de radiología, veía con claridad la necesidad de valuar por pares a los radiólogos que egresaban de diferentes universidades en base a lo anterior se elaboraron los lineamientos correspondientes a este consejo que a la fecha ha certificado a más de 4000 radiólogos el Dr. Santin fue su primer presidente. Hace casi 50 años ingreso a la academia nacional de medicina y debemos reconocer que era uno de los miembros que asistía regularmente a las sesiones semanales hacia siempre comentarios inteligentes de las presentaciones aun cuando no fueran de su especialidad, el Dr. Santin también fue miembro de la academia mexicana de cirugía en donde tuvo diferentes cargos en diferentes mesas directivas, hace unos años fue nombrado miembro honorario de esta corporación fue además uno de los radiólogos miembros de la sociedad mexicana de radiología y la presidio en 1959, el Dr. Santin organizo el primer congreso nacional de radiología con lo que se inició la unión de los radiólogos mexicanos los que a lo largo de los años se han conformado en sociedades y colegios ahora unidos en la federación mexicana de radiología imagen el congreso se continua llevando a cabo en forma bianual y en varias de ellas se le ha reconocido por su destacada trayectoria profesional y docente, no se exagera al considerar al Dr. Santin García como un humanista en el real sentido de la palabra fue de los primeros radiólogos que se interesó en promover en México la medición de las dosis de radiación que recibían pacientes y el personal de salud expuesta, logro que se establecieran las primeras regulaciones de protección radiológica y por ello muchos compañeros radiólogos y técnicos radiólogos no sufrieron sus consecuencias, no termina ahí su interés en esta materia debido a sus publicaciones y comunicaciones la industria relojera debió modificar y eliminar los relojes de pulso que tenían caratulas fluorescentes y que emitían dosis baja de radiación, los radiólogos mexicanos se dirigen a él como el maestro Santín y es que Guillermo como me permitió tutearlo desde hace muchos años es ha sido y será un verdadero maestro ejemplo en nuestra especialidad tuvo numerosos alumnos como Prof. De la especialidad en el hospital francés entre otros los Dres. Armando Cordera Pastor Francisco Arce Cortes Arturo Ramos Echeverría Raul Alcántara, Sergio Ori Milanés Magdalena Alegría y aquí presentes en esta ceremonia están dos distinguidos radiólogos, uno creo que no ha llegado. El Dr. Raúl Katenaga Esquida aquí presente continuo el Dr. Santin en la docencia hasta los 97 años de edad en que se jubiló de la UNAM cotidianamente asistía a la radioteca que el formo con la idea de que los jóvenes estudiantes tuvieran acceso a estudios radiológicos clasificados y ordenados ya de edad avanzada aprendió computación y el mismo digitalizo los casos de manera que ahora se pueden revisar por vía electrónica, A Guillermo le gustaba decir que esta instalación era un hospital radioteca el Director anterior de nuestra facultad el Dr. José Narro Robles ahora rector de la UNAM promovió que la radioteca llevara



su nombre en reconocimiento a sus valiosas contribuciones en apoyo a la docencia, el Dr. Santin nació en la Cd. De México sus padres fueron el Dr. Adalberto Santin y Jacobita García, en Estados Unidos al terminar su residencia contrajo matrimonio con Lorna An Hotckes hija de un prestigiado radiólogo norteamericano el Dr. Ponzi Hotckes, Cherman de radiología en la universidad de Chicago, tuvieron a Guillermo, Lorna, Alejandro, Antonio, Beatriz, Cintia, y a Magdalena todos ellos Santin Hotckes, Magdalena es esposa del distinguido oftalmólogo Jaime Lozana Alcázar, expresidente de la academia mexicana de cirugía Guillermo es Ing. En electrónica y Antonia es cirujano plástico que ejerce en Montana Estados Unidos su esposa falleció y el Dr. Santin años después se casó con Margarita Santa Marina quien también ya falleció, muestro a ustedes algunas fotografías relacionadas con su vida profesional y familiar, el Dr. El Decano en la radiología exactamente el día que se celebró su festejo en la sociedad mexicana de radiología con motivo de los 100 años de vida unos meses antes un par de meses antes en su casa el presidente de la sociedad mexicana de radiología fue a saludar y a informarle que se había creado en la sociedad mexicana de radiología lo que no existía el decano de la radiología como una nominación pues de mucho prestigio y de mucho mérito para una persona aquí está el presidente de la sociedad era un sábado era un día informal, el Dr. Armando López Ortiz presidente actual de la sociedad mexicana de radiología entregándole al Dr. Santin el programa y el cartelón del curso de radiología que llevaba precisamente el nombre del Dr. Guillermo Santin, aquí casi estaban convenciendo a Guillermo de que acepte la nominación, porque fue un hombre de una modestia increíble desde luego que si acepto y tuvimos mucho gusto el Dr. Takenaga el presidente de la sociedad y yo de estar en esa conmemorativa reunión en su casa, aquí tienen al Dr. Guillermo Santin en el 2007 en la radioteca en uno de las visitas que hicieron las autoridades universitarias, está la medalla de oro otorgada por la Universidad Nacional Autónoma de México la única medalla que tiene un radiólogo mexicano hace muchos años en el hospital francés yo todavía no lo conocía trabajando cotidianamente cuando había ya formado la residencia de radiología, una sala multimedia que se formó en el año de 2003 en la sociedad mexicana de radiología que sigue funcionando sala multimedia lleva su nombre, y aquí está la familia Santin H. el Dr. Guillermo Santin nació el primero de marzo de 1915 y cumplió este año 100 años de edad, con motivo del centenario de su nacimiento tuvo un emotivo homenaje el viernes 20 de febrero del presente año organizado por la sociedad mexicana radiología imagen durante la celebración del curso anual de radiología con más de 600 asistentes hubo representación en este evento de la facultad de medicina de la UNAM, de la academia nacional de medicina, de la academia mexicana de cirugía del consejo mexicano de radiología imagen y del colegio nacional de médicos radiólogos estas mismas instituciones externaron su condolencias al fallecer el Dr. Santin unos meses después deja el Mtro. Guillermo Santin García un legado para alumnos y maestros de la especialidad de radiología pero también para las instituciones a las que sirvió siempre con integridad absoluta la academia nacional de medicina de México se honró al tenerlo como uno de sus más distinguidos miembros, muchas gracias.



El Dr. Enrique Graue agradece Dr. Ramírez Arias, a continuación un querido alumno del Dr. Santin era el Dr. Raúl Katenaga García va a dar palabras relacionadas como sintió a Guillermo Santin como Maestro.

El maestro Guillermo Santín

Ponente: [Dr. Raúl Katenaga Mesquida](#)

Simposio: In Memoriam

Coordinador: [Dr. José Luis Ramírez Arias](#)

Sesión: IN MEMORIAM

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Raúl Katenaga García toma la palabra: Muchas gracias por esta oportunidad de pensar reflexionar en otra ocasión lo hice pensando como alumno ahora voy a tratar al Dr. Santin como Maestro, el encuentro fue 11 de enero de 1967 el enlace fue un folleto y tríptico que estaba en el 6º piso de la facultad de medicina en que explicaba los distintos cursos que había bueno ahí fue donde supe por primera vez que había ese curso en México y que el Prof. Del curso era el Dr. Guillermo Santin, el hospital un hospital pequeño 65 camas con un edificio muy antiguo, mantenido brillante en todos sus aspectos era una joya y el lugar el Dr. Santin en esta foto está en la sociedad nacional mexicana de radiología ahí teníamos la representación de él con su mirada especial, tenía 52 años cuando lo conocí ese lugar estaba lleno de libros tenía por lo menos las colecciones de muchos años de las seis principales revistas tanto de estados unidos como de Europa ahí leían radiología de la revista francesa, además ahí estaba el germen de lo que después fue la radioteca sus expedientes viejos con notas que todos los residentes íbamos agregando bajo su supervisión para realmente convertirse en el archivo de enseñanza y después fue la base de la formación de la radioteca, cuál era el trato convivencia de las 8 de la mañana a veces hasta las 7 de la noche y terminábamos aquí en este recinto en las sesiones de la academia de medicina con la academia de cirugía esto fue una práctica cotidiana y realmente trabajar día a día hombro con hombro con una persona como él, no hay mejor enseñanza bueno intentar hacer el análisis de lo que consideramos un profesor de posgrado tenemos mucha literatura sobre esto y realmente en este caso hay alguien que facilite las cosas que oriente paso a paso día a día con una supervisión decreciente y una oportunidad creciente de hacer las cosas hasta que de algún momento sintió uno que francamente es miembro de ese grupo, por alguna razón estuve a punto de quedarme como adscrito al hospital las



condiciones en ese momento no eran favorables por lo que no se dio esto pero este perfil lo llenaría perfectamente es un perfil activo ahora si volteáramos hacia otro lado hacia lo que se considera en Canadá que son las competencias para los médicos no hace distinción entre alumnos y profesores sino simplemente los médicos aquí tendríamos el perfil médico experto el eje al centro comunicador excelente como colaborador todos ustedes lo conocieron como colaborador realmente repasando los presidentes de las dos últimas filas por lo menos algunos de estos tuve contacto estando aquí en este sitio y muchos de ellos atendían a sus pacientes en el hospital francés como líder es indiscutible siempre pensando en el enfermo siempre poniendo realmente lo mejor para el paciente ya lo oyeron ustedes la experiencia para defender a todos los pacientes de las radiaciones con publicaciones que tuvieron repercusión nacional como académico ustedes lo conocieron mucho mejor y profesional un ejemplo de profesionalismo, como médico experto su curriculum al menos los puntos sobresalientes del curriculum, precisamente ya los había mencionado el Dr. Ramírez Arias pues como que no podíamos pedir absolutamente nada más, ahora si vemos cada uno con este mismo curriculum realmente tenía el lugar destacado en todos los aspectos de las competencias definitivamente las llenaba, ahora tenía otra faceta escribió muchos artículos algunos fueron realmente de gran impacto hizo cosas sobre neurología sin decirse neuro radiólogo el hospital francés era un centro de concentración de mujeres con actividad primaria y secundaria con las neumo pelvis que hacíamos ahí en forma impresionante lo que podíamos ver ahí cuando no había ultrasonido, no había tomografía computada pero además el hacía dibujos o dirigía a quienes se los hacia y este libro en atlas de anatomía radiológica realmente fue hecho con el intento de divulgar sus conocimientos divulgar las imágenes los signos de la radiología y la importancia en la medicina y en esa época no se tenía el concepto de los mapas mentales, ese esquema que está ahí y hay muchos más en el libro realmente representa lo que es un mapa a esas imágenes se ligan automáticamente muchos conceptos de anatomía, patología, patogenia pero para venir de otra parte en los escritos precisamente los escritos no los tipos académicos sino precisamente en el prefacio de este libro aquí podríamos ver precisamente cuál sería su manera de pensar cuál era su intención al escribir estos libros y realmente lo que él quiere es facilitar el trabajo darles acceso a muchas personas, estudiantes de medicina, médicos formados para que hagan el enlace de la anatomía de la escuela a la anatomía del hospital de radiología ahora aquí en cierta forma tal vez en un momento de autorreflexión con estos cierra el prefacio de este libro que dice. La única labor trascendente de un maestro, de un texto, de un conocimiento será aquella que logre ayudar y señale el camino para que el estudiante vaya formando una conciencia de su lugar en la sociedad y encuentra la verdad mediante conocimientos reales, objetivos, que tiendan al bien. En este caso como médico como radiólogo, un bien tangible es el conocimiento objetivo, que permitirá al médico y al técnico ayudar a los pacientes, el objetivo de la medicina, como comunicador y como líder aquí hay otra expresión de él: en un mundo que tanto progresa, importa que los hombres que lo constituyen contribuyan con una actividad consciente, moral y útil.



Aquí nos muestra sus aspectos del humanismo como líder pues fue el líder y el decano de la radiología presente en nuestros cursos presente por muchos años en y precisamente viendo el resultado de lo que él había sembrado con los congresos y con los cursos de radiología que tenía frecuentemente, en las circunstancias hay un cambio y surge una nueva institución la IMAN inicia con el director el Dr. Lázaro Benavides y en su momento había lazos de amistad un conocimiento de muchos tiempo de la academia de medicina precisamente entonces él fue el jefe de radiología y por circunstancias yo llegué por otra vía y nos encontramos nuevamente a trabajar juntos, ahora realmente lo seguimos conociendo mucho de sus propias palabras por los escritos en este libro de clínica radiológica aquí tenemos el agradecimiento que hace precisamente al Dr. José Laguna miembro de esta academia de medicina y es el con sus propias palabras y aquí viene un comentario este libro fue hecho como un apoyo al plan A36 ahí tenemos lo que es la opinión del que era el coordinador del plan nacional A 36 el pediatra Dr. Demóstenes Gómez Barreto y nos dice precisamente señala el hueco que había en la medicina se necesitaba un libro para integrar los conocimientos médicos en un plan que fue diferente que fue en su momento un éxito y que era un grupo selecto de la facultad de medicina se necesitaba un instrumento una cumbre de información y esto fue la aportación del Dr. Santín, ya en el 2001 ya en otras condiciones de vida hizo este libro que es el *bandenecum* que tiene clínica y una parte de clínica agrupando por síndromes y la necesidad de los síndromes y algo que no se divulgó, yo lo tenía adentro de este libro en un manuscrito una cosa que él llamo propuestas de un plan permanente y nacional de acción educadora, habla de que bueno en este momento es absolutamente indispensable invertir de vicios a valores, el sentido de actuar de nuestros habitantes en México, en todas las edades y en todos los ambientes si queremos una Nación elevada, la crisis educativa ya se sentía desde entonces hay una pequeña parte que no viene al caso y ahora viene precisamente su manifiesto para que un conocimiento de valores se incorpore al actuar diario efectivamente se requiere imprimírselos indeleblemente en el subconsciente tanto de quienes los proponen y enseñan, como en quien los adquiere. Estamos convencidos de que este era el y pensando en nosotros que las personas cuya función es la enseñanza, la instrucción empleen los medios y métodos de instrucción característicos de maestros profesores y educadores, quienes si son poseedores de conceptos, valores bien definidos los harán aflorar constantemente, en cada circunstancia, cada vez, en sus palabras y en sus actos y constituirán ejemplos muy objetivos a seguir.

Ahora la medicina le dejaba tiempo para otras cosas aquí tenemos además de su familia otros amores, los caballos y la pintura este es un malestar lo alcanzaron a ver en las fotografías que mostro el Dr. Ramírez Arias este es una pintura muy diferente a todas las que él hacía, realmente esta es una joya de la cual según tengo entendido se hicieron más de doscientas copias que seguramente están relacionadas con el *Muchas gracias*. Perdón esta frase la encontré en un libro de un Italiano Francesco Tonucci, que define a un educador.

El educador es:



Una persona que vive los problemas de su época, que sabe reflexionar y tomar decisiones, una persona en cuyos actos se vea lo que sabe y aquello en lo que cree, es decir, una persona culta. Es lo que fue nuestro maestro. El Dr. Santin. Gracias.

El creador de la Radioteca de la Facultad de Medicina UNAM

Ponente: [Dr. Francisco Reyes Lara](#)

Simposio: In Memoriam

Coordinador: [Dr. José Luis Ramírez Arias](#)

Sesión: IN MEMORIAM

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. José Luis Ramírez Arias agradece al Dr. Takenaga y comenta, tuve la oportunidad de conocer del Dr. Francisco Reyes Lara está en días de jubilación en el centro médico la raza del instituto mexicano del seguro social y aunque seguramente conocía al Dr. Santin había necesidad por la edad avanzada de Guillermo no se fuera a perder esta importante radioteca que había formado el Dr. Santin que era el que la manejaba el que la administraba el que nos solicitaba casos a los radiólogos para enriquecerla, pues en una idea que considero que fue muy afortunada invite a desayunar al Dr. Santin y al Dr. Reyes Lara como tratando de indicarle al Dr. Santin que podían contribuir a seguir esta radioteca así lo ha hecho el Dr. Reyes Lara sigue a cargo de la radioteca institución al Director de nuestra facultad que es la contribución que hizo el Dr. Santin y que aún puede fortalecerse aún más ya que cualquier radiólogo por vía electrónica puede enviar casos que le serán de utilidad a los alumnos de la facultad de medicina, el Dr. Francisco Reyes Lara presenta el tema: el creador de la radioteca de la facultad de medicina.

Dr. Francisco Reyes Lara toma la palabra: Buenas tardes yo tuve el gusto el beneficio de conocer al Dr. Guillermo Santin por poco tiempo, en 1972 en el hospital y en la UNAM posteriormente me lo encontraba en todos los congresos era habido asistente platicábamos comíamos muchas veces en los recesos me platico de la radioteca eso ahí quedo yo estaba en activo en el hospital general de centro médico la raza y cuando me jubile sucedió lo que José Luis Ramírez Arias menciona aquí, entonces que mejor que con una persona como el Dr. Santin sus méritos académicos que han mencionado también vale la pena mencionar que era un hombre culto era un hombre honesto un caballero un maestro en toda la palabra en los últimos cuatro años de su vida del 2008 al 2012 primero de mayo de 2012 que



él se jubiló estuve trabajando con el día a día era un trabajador incansable haciendo cursos preocupándose siempre asistiendo a congresos llamaba la atención la vitalidad le decíamos ya no maneje Dr. Vamos sucede cualquier cosa y usted con su edad le van a echar la culpa de todo, no el aceptaba todos los retos. Se fundó la radioteca siendo director de la facultad de medicina el Dr. Fernando Cano Valle aquí tenemos en la gaceta de la UNAM de septiembre 23 de 1985 la notificación de la inauguración de la radioteca él se llevó todos estos casos que mencionaron con sus notas clínicas en sobres a la usanza de aquella época en que todavía en algunos sitios funciona así negatoscopios en un aula en la facultad de medicina en el tercer piso del edificio B y ahí estaba con sus casos del hospital radioteca, él decía porque hospital radioteca porque yo suelo revivir a un paciente sacando un sobre ahí está su evolución clínica y ahí están sus imágenes es vigente al día de hoy aunque muchos de esos casos pues ya eran del año cuarenta y tantos del hospital Francés, la facultad de medicina pues anuncio a toda la comunidad de la existencia de la radioteca aquí tenemos pues el catálogo de casos clínicos que posteriormente se digitalizaron, en el año de 1994 paso todos los casos clasificados al departamento de medicina familiar que estaba enfrente de la rectoría de este lado junto al centro médico universitario entonces ahí fue donde tuve la oportunidad de empezar, fue el reencuentro con el Dr. Santin todos los días discutíamos casos trabajador incansable hizo más de 100 discos de diferentes temas dirigidos lo mismo a estudiantes de pregrado a físicos médicos a posgrado vamos todos los días estaba preguntando será bueno hacer esto Dr. Que le parece esto al mismo tiempo insistiendo en que se incluyera en la curricula de la carrera de medicina el tema anteriormente a este año 2012 radiología era optativa opcional entonces el consejo técnico aprobó un programa y me toco trabajar con el resolviendo el curso de diagnóstico radiológico por imagen que se lleva actualmente en la facultad de medicina, él se jubiló en el edificio este de medicina familiar en el 2012 en abril de 2013 se inauguró el nuevo departamento de posgrado en el edificio fantástico que tenemos ahora que de por sí solo podría ser una universidad con más de 100 aulas auditorios vamos el que no lo conozca, debería darse una vuelta por ahí nosotros quedamos instalados en el edificio F aquí tenemos las nuevas instalaciones de la radioteca vean ustedes esta foto porque es la radioteca Guillermo Santin está ahí puesta en una pared verdad, seguimos pidiendo permiso para hacer algún agujero y poner su foto pero son muy estrictos en esto, vean ustedes libros empastados, revistas empastadas del radiologo y de muchos libros más, los residentes de posgrado rotan viendo casos, tenemos una pantalla grande de alta resolución todos sus casos fueron digitalizados vamos, nos causó tristeza ver como se tenían que desechar ese archivo la secretaria del Dr. Santin de 20 años Fátima no está aquí, me dijo que lo recordaba y lo quería mucho no quería deshacerse de esos casos, pero ocupa mucho espacio, y lo que no hay ahorita es mucho espacio pero todos los casos del Dr. Santin junto están bien clasificados y en discos.

Veán ustedes aquí tenemos estudiantes que vienen a una de las aulas que tenemos en la radioteca para ver casos casos y casos, la medicina se puede enseñar a través de la imagen hoy día que ya no hay autopsias prácticamente, verdad, los patólogos



viven de las biopsias los métodos de imagen han crecido de una forma fantástica estamos en la medicina de siglo XXI casi casi viaje a la estrellas verdad cuando ve uno el p y todos los adelantos de la resonancia magnética el Dr. Santin nos visitaba iba yo por él y todo el grupo de medicina familiar a la que está adherida la radioteca lo invitaban a desayunar aquí está el muy sonriente ya jubilado con 99 años de edad abajo con el personal de cómputo y las secretarias que lo adoraban y tengo la fortuna de haber trabajado codo con codo y haber conocido a un buen hombre aun gran académico in memoriam. Gracias.

La Familia Santín Hodges

Ponente: [Sra. Magdalena Santín Hodges de Lozano](#)

Simposio: In Memoriam

Coordinador: [Dr. José Luis Ramírez Arias](#)

Sesión: IN MEMORIAM

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Ramírez toma la palabra: Muchas gracias Dr. Reyes Lara, no es un homenaje sin ver la parte humanística de un hombre como Guillermo Santin, su hija Magdalena Santin Hodges, nos va a dirigir palabras relacionadas con la Familia del Dr. Santin.

La Sra. Magdalena Santin Hodges toma la palabra: Estimados presidente de la academia nacional de medicina Dr. Enrique Graue integrante del presídium académicos Sres. y Sras. Amigos, El padre que yo empecé a conocer de niña, era ya un médico especialista, atendiendo enfermos en el hospital Francés mi papá era mi héroe lo veía siempre haciendo algo leyendo, escribiendo viendo sus diapositivas armando su atlas de radiología para el editor pintando le gustaba los fines de semana ir a montar en ocasiones nos llevaba a algunos de sus hijos según el recorrido de joven practico el montañismo así que luego nos llevaba al campo a caminar, una vez llegamos hasta el pico del águila en el Ajusco cuando niña con mis hermanos menores subimos a la escalera de hierro en los dinamos de contreras me parecía entonces grandes hazañas, también practicaba el remo para recordar buenos tiempos organizaba de vez en cuando un día de regata él nos acompañaba con los primos e íbamos a andar en bicicleta en el jardín de la casa organizaba juegos de softbol con la pelota que habíamos armado nosotros mismo bajo su dirección, en su labor como padre siempre tuvo una aliada, mi mamá se hicieron



novios durante su maestría en la universidad de Michigan en Arbo, era hija del Dr. Joan jefe de radiología de la Universidad De Chicago y sobrina de su Prof. Fred... , se casaron en la ciudad de México era ella quien lo tenía al tanto de sus hijos desde que nos levantábamos hasta que nos acostábamos ella veía que saliéramos a la escuela a mis hermanos chicos los acompañaba y luego iba por ellos caminando veía que hiciéramos la tarea que fuéramos a la actividades extra escolares, sabía que pasaba por nuestras mentes nos ayudaba a encontrar cosas perdidas con mucha ilusión nos acompañaba a escoger una tela para que nos hiciéramos nosotras mismas un vestido de baile ayudaba a sacar una letra de una canción de moda etc. Etc. Ella era la ejecutiva de muchas de las idas de mi papá le tenía todo resuelto alrededor, espacio y ambiente para facilitar su concentración cuando estaba en la casa trabajando si era día de ir a montar con sus amigos ella arreglaba todo lo demás una vez que estábamos en el jardín de la casa mi papa comento: qué tal si ponemos una caballeriza, ahí si mi mamá dijo no, durante la época de escuela entre semana cuando veíamos a papa era la hora de comer aunque íbamos llegando poco a poco según salíamos de la escuela el último en llegar era el Dr. Santin nos platicaba de cosas del trabajo y también nos preguntaba sobre nuestros días a todos los hijos nos dio carrera, Guillermo Ingeniería electrónica Yo Diseño gráfico Lorna pedagogía Alejandro maestro de inglés Antonio medicina, Beatriz terapeuta de lenguaje y Cintia química también nos dio la posibilidad de estancia en el extranjero para practicar idiomas al reconocer las habilidades de sus hijos trato de estimularlas como la música que es complemento de mi hermano ingeniero, la escritura que ha sabido desarrollar mi hermana pedagoga, la pintura para la diseñadora gráfica idiomas en mi hermana química etc. Etc, la decisión de ser médico la hizo cuando su hermana mayor mi tía Carmen maestra normalista con especialidad en geografía lo apoyo a seguir los pasos de su padre y no solo ella sino las otras hermanas Catalina pianista y Magdalena también maestra normalista que sacaron adelante a sus hermanos varones después de la temprana muerte de mis abuelos la unión que llegaron a tener todos los hermanos fue algo de admirar, ya de adultos se siguieron apoyando y ayudando unos a otros una vez que regreso de Anarbo ya siendo radiólogo encontró un gran apoyo en su socio en el hospital francés el Dr. Enrique Álvarez, en su labor medica abarcaron el radiodiagnóstico la radioterapia la docencia a nivel técnico estudiante de medicina médicos generales y especialistas y lo más importante consiguieron una gran amistad incluso se sentían como hermanos al cerrar el hospital francés mi papá dono el archivo de radiología a la UNAM constituyendo la radioteca de la facultad de medicina al mismo tiempo instalo un gabinete en el instituto de oftalmología de la fundación Conde de Valenciana cuando se retiró de ahí volcó su atención a la radioteca donde trabajo día a día digitalizando el acervo y dando clases hasta los 97 años de edad, mi papá supo adaptarse a muchos cambios en su vida me llamo siempre la atención esta capacidad pues encontraba soluciones a los retos y problemas que se presentaban, como cuando se cerró el hospital francés la viudez el segundo matrimonio segunda vez etcétera si pienso en el año de su nacimiento llego a este mundo durante la revolución mexicana a lo largo de sus 100 años de vida cuantos cambios en la vida



diaria de la medicina y en particular en la radiología le gustaba viajar tuvo oportunidad de visitar América del norte centro y sur Europa Japón Egipto tierra santa, en china conoció la casa donde nació mi mamá en Pekín a los 88 años durante una semana cabalgo y acampo en la sierra de Montana en una excursión para pintar paisajes continuo pintando hasta los 99 años siempre fue firme en sus convicciones católicas y militante activo del partido acción nacional en su vida nunca estuvo solo primero sus padres luego sus hermanos mayores sus profesores su primera esposa mi mamá sus colegas sus amigos sus alumnos Margarita su segunda esposa compañeros de trabajo y sus hijos y nietos que siempre lo acompañaron en especial al final de su vida sin duda para el uno de los hechos más significativos de su vida profesional fue ser parte de esta ilustre academia a mi parecer la última presentación oficial que hizo aquí fue hace 9 años en ocasión de un homenaje a Rembrandt asimismo importante su pertenencia a la academia mexicana de cirugía a la sociedad mexicana de radiología e imagen ser presidente fundador del consejo y presidir el primer congreso nacional de la especialidad, la UNAM le otorgó la medalla al mérito universitario los reconocimientos que las corporaciones hicieron a su labor en la medicina y concretamente a la radiología le dieron aliento y un sentimiento de gratitud a sus colegas y amigos por reconocer su empeño y dedicación a su especialidad que probablemente fue para él la faceta más importante de su tránsito por esta vida, quiero hacer esta vez publico mi agradecimiento al Dr. José Luis Ramírez Arias quien promovió que llevara el nombre de mi papa la radioteca de la facultad de medicina de la UNAM así como cursos y congresos organizados por la Sociedad mexicana de radiología e imagen, estos reconocimientos los aquilatamos también nosotros como este en el que nos encontramos ahora, muchas gracias a la directiva de la academia y a los ponentes por este homenaje póstumo a ustedes por su presencia aquí y la atención que prestaron mis palabras, muchas gracias.



Introducción

Ponente: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Simposio: Reflujo gastroesofágico: Visión actual

Coordinador: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Sesión: Sesión Ordinaria

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Enrique Graue toma la palabra: Daremos inicio a la sesión correspondiente de hoy, comentábamos del reflujo gastroesofágico en la visión actual que nos hará favor de coordinar el Dr. Mucio Moreno Portillo, Dr. Moreno si nos hace usted favor. El Dr. Mucio Moreno: muchas gracias Dr. Enrique Graue, presidente de la academia nacional de medicina gracias por la oportunidad de presentar este tema esta tarde que desde nuestro punto de vista es un tema que nos apasiona todos en la práctica clínica en cualquier especialidad nos enfrentamos a pacientes que tienen problemas de reflujo gastroesofágico, es un entidad dentro de la gastroenterología de lo más frecuente desgraciadamente el reflujo gastroesofágico ha transitado en la historia con diferentes modas y diferentes tendencias terapéuticas que hacen difícil un análisis científico objetivo del problema y mucho más difícil proponer soluciones, es lo que vamos a ver en los siguientes minutos y para eso le pido al Dr. José Antonio Carrasco Rojas que nos hable de los aspectos históricos de este problema, José Antonio.



Aspectos Históricos

Ponente: [Dr. José Antonio Carrasco Rojas](#)

Simposio: Reflujo gastroesofágico: Visión actual

Coordinador: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Sesión: Sesión Ordinaria

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

Dr. José Antonio Carrasco toma la palabra: Sr. Presidente Dr. Enrique Graue distinguidos miembros del presidium mi agradecimiento al Dr. Mucio Moreno por esta amable invitación en los próximos minutos voy hablarles de algunos conceptos anatómicos ya que en él se basa la historia la historia de la endoscopia y de la pH-metría, la hernia hiatal y el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, todos conocemos la anatomía hablar en este recinto de anatomía sería fuera de lugar sin embargo todo el conocer estos procesos nos llevó muchos siglos hasta que llegaron los métodos diagnósticos sin duda la anatomía la podemos dividir en anatomía función y en la cirugía y la parte más importante del reflujo gastroesofágico es la unión esofagogastrica donde existen esfínteres en su parte interior que no es independiente que para tomar cualquier decisión en cuanto procedimiento quirúrgico debemos de pensar en la motilidad de la peristasis esofágica ya que de eso depende la respuesta que podamos tener en en cualquiera de esos procedimientos sin embargo el conocer todo esto le ha llevado siglos a la humanidad para poder precisar en donde estamos y poder usar la tecnología como la que ustedes tienen ahora que es una manometría de alta resolución donde nos permite ver con esta tecnología perfectamente que es el esófago como funciona y que podemos esperar de él para los mismos, sin duda el inicio de esto fue poder conocer a ese elemento que estaba dañado que es parte de nuestro cuerpo como es el tubo digestivo como es el esófago el precursor de todos los procesos endoscópicos cualquiera que sea la cavidad hueca fue sin duda Bozzini quien uso estos instrumentos que ustedes ven en la pantalla para poder revisar la vejiga y el útero y con ellos mismos en 1868, Kussmal uso con una paciente muy especial que era un tragador de sables uso este endoscopio que ustedes están viendo para poder revisar el esófago y se dio cuenta que cuando tenía el reflujo la dificultad para ver era muy grande sin embargo estos son los prólogos de todo ello, en el siglo veinte este austriaco Schindler de origen judío trabajando en Viena empezó a realizar estos estudios y durante 27 años él fue el padre de la endoscopia y ustedes pueden ver al instrumento que usaba y él le llamaba flexible lo único que tenía de flexible era una pequeña curvatura y seguía siendo un instrumento rígido, él tuvo que irse a Estados Unidos por la segunda guerra mundial y ahí desarrollo toda una serie de



instrumentos que llevaron a esto en 1957 Cowes desarrollo con la tecnología de la óptica y el desarrollo después pues de la segunda mundial instrumentos como estos con los cuales se pudo conocer la que era la patología del tubo digestivo y es hasta entonces en los cincuentas cuando empieza a describirse todo lo que es la fisiología del tubo digestivo en 1952 Webber hace las primeras phmetrias con todo este instrumento que ocupaba todo un salón y donde el paciente tenía que estar acostado durante 24 horas hoy es una pequeña maquina una computadora que se cuelga el paciente y que lleva una pequeña sonda apenas visible y con eso se hacen las phmetrias de 24 hrs. La descripción de las hernias ha sido a través de los siglos dos grandes cirujanos Ambrosio Pare padre de la cirugía moderna y Giovanni Morgani fueron los primeros que describieron las hernias traumáticas y las hernias congénitas en 1819 casi tres siglos después se empiezan a describir las hernias diafragmáticas y postraumáticas y los hallazgos en la auscultación por Laennek quien escuchaba los intestinos en el tórax de sus pacientes y el hace esta descripción, otro grande de la medicina tanto de la cirugía vascular como de la cirugía de tubo digestivo Cooper el ligamento de Copoper que nosotros usamos fue el primero que empezó a escribir que las vísceras se pasaban a través del hiato esofágico esto mediante estudios de autopsia, Rokitansky el gran patólogo fue el primero que encontró una relación entre el reflujo y las lesiones del esófago y describió ese reflujo y muchos de sus contemporáneos como suele suceder fueron enemigos de él como Senker el divertículo de Senker quienes pensaban que esto era solamente una analogía fue hasta el siglo veinte a los inicios del siglo veinte cuando se desarrolla la radiología con estos instrumentos como es el esofagograma cuando se empieza a identificar él tubo digestivo con más claridad se empiezan a precisar todas las patologías de ahí la grandeza de los radiólogos como don Guillermo Santin de quien se acaba de honrar hace unos minutos muy merecidamente Jarrington cuyo nombre es familiar para muchas cirugías y que era un cirujano de tórax en la clínica mayo y que trabajo en todos los órganos que se encuentran en el tórax fue el primero que considero que había que cerrar el hiato y el hizo una neurectomía, otros grandes precursores de la cirugía del esófago fueron Allison eran cirujanos científicos quienes se dedicaban a estudiar y mediante múltiples estudios que hizo en pacientes el estableció el termino esofagitis por reflujo y definió los fundamentos de la cirugía del reflujo gastroesofágico él pensaba que la unión esofagogastrica era muy importante y que el ángulo de gis era la base de todo y estaba equivocado pero fue el pionero de estas cirugías, otros de los grandes y que sigue siendo vigente hasta el momento actual fue Rudolph Nissen un cirujano de tórax quien hizo múltiples estudios fue el primero que hizo una nemonectomía con éxito he hizo múltiples estudios acerca de patología de tórax y una vez para poder cubrir un esófago perforado uso lo que ahora con ciertas modificaciones se le denomina técnica de Nissen que es una fonduplicatura total uno de los grandes radiólogos de los Estados unidos lo busco para hacerse esa fonduplicatura porque estaba desesperado y él al ver que su paciente iba no iba a ser muy bueno decidió hacérsela por abdomen ya que todo lo que él hacia lo hacía por tórax y se estableció la primera fonduplicatura aquí ven ustedes una foto de



Einstein, Einstein también fue uno de sus pacientes quien agradecido le mando esta foto como lo ven ustedes ahí sacándole la lengua Rudolph Nissen tuvo grandes asistentes y sus técnicas reflejaba poner cuatro puntos, los pacientes tenían disfagia muchos de ellos fue por ello que se buscaron otras técnicas y también modificaciones que posteriormente continuaran en este simposio seguramente hablaran de estas modificaciones aquí lo tenemos con Mario Rosseti que fue uno de sus grande alumnos e hizo modificaciones importantes para la técnica que seguimos usando hasta el momento actual, dentro de los que pensaba que la Disfagia era muy importante con la técnica de Nissen estaba Ronadl Belsey otro gran investigador quien hizo esta técnica también intratoraxica cirujano de tórax quien estaba convencido que al operar las hernias hiatales por tórax para poder despegar el esófago y poderlo descender sobre todo dando la importancia a la unión esofagogastrica que nos dejó como aportaciones Belsey, fue un gran investigador se consideraba en este segmento era muy importante pero sobre todo quien necesitaba cualquier técnica quirúrgica que se hiciera en el esófago requería un seguimiento de más de cinco años ese fue fundamental, otro de ellos fue Lucius Hill otro gran estudioso de la medicina y particularmente de los reflujos gastroesofágicos, cirujano quien estableció la técnica la técnica de Hill hizo lo que se denominó como gastropexia posterior que ustedes están viendo acá atrás donde el usaba el ligamento arcuato que está pegado a la aorta para fijar y también tuvo con esto mucha dispagia con sus pacientes y la réplica de sus resultados no fue obtenida en otros centros sin embargo él nos dejó cosas muy importantes el estudio de la fisiología y anatomía de la unión esofagogastrica fue pionero del uso de pH-metría como un diagnóstico de reflujo que es ahora necesario para poder tomar la determinación que y como vamos a operar a un enfermo y realizo para todo ello múltiples estudios en cadáver, Andre Toupeet fue otro de los cirujanos que ante la presencia de disfagia decidió hacer modificaciones primero de 240 grados y después de los 360 grados con estas técnicas que ustedes están viendo aquí, francés de origen y termino con un miembro de esta academia un ilustre miembro de esta academia Don Vicente Guarner quien fue mi maestro en el Centro Médico siglo XXI en donde estamos ahora fue uno de mis maestros de cirugía y el desarrollo otra técnica la funduplicatura posterior hizo estudios de fisiología y recuerdo lo que hacíamos en perros para poder demostrar la validez de todo estos procedimientos en ese artículo en 1997 publicado en cirugya como ustedes ven presentó resultados a 30 años, de sus pacientes de los que les daba seguimiento, como conclusiones Sr. Presidente del siglo XVI al XIX 300 años requirió la humanidad para identificar las hernias traumáticas y congénitas, fue la primera mitad del siglo XX con advenimiento del desarrollo tecnológico de los métodos de diagnóstico que se empezaron a describir las hernias del hiato esofágico y su estudio y fue la segunda mitad del siglo XX donde sustentan las técnicas quirúrgicas con estudios fisiológicos hasta el advenimiento de las cirugías de invasión mínima de la cual se hablara posteriormente. Muchas gracias.



Técnicas quirúrgicas.

Ponente: [Dr. Alejandro González Ortega](#)

Simposio: Reflujo gastroesofágico: Visión actual

Coordinador: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Sesión: Sesión Ordinaria

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Mucio Moreno toma la palabra: Muchísimas gracias Dr. Carrasco, quien nos deja una idea muy completa de los esfuerzos que ha habido en forma histórica en esta patología, para resolver este problema del reflujo, Alejandro González Ojeda nuestro siguiente ponente que nos va a hablar de las técnicas quirúrgicas específicamente quiero agradecerle abiertamente que haya aceptado venir desde Guadalajara es un cirujano que se ha dedicado a la investigación muy exitoso, en su práctica personal y también muy productivo científicamente hablando por favor Alejandro.

El Dr. Alejandro González Ortega comienza su exposición: Gracias, gracias Dr. Moreno Sr. Presidente buenas tardes a todos bien, Dr. Carrasco ya nos comentó la evolución histórica de muchos procedimientos quirúrgicos y lo que nos deja ver la evolución histórica de estos es que no tenemos todavía aceptado un procedimiento cien por ciento estándar de oro en esta lamina que ustedes pueden observar desde 1951 cuando el Dr. Alisson publico la importancia de la esofagitis del reflujo y la esofagitis y de la técnica quirúrgica que él proponía para el manejo de este problema hasta el momento actual en nuestro año 2015 todavía no tenemos a ciencia cierta cuál es el procedimiento más seguro y que se pueda considerar el estándar de oro quiero hacer notar además en la evolución histórica de las grandes aportaciones que hizo el Dr. Warner desde luego las aportaciones que ha hecho el Dr. Mucio Moreno con el trabajo que él ha desarrollado con una nueva técnica quirúrgica que ustedes ven en la lámina en el año 1993 él publica la técnica de funduplicatura fija no deformable de Moreno que a la postre que en el año 2012 él publica en la revista Zuberi los resultados de este procedimiento comparado contra un procedimiento funduplicatura parcial con funduplicatura de 360 grados a muy largo plazo de seguimiento, bien lo que se conoce como esfínter esofágico inferior es una zona muy pequeña que involucra muchas estructuras que tienen que ver con un equilibrio muy endeble que si se pierde se presenta el reflujo de hecho el reflujo puede ser fisiológico pero el reflujo patológico se presenta porque hay una disminución en la presión en reposo del esfínter esofágico inferior o una relajación de este esfínter en



ausencia de perístasis esofágica ambas o una de las dos presentes da motivo al reflujo al paso de contenido gástrico hacia el esófago donde el reflujo ha sido compectina o con sales biliares o con los propios alimentos que están en proceso de digestivo provocan un proceso inflamatorio que va desde un inflamación superficial leve hasta consecuencias muy importantes como puede ser la metaplasia, displasia y el cáncer de la unión esofagogastrica, los principios básicos de tratamiento quirúrgico tienen que ver con la reconstrucción anatómica del segmento esofágico en el abdomen, un segmento que tenga por lo menos 3 cm en posición intrabdominal y que sea una posición estable que el esófago no se estire entra la unión esofagogastrica entra al abdomen y nosotros dejamos de fraccionar esta estructura y se regresa al tórax tiene que ser un posición estable que permita en esta posiciones la misma presión de las vísceras intraabdominales y de las estructuras vecinas ejerzan presión sobre esta unión y permitan ayudar al mecanismo de válvula además esto nos permite restablecer una presión normal y además se debe construir un sistema valvular, ya lo dijo el Dr. Carrasco las vías de acceso en la actualidad prácticamente nadie concebimos hacer una reparación de hiato esofágico a menos de que existan contraindicaciones específicas que lo impidan como pueden ser contraindicaciones generales para una laparoscopia para casos y complicaciones preoperatorias o los múltiples intentos quirúrgicos complicaciones como estenosis braquiesófago en general podemos decir que entre más hábil es el cirujano menos contraindicaciones va a encontrar para poder realizar un procedimiento de invasión mínima si acaso no la tiene la indicación es porque el paciente las condiciones generales del paciente no permiten manejarlo quirúrgicamente cualquiera que se la forma de quererlo hacer, bien me voy a concentrar el resto de mi platica de mi presentación fundamentalmente a los procedimientos de plicatura anteriores y posteriores por las razones que vamos a ver los resultados de los meta análisis más recientes esto es la funduplicatura posterior de 180°, esto es el procedimiento de Tupet de 270° la técnica de Dor con la funduplicatura anterior, y en general las plicaturas parciales funcionan de esta manera al aumentar la presión de la zona aplicada sobre el esófago esta comprime esa porción intrabdominal del esófago y esto hace que haga un funcionamiento de válvula por lo tanto esa compresión es parcial no es de 360 ° de circunferencia en el caso de la funduplicatura de 360° además de que se le reduce eventualmente la presencia de una hernia hiatal que no necesariamente tiene que existir en el caso del reflujo gástroesofagico la presión positiva del abdomen favorece, ayuda a que haya una buena válvula inferior la plastelia mantiene esta unión dentro del abdomen le da una nueva eficiencia por la contracción del área diafragmática y la creación de la funduplicatura incrementa la presión basal del esfínter inferior impide la relajación transitorias del esfínter funciona a manera de válvula como si fuese un tintero al distenderse comprime la unión esófago-gastrica y la contracción intrínseca del propio fondo gástrico hace también que esto aumente la presión en reposo del esfínter esofágico inferior o de esta zona esto es como funciona una funduplicatura de 360 ° ustedes pueden ver el fondo gástrico rodeando totalmente el esófago nosotros aumentamos la presión esta se transmite igual en todos los



sentido de la cámara gástrica y esto incluye la zona de funduplicatura comprime el esófago y no nada más eso sino también hace un fenómeno de rotación o un poco de rotación que hace, si me permiten la expresión se tuerza un poco el esófago y eso ayuda a que funcione mejor el mecanismo valvular que dice la literatura sobre los resultados quiero yo decirles que hay una gran discrepancia entre las propias técnicas quirúrgicas y esto se los comento ahorita porque al final de mi charla voy a hacer un comentario a ese respecto aquí tenemos un metanálisis que fue publicado en el año 2010 que incluye 7 ensayos clínicos controlados en el cual evalúan la plicatura de 360 ° contra una funduplicatura parcial en 382 pacientes los resultados de ese estudio muestran que el tiempo operatorio la morbilidad general no son diferentes entre los procedimientos la presencia de disfagia y la necesidad de dilatación por disfagia es menos frecuente en la funduplicatura parcial la incapacidad para eructar es también menos frecuente así como también el síndrome de burbuja aérea la cirugía de reducción favorece a la funduplicatura de 360° el reflujo subjetivo no es diferente entre los dos procedimientos la satisfacción es semejante entre los dos procedimientos se mantiene mejor la presión del esfínter esofágico inferior en la funduplicatura de 360° y la exposición recurrente al ácido no es diferente como son estudios de metanálisis pueden ver en la lámina que nos referimos a las razones de ver una similitud o a la diferencia estandarizada de la media cuando son variables cuantitativas bien, otro meta análisis publicado un poco después tiene que ver con funduplicatura anterior y comparado con la funduplicatura tipo nyse en 5 ensayos clínicos controlados con 227 pacientes contra 231 pacientes lo que pueden ver ustedes es que el tiempo operatorio morbilidad y regurgitación son semejantes favorecen la capacidad para eructar la ausencia de burbuja atrapada en la disfagia a la funduplicatura anterior pero no es diferente la necesidad de dilatación a la exposición al ácido ni la re operación la disfagia en 5 años favorece evidentemente al procedimiento limitado pero la regurgitación de cinco años favorece especialmente al procedimiento de nyse y la presión es semejante en ambos procedimientos que tenemos ahora un meta análisis muy reciente que combino con funduplicatura posteriores de 360° con nysen que es de 360° contra funduplicatura anteriores encontró que el comportamiento de las variables de respuesta fue muy semejante a excepción de la presencia de pirosis y de disfagia que favorecerían procedimiento ante funduplicatura anterior, finalmente este meta análisis que incluyen 3 ensayos clínicos controlados que están recientemente publicados en la revista plos one ustedes pueden ver que junta funduplicaturas de 360° contra funduplicaturas parciales con un número de 814 y 750 pacientes donde favorece la presencia de pirosis disfagia favorablemente es menos común entre los pacientes que tienen funduplicatura parcial pero las cirugías las reoperaciones No es diferente entre ambos procedimientos la morbilidad de los procedimientos antireflujo no debe ser mayor del 10% en el peor de los casos ahí la que es inherente por el procedimiento que va desde las complicaciones hemorrágicas neumotoras perforaciones de las vísceras involucradas en la disección y otras que son relacionados con cualquier procedimiento quirúrgico es aceptable una mortalidad menor al 1% y en los grandes centros de concentración



donde se realizan frecuentemente estos procedimientos la mortalidad es menor a un punto cinco por ciento, que es mejor las parciales o las completas de las funduplicaturas esto es hay estudios a favor de la de 360 esto es a favor considerar que la funduplicatura de 360 grados se puede hacer a cualquier paciente independientemente de su capacidad móvil esofágica y hay otros que invitan que no que debemos considerar procedimientos más limitados en aquellos pacientes que tiene como actividad esofágica la funduplicatura anterior tiene mayor riesgo de recurrencia de reflujo gástrico, en cuanto la elección de la intervención podemos decir que cualquier procedimiento es útil para inhibir el reflujo gastroesofágico el Toupet es superior a la funduplicatura anterior en las complicaciones funcionales son más frecuentes en Nissen, la morbilidad debe ajustarse a la equidad de los procedimientos quirúrgicos una baja proporción de pacientes sometidos a procedimientos de Nissen realmente requieren dilataciones esofágicas el dorso está limitado para procedimientos que tienen que ver con la recepción de la musculatura en caso de la calasia o en aquellos pacientes que tiene trastorno de movilidad muy importante del esófago si se apega estrictamente a la técnica en el Nissen que tiene que ver con la disección de los vasos con la movilidad realmente del fundus y realmente hacer una funduplicatura realmente geométrica los resultados tiene que ser tan buenos como el que los pacientes a 10 años tengan una satisfacción del 90% de los resultados quirúrgicos y la presencia de síntomas realmente este limitado una proporción muy baja de pacientes en cuanto al robot en adultos no hay más que algunos ensayos clínicos controlados que no es mejor el robot contra la laparoscópica y en niños no existe ningún ensayo clínico control como corolario de mi presentación quiero decirles que el éxito de la cirugía antirreflujo en el tratamiento de la enfermedad por reflujo descansa en gran medida en el conocimiento de la enfermedad es un diagnóstico correcto en una adecuada selección del paciente una técnica quirúrgica sólida y seguimiento postoperatorio a largo plazo. Gracias



Nuevos conceptos de la enfermedad

Ponente: [Dr. Jesús Herrera Esquivel](#)

Simposio: Reflujo gastroesofágico: Visión actual

Coordinador: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Sesión: Sesión Ordinaria

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Mucio comenta: Vimos con la presentación de Alejandro, nos queda muy claro que hay diferentes opciones para resolver el mismo problema si además le agregamos que no solamente hay opciones quirúrgicas sino también endoscópicas se complica el rompecabezas, en la literatura podemos encontrar decía un maestro lo que queremos leer lo que queramos leer un paciente con reflujo gastroesofágico real créanme tiene mala calidad de vida, por eso invitamos al Dr. Jesús Herrera que tiene la otra cara de la visión quien nos califica como cirujanos quien nos califica como endoscopistas desde el punto de vista objetivo la forma de evaluar un procedimiento un tratamiento para reflujo es con motilidad gastroesofágica donde en forma objetiva nosotros sabemos si el paciente quedo con reflujo o no y el Dr. Herrera es el jefe de la unidad de motilidad gastrointestinal del hospital GA Gonzales gracias.

El Dr. Jesús Herrera Esquivel toma la palabra: muchas gracias Dr. Mucio, gracias miembros de la academia Dr., quiero llamar la atención en hablar parte de lo que han mencionado en principio de esta conferencia el reflujo gastroesofágico es un fenómeno fisiológico es un fenómeno que todos tenemos y lo tenemos desde el nacimiento en que momento llamamos a este paso del contenido gástrico hacia el esófago algo anormal vemos la prevalencia todos tenemos reflujo gastrointestinal 50% de la población tiene eventos de reflujo al menos una vez al mes para decir que esto es una enfermedad el reflujo gastroesofágico debe de pasar a través del esófago de manera recurrente producir síntomas o tener presencia de complicaciones aun en ausencia de síntomas en esto puede tener un evento crónico y perseverante como una característica tal vez el verdadero reto es tratar de entender que es normal y que es anormal y en esta tendencia tratar de explicar que es normal como explicarle a un paciente que su reflujo es normal cuando tiene síntomas o como explicar que el paciente no acude por síntomas pero encontramos complicaciones estenosis, cáncer, Barret diferentes tipos de lesiones que trataremos de explicar con nuestra investigación tanto estructural como fisiológica del paciente en esto quiero ahondar el paciente puede tener síntomas esofágicos lo que llamamos típicos ya sea en presencia de lesiones o bien que tenga pirosis, regurgitación o dolor torácico o bien que tenga estos estresofágicos que hemos



tratado de demostrar a lo largo del tiempo que pueden tener asociación al reflujo y que cada vez nos convencemos más que tienen asociación al reflujo como los laringoespasmo erosiones dentales manifestaciones otorrinolaringológicas que es normal y que es anormal todos refluimos y es un fenómeno de descompresión gástrica en los movimientos de acomodación gástrica para poder liberar espacio y que el estómago pueda hacer sus fenómenos de digestión y en esto tradicionalmente regresamos gases a través de los eructos habitualmente acompañados de líquido y esto puede ser ácido y más recientemente sabemos que puede ser no ácido y dentro del no ácido incluso puede ser alcalino en el fenómeno o la evolución natural de la enfermedad es importante entender que nuestros hábitos dietéticos conductuales la calidad y la cantidad de lo que comemos como decían todos ustedes y grandes maestros son el fenómeno por el cual se empieza a desarrollar el reflujo gastroesofágico y en esto se liberan hormonas gastrointestinales particularmente colesixto quinina que retarda el vaciamiento gástrico y esto exagera las relajaciones transitorias al distenderse el conducto del estómago estas relajaciones transitorias son los responsables del 90 al 95 % de los eventos de reflujo y de ahí detona la lesión o daño estructural que tiene tanto la mucosa la submucosa con su... y las fibras longitudinales y circulares del esófago distal y de aquí se desarrolla en este fenómeno de quemaduras una pérdida de la elasticidad el esófago donde empezamos a desarrollar hernias de hiato tipo I que son muy raro de encontrar de manera congénita y que sabemos que a mayor edad mayor reflujo mayor hernia de hiato mayor hernia de hiato mayor reflujo y mayores complicaciones asociadas aun en ausencias, si pudiéramos graficar la intensidad del reflujo gastroesofágico visto a mi izquierda y en la evolución natural de la enfermedad habríamos de entender porque en un principio solo hay relajaciones transitorias y no hay hernia de hiato no hay probablemente trastorno motor en el esófago pero conforme existe el reflujo se desarrolla la hernia de hiato inicialmente pequeña y a mayor hernia de hiato mayor reflujo en un fenómeno que se conoce como red reflujo lo cual provoca un mayor tiempo de exposición al líquido reflujo, tradicionalmente y hemos escuchado hablar en las dos conferencias previas de la pH-metría tradicionalmente decíamos que el paciente con reflujo patológico era aquel con reflujo ácido y en las definiciones de los textos dice reflujo ácido patológico el reflujo que constituye lo que quema el esófago no solo es ácido y esto es algo que mucho tiempo se ha cuestionado y más en los últimos 8 o 10 años a partir de que contamos con estudios de monitoreo de pH asociado a impedancia que nos permite evaluar si el paciente tiene otro tipo de reflujo que no sea ácido es pues este contenido que además de contener ácido el cual es responsable de mucho del síntoma también contiene enzimas proteolíticas que nos ayudan a digerir alimentos y que a pesar de no tener ácido clorhídrico que es lo que hacen los niveles de bombas de protones cambiar el pH son enzimas proteolíticas que persisten produciendo daño y penetran hasta la red de puentes intercelulares del esófago vital, en esto pues habría que cuestionarse si todos los pacientes deben recibir un mismo tratamiento, es lo mismo tratar a un paciente con enfermedad con reflujo gastroesofágico en ausencia de hernia o deberíamos de tratar pacientes con



hernia y con reflujo gastroesofágico de manera distinta a los pacientes con reflujo sin hernias, que debo de tratar en la primera pregunta que yo haría a todos ustedes y que me hago yo, yo diría que lo primero que tendríamos que tratar el objetivo de tratamiento está centrado en el paciente el paciente quiere calidad de vida la enfermedad por reflujo es la primera causa del deterioro de calidad de vida en el mundo occidental el paciente quiere controlar sus síntomas evidentemente quiere sanar lesiones quiere evitar tomar medicamentos porque a cierta edad se toman demasiados medicamentos y queremos evitarnos complicaciones que nos hace el reflujo y para eso es importante entender cuáles son los tipos de reflujo que el paciente puede tener para saber que tratar para que darle un IBP a un paciente que no tiene reflujo ácido porque darle a un paciente que esto nos ha vendido la industria en los últimos años medicamentos que no sirven para lo que el paciente tiene por lo tanto tenemos pacientes refractarios o tratamiento médico porque no necesariamente estamos tratando el origen del problema en que momento de la enfermedad está el reflujo que expresiones tiene como síntomas y bien entender que los síntomas se deben a reflujo o se debe a otra cosa y para esto es importante la evaluación diagnóstica hemos hablado el Dr. Carrasco de la endoscopia debemos evaluar si existe daño en mucosa o no si existe la presencia de hernia hiatal como daño estructural si el reflujo del paciente es anormal no solo en cantidad sino en producir síntomas y los síntomas que el paciente evidentemente se deben a reflujo en esto existen factores como la hernia hiatal o no o bien si el paciente tiene reflujo pero no tiene hernia cual sería mi propuesta de tratamiento y en esto es el cuestionamiento que nos venimos haciendo en los últimos años tratando de buscar un procedimiento menos invasivo y mejor indicado a nuestros pacientes en el tratamiento médico con los bloqueadores h₂ o bien niveles de bomba de protones más adelante con la cirugía laparoscópica como el nuevo procedimiento a una técnica antigua como es la cirugía abierta o bien tendríamos métodos menos invasivos como serían los métodos endoscópicos lo cual pudiera ofrecer una ventaja en algunos pacientes y para esto yo cuestionaría que tendríamos que entender cuál es el mecanismo de acción por el cual fisiopatológicamente se produce el reflujo y por lo tanto tratar la causa de reflujo la terapia médica hoy día nos permite el uso de antiácido alginatos antagonistas h₂, pro cinéticos, inhibidor de bombas de protón la terapia endoscópica endoluminal ha sido un trabajo constante en pretender lograr un método endoscópico eficiente, lo cual hasta la fecha hay grandes esfuerzos sin embargo nada ha logrado superar al tratamiento quirúrgico a través de las técnicas de funduplicatura en esto quiero volver al punto de decir que el ácido refluído lesiona los puentes intercelulares y permite el acceso de este contenido refluído haciendo un daño a los canales celulares activando este receptor transitorio de vaniloideas que hay del prt 1 al prt3 y que produce finalmente un daño estructural aun en ausencia de ácido y en esto habría que entender que la enfermedad por reflujo es una enfermedad multifactorial cualquier método que nosotros tengamos que ofrecer al paciente tendrá que empezar por que modifiquemos lo que llevo al reflujo y esto son los hábitos dietéticos conductuales de calidad y de cantidad del paciente, yo les preguntaría tratar a un paciente con reflujo nos llevaría a entender pues en que



momento de la enfermedad estamos, no podemos tratar o no deberíamos tratar a pacientes con hernia de hiato que tengan reflujos patológicos muy probablemente con medicamentos porque tiene un daño estructural diferente tal vez no deberíamos operar a los pacientes que tenga reflujos sin hernia y digo tal vez porque probablemente sí, si los estudios de evaluación nos sugieren que sería un buen candidato, decía el tratamiento debería de ser dietético conductual puede ser médico puede ser endoscópico o quirúrgico la realidad es que los estudios han reportado efectos del etéreo del uso a largo plazo de los inhibidores de la bomba de protones quizá lo que no sabíamos hace 15 años pero que hoy si sabemos fracturas patológicas espontaneas neumonías adquiridas en la comunidad por el uso y abuso de sus ibp diarreas y trastornos gastrointestinales mal absorbidos incluso problemas de cáncer gástrico efectos cardiovasculares en pacientes de riesgo si nosotros comparamos el tratamiento médico contra el quirúrgico la realidad es que en eficiencia para tratar los síntomas son muy similares pero a largo plazo y el hecho de poder evitar un medicamento a largo plazo muy probablemente la cirugía es muy superior, dentro de los grandes esfuerzos que hay de terapia endoscópica endoluminal existe el endostich existe el intento a través de dispositivos de reforzar la unión esofagogastrica inyección de polímeros por ejemplo tal vez el más reciente que promete grandes ventajas es el hecho de aplicar radio frecuencias al musculo de la unión esofagogastrica y con esto estimular la síntesis de colágeno tipo 1 y ser este un mecanismo de rehabilitación del esfínter a través de la aplicación de radio frecuencia de bajo voltaje lo cual en estudios en animales y estudios en pacientes, pueden ver a su derecho un ultrasonido endoscópico seis meses post aplicación a radio frecuencia como el espesor de la unión esofagogastrica del musculo en esta región duplica su diámetro comparado con la aplicación antes de la aplicación de radiofrecuencia o bien estudios en animales en perros donde se pudo documentar con estudios histológicos como tratar como elegir el tratamiento ideal yo les diría el método más eficaz buscando la curación la prevención de complicaciones la seguridad no solo a corto sino a largo plazo la conveniencia y costos y en esto una vez más en qué momento esta nuestro paciente como para poder decidir en donde queremos tratar o cómo podemos tratar a nuestro paciente por otro lado que estamos tratando si el paciente tiene reflujo acido o no acido prácticamente gaseoso y yo llamaría la atención de si deberíamos seguir considerando el tratamiento médico como una primera línea de elección y bien es cierto que cura la esofagitis hasta el 90 % pero modifica el p h no el reflujo por otro lado quita los síntomas típicos asociados a ph mas no sana y por otro lado si no ponemos un mecanismo de barrera entonces no estaremos tratando los síntomas extra esofagicos como laringo espamos y por otro lado el tratamiento médico no corrige condiciones mecánicas asociadas como la hernia de hiato y sabemos que el 80 % de estos pacientes recibían en síntomas hasta 12 meses cuando han suspendido el tratamiento médico y los métodos de barrera que hoy día conocemos es el tratamiento quirúrgico el tratamiento endoscópico y esto sin duda debe requerir una evaluación previa para tratar de saber si el paciente es o no un buen candidato para estos procedimientos. Muchas gracias



Retos y conclusiones.

Ponente: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Simposio: Reflujo gastroesofágico: Visión actual

Coordinador: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Sesión: Sesión Ordinaria

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Mucio Moreno portillo comenta: Voy aprovecha para hacer unos comentarios como vimos existe en un mar de opciones para un solo problema si a eso nosotros le sumamos que es un problema que se abordó en el siglo pasado a mediados del siglo pasado y que prácticamente ha tenido todo este tiempo con mínimo avance tecnológico ustedes saben que la cirugía de reflujo o para contener el reflujo gastroesofágico fue una cirugía fortuita no fue pensada para el problema se dieron cuenta después de muchos años que el problema había sido resuelto con una anastomosis para proteger un cáncer gástrico en la parte del esófago y del estómago de manera que por un accidente nosotros seguimos haciendo la misma técnica para un problema altamente complejo desde el punto de vista de motilidad es increíble que las escuelas quirúrgicas en todo este tiempo no hayan propuesto tecnología no hayan propuesto alternativas después de que las técnicas iniciales de los sesentas de los cincuentas de 1950 todas han sido un fracaso o han sido modificadas sustancialmente por lo tanto yo voy hablar del reto en reflujo gastroesofágico y para eso voy a tomar un ejemplo el Nissen que es la cirugía más frecuentemente hecha en todo el mundo y en México también tenemos un número no reportado de resultados de Nissen y un número reportado que es inconcebible que nosotros aceptemos como resultado las variables para el Nissen son múltiples aquí les puse algunas, es decir cada escuela quirúrgica tiene su teoría de cómo hacer la misma técnica y cada escuela quirúrgica incluyendo del Mr. Que vino a México y que pudimos platicar con el en un foro y se molestó muchísimo porque se le cuestiono que el teocráticamente decía hay que cortar vasos cortos ahora sabemos que los vasos cortos ni fu ni fa en el reflujo en fin hay varias técnicas y si nosotros agregamos por ejemplo que hay pacientes o grupos de pacientes que por si representan un reto como los obesos en donde tenemos un incremento nada más por estar obeso del 20% de reflujo gastroesofágico debido a una presión intragastrica aumentada y un gradiente de presión En donde son pacientes que presentan esofagitis erosiva esófago de Barret y adenocarcinoma con más frecuencia, quiero presentarles la experiencia de nosotros en forma protocolizada aleatoria a largo plazo con un ensayo clínico comparativo de todo este tiempo del 95 al 2000 se analizaron 161 casos con obesidad índice de masa corporal mayor de 30 se incluyeron los síntomas típicos no los atípicos y obviamente con esofagitis



erosiva, no nada más con síntomas sino con daño esofágico la inclusión tenía que demostrar que pH-metría tenía un de mister anormal el de mister es el índice que mide el reflujo en forma objetiva, y una asociación de síntomas mayor a 50 % es decir que si coincidían los síntomas con los episodios que marcaba la máquina para el reflujo un esfínter hipotónico con baja presión y una perístasis normal se comparó el Nissen con una técnica que se ha desarrollado en el hospital y que veremos brevemente no es el punto y además el tratamiento médico para ver qué pasaba con esos pacientes se eligieron un grupo estadísticamente significativo de cada uno.

La técnica se ha desarrollado eminentemente en cadáveres viendo que pasa fisiológicamente y anatómicamente con el Nissen que pocos cirujanos han visto en el cadáver, que sucede cuando se distiende la cavidad gástrica en un Nissen aquí ven ustedes lo que decía Alejandro se tuerce la unión esofagogastrica y si ustedes tienen un poquito de mala suerte todo el Nissen se sustenta en tres puntos como lo están viendo ustedes y cada punto tercio se puede desgarrar entre menos puntos haya obviamente reside la atención en una sola área de superficie, por lo tanto nuestro objetivo en desarrollo de la técnica fue crear una funduplicatura rígida no deformable es decir que este anclada en el diafragma con sutura inabsorbible obviamente 15 suturas en promedio que reparten la atención de toda la funduplicatura contra tres o cuatro de Nissen evitar sutura víscera a víscera por lo que ustedes vieron en el video de manera que hubiera víscera diafragma o víscera por neurosis y rectificación de la unión esofagogastrica que no sucede en el Nissen y que desde nuestro punto de vista es muy claro que es la parte responsable de la disfagia en los pacientes de pues de la funduplicatura estas son algunas imágenes, se las voy a pasar rápido porque ustedes no son cirujanos son detalles técnicos de la sutura este es una sutura que hicimos también en el hospital un baja nudos que se hizo también en el hospital para una sutura extracorpórea igual de tensión de lo que hace un nudo de cirujano en la cirugía clásica el cierre de pilares y a diferencia del Nissen ustedes van a ver una funduplicatura totalmente cubierta como esta imagen en donde el esófago es envuelto en el fondo gástrico y todo totalmente congelado a nivel del diafragma esta funduplicatura no la pueden distender ni en el cadáver ni con tensiones elevadísimas a nivel gástrico tiene un resultado manométrico de 16 milímetros de mercurio permanente no implica o no está sujeto a la distensibilidad gastro y aquí están los resultados de disfagia de tiempo quirúrgico que es un poco más el Nissen pero no mucho en complicaciones ninguna diferencia significativa esofagitis postoperatorio ustedes ven el tratamiento médico evidentemente no resuelve el problema es la gráfica alta y el Nissen contra la funduplicatura Gea a 10 años que tiene una significancia importante prácticamente del doble también en el tamaño cuando medimos el tamaño del esfínter a través de manometrías la presión del esfínter a través de manometría una mejoría clínica que es lo que el paciente refiere obviamente una encuesta de satisfacción donde el paciente mismo se califica en relación a sus síntomas de varios tipos que son las encuesta de salud y lo más objetivo que es el índice de De Mister ustedes ven la diferencia a 10 años como va perdiendo la presión del Nissen contra la técnica que



se propone en el hospital, los pacientes curiosamente cuando medimos índice de masa corporal eso si es una desventaja como pueden comer como no tienen reflujo los pacientes nuestros si aumentan más de peso, a lo largo del tiempo, las conclusiones puntos esófago a diafragma y no a víscera hay que manejar el tejido graso es decir quitar la parte grasa para poder ver las estructuras adecuadamente, disección y restitución del esófago a nivel intra abdominal evitar la angulación del cardias y el manejo de nervios vagos para como detalles técnicos es factible pues en pacientes con obesidad el abordaje laparoscópico el Nissen fue más eficiente a corto plazo pero a largo plazo la técnica del hospital mostro un desempeño más constante durante el tiempo de seguimiento. Muchas gracias.

El Dr. Graue agradece al Dr. Moreno le daríamos ahora tenemos una sesión de preguntas y respuestas.



Discusión y conclusiones.

Ponente: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Simposio: Reflujo gastroesofágico: Visión actual

Coordinador: [Dr. Mucio Moreno Portillo](#)

Sesión: Sesión Ordinaria

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

Participante: Buenas noches soy el Dr. Martin Fernández García, soy anestesiólogo y bueno amen de los puestos y el texto correspondiente pero pues son se siga siendo vigente el comentarle a los pacientes que utilicen para su cama una posición donde esté más alta la cabeza que el resto del cuerpo, gracias.

Dr. Mucio Moreno: Dr. Carrasco podría contestar esa pregunta

Dr. Carrasco responde: el problema del reflujo es un problema mecánico la otra es el reflujo de Nissen la exposición que dio el Dr. Herrera hace un momento se han hecho trabajos para ver si es útil o no es útil que el paciente levante su cama el propio paciente se levanta no puede dormir acostado ni de cubito los estudios que se han hecho los testigos que dicen que no es útil yo se lo recomiendo a todos mis pacientes.

El Dr. Enrique Graue pregunta: Yo quiero preguntarles primero al Dr. Herrera que explicación se le da a este engrosamiento, como es que funciona el engrosamiento del esófago a través del estímulo a radiofrecuencia y la segunda al panel en general no me quedo claro cuando operan a alguien de un reflujo esofagogástrico cuál es la indicación formal de la cirugía.

El Dr. Herrera responde: La radiofrecuencia surgió hace alrededor de 12 o 15 años hablando de reflujo cuando hace 12 o 15 años se creía que se producía una lesión térmica y esto provocaba fibrosis la realidad es que la radiofrecuencia lleva alrededor de 30 mil casos en el mundo y en el seguimiento que ha tenido a largo plazo lo que han podido observar es que hay un engrosamiento pero no está expensas de fibrosis y es donde a lo largo de estos últimos 6 años se han hecho cortes a titulo con microscopia han visto que hay un estímulo al menos crecen más célulasde Kajal y que es la base de la neuromodulación. Y por otro lado lo que han visto es que sintetiza colágeno tipo 1 se han tratado de transpolar la explicación de esto a lo que se hace en dermo cosmética que es la estimulación a través de



radiofrecuencia de síntesis de colágeno tipo 1 que si recordamos este colágeno es la que se asocia a fibras elásticas regenerativas no a fibras fibrosas la realidad es que esto es algo que fue un hallazgo a lo largo del tiempo de este métodos lo que sabemos es que al menos por ultrasonografía endoscópica y por endoscopia hay regeneración hay mayor cantidad de células ... de Kajal en el espesor de la pared que se ha identificado colágeno.

El Dr. Enrique Graue pregunta: cuál es la indicación formal de la cirugía.

El Dr. Alejandro responde: la indicación de la cirugía, bueno tenemos una situación en que los pacientes que mejor responden a tratamiento médico son también mejores candidatos para cirugía porque el resultado es más favorable los pacientes que por algún motivo no pueden tomar los medicamentos no desean tomar los medicamentos está representado un problema porque al dejar de utilizar los medicamentos reaparecen los síntomas pues estos son los pacientes a los que son las indicaciones más comunes sin embargo hay que recordar que hay indicaciones un poco más urgentes si me permiten la expresión en aquellos pacientes que tiene complicaciones pulmonares incluso han avanzado algunos estudios en los cuales vamos a tener resultados a corto o mediano plazo de aquellos pacientes que tienen fibrosis pulmonar en los que muy probablemente el reflujo participe en el desarrollo de fibrosis pulmonar en estos pacientes que pueden tener un pronóstico desfavorable someterlos a un procedimiento de barrera puede ayudarlos a tener una mejor calidad de vida por otro lado los paciente que son malos respondedores para tratamiento médico son también los pacientes que menos van a tener resultados favorables para procedimiento quirúrgico y bueno no está por demás decirlo los pacientes que tiene hipomotilidad esofágica deben de considerarse procedimientos un poco más limitados que los que son más extensos en cuanto a potencia de la válvula que se desea diseñar.

El Dr. Jose Antonio Carrasco comenta: Sumado a lo que acaba de decir el Dr. González Ojeda yo creo que cabe mencionar que para indicar una cirugía tenemos que estudiar bien al paciente no se vale tener una endoscopia y con eso decirle tienes reflujo tienes una hernia hiatal tienes esofagitis debes de operarte se debe estudiar bien y ver en qué condiciones está el paciente, voy a poner un ejemplo muy triste acerca de si se deben operar o no, hay estudios que han demostrado un seguimiento a largo plazo y su tratamiento médico y tratamiento quirúrgico y se ha demostrado que se complican más en el futuro los enfermos que no se operan y los individuos de bomba protones que eran defendidos por los gastroenterólogos clínicos ahora se ha demostrado que tienen muchos problemas como ya se demostró un ejemplo un ejemplo fue don Vicente Guarner don Vicente Guarner tuvo reflujo se hizo endoscopías seriadas por años termino con un cáncer de esófago y no termino con el cáncer pero termino con las complicaciones que suceden posterior al cáncer hubo que hacerle una disección gástrica tristemente unos años después se le hace una coloscopia puede pasarle a cualquier enfermo que tiene un ascenso



gástrico tuvo reflujo gastroesofágico pues así falleció, eso es un ejemplo muy triste de alguien muy querido que se dedicó al reflujo gastroesofágico toda su vida que no tomo una determinación de haberse operado de ese reflujo en el momento adecuado el problema es calidad de vida cuando nosotros recibimos a jóvenes que van con reflujo y con gran problema hay que pensar que su expectativa de vida van a ser 60 o 70 años más van a vivir en esas condiciones eso hay que razonar con un pensamiento lógico la medicina tiene que ser lógica pragmática analizando consecuencias eso es lo que hay que ver.

El Presidium comenta: Quizás nada más para contestar en una forma diferente la pregunta del Dr. Graue, el paciente operado adecuadamente indicado por reflujo gastroesofágico es un paciente agradecido eternamente que en cada especialidad nosotros de cada una de nuestras especialidades tenemos ciertas patologías donde los pacientes nos dicen Dr. Me cambio la vida, esto me cambio la vida volví a nacer ese es el paciente que está bien indicado para operar y nada más en relación a lo que comentaban Antonio del Dr. Warner específicamente lo que él tuvo es un cáncer adenocarcinoma perdon escamoso de esófago que particularmente no se relaciona a reflujo pero si tenía Barret tuvimos oportunidad de operar con él una serie la primera serie el GA González por laparoscopia con su técnica comparativamente con el Nissen con la técnica del hospital y estábamos por operarlo a él por el reflujo gastroesofágico cuando en un congreso le diagnosticaron en Nueva York el cáncer y le hicieron una esofagectomía pero fue escamoso no adenosea.

Participante Dra. Virginia Pascual Reumatólogo: Buenas noches muchas gracias, ustedes han planteado tres opciones de tratamiento entiendo que además necesitamos medidas dietéticas que pasa cuando esas medidas dietéticas no se siguen qué tan exitosas son ya sea la cirugía ya sea la intervención endoscópica o el tratamiento medicamentoso y la otra pregunta es cuándo una cirugía un tratamiento endoscópico es exitoso en lo que queda de vida del paciente entiendo que va a vivir mucho tiempo o son procedimientos que tiene una fecha de caducidad.

El Dr. Alejandro González contesta: Me voy a referir yo al éxito de los procedimientos quirúrgicos hay determinados grupos que se especializan en hacer un procedimiento quirúrgico que los resultados que esos grupos en particular tienen son muy buenos pero no llegan al 100% de efectividad a los muchos años, yo creo que el resultados fabulosos son en aquellos pacientes en que está libre de síntomas en el 90% de los casos más fabulosos yo les presente en una lámina resultados satisfactorios en un 80% de seguimiento a largo plazo sin duda por ejemplo por el procedimiento favorecen en el hospital GEA González particularmente esa funduplicatura fija deben de tener muy buenos resultados porque ellos privilegian mucho su realización se hacen verdaderamente expertos igual quienes hacen Nissen con disección de vasos cortos geométricamente bien hechos bien distendido



el esófago bien cerrados los pilares etc. Ese grupo tiene que tener un grupo de 90% de buenos resultados a 5 o 10 años 15 años quizás más allá de esto en la literatura ya nos empieza a traicionar con los resultados y a largo plazo bueno pues sabemos que el tratamiento médico pues se queda por debajo de los resultados del tratamiento quirúrgico pero estamos hablando nuevamente de 10 ó 15 años de seguimiento no sé si alguno de ustedes conozca alguna cita alguna referencia de más años de seguimiento y resultados de procedimientos quirúrgicos.

Dr. Rafael Alvarez: la primera parte de su pregunta sobre los hábitos dietético son paciente s que se educan para comer son pacientes que no masticaban que deglutían que tragaban los alimentos porque caían en caída casi libres y cuando tiene un obstáculo y se distiende se sienten satisfechos, el estómago es parte de su termómetro para no comer mucho en la distensión gástrica se educan cambian sus hábitos en un gran número de estos pacientes.

El Dr. Jesús Herrera Esquivel: redondeando esa respuesta como dice el Dr. El cambio anatómico que se produce hace que el paciente tenga una capacidad gástrica de una tercera parte de lo que habitualmente tenía esto hace que coma en menores cantidades por miedo a los probables síntomas que puede tener como distensión gástrica como fenómeno favorecer el reflujo en un principio empiezan a reeducarse aunque si el paciente mas tardíamente se siente muy bien hace comilonas eventualmente se siente mal porque no necesariamente pueden eructar producen burbuja producen síntomas que los hacen sentir tan mal que despues eso los limita mucho en el futuro, hay que entender que los tejidos son tejidos como la piel que se arruga se afloja los músculos se aflojan y una vez que se hace una técnica quirúrgica tiene una vida media yo tuve la oportunidad de hacer el seguimiento de los pacientes que tuvimos en el hospital GEA González tenemos pacientes de hasta 19 años de seguimiento comparados con Nissen tiene una taza de agresiva muy pequeña pero si agresiva y eso tiene que ver finalmente con los tejidos van dando de si y finalmente hace que la funduplicatura se aflojen un poco que comparado con Nissen es dramáticamente superior, la técnica rígida no deformable pero aun así habría que pensar en una funduplicatura tiene una vida media entre 15 o 20 años tal vez, no en todos los casos.

Participante: también para preguntar si se ha contemplado el uso de células madre para reforzar o modificar renovar pues si la función o también algún tipo de ejercicio de alguna forma. Gracias.

El Dr. Mansilla contesta: dentro de la dinámica del hierro en el organismo es muy importante la sección de ácido clorhídrico como todos lo sabemos la transformación del hierro es forma ferrica ferrosa y esto puede crear es tan delicado el mecanismo que puede llevarnos desde una anemia necrosítica hipo crómica con trombotosis Hasta lo contrario un fenómeno de democromatosis incluso la cirrosis hepática esto lo podemos ver precisamente en la repercusión a largo plazo de los fármacos como



la bomba de protones han observado algo en la funduplicatura rígida que ustedes están realizando ya por un lado y por otro lado esta funduplicatura está condicionando algún cambio en las ondas esofágicas y en las gástricas dado que tu decías que se mantienen prácticamente una tensión de las pared esofágica.

El Dr. Mucio comenta: La tensión del esfínter esofágico inferior normal varía de 10 m. de mercurio a 20 más menos es la tensión que nosotros medimos normalmente en una manometría el Nissen después del Nissen si tu mides la válvula del esfínter aproximadamente esta en 20 25 es muy efectiva muy eficiente la del hospital más o menos en 16 más menos dos nosotros hacemos esta técnica después de miotomias cardiometomias de Heller para acalacia que es el caso más dramático de la peristalsis esofágica de manera que si en acalacia no tiene problema de vaciamiento no te va a dar ningún problema de vaciamiento en ningún otro paciente por dismotilidad que sea eso es lo que hemos comentado y la diferencia no está en la funduplicatura o en la presión constante sino en la rectificación del desagüe del aclaramiento esofágico que a diferencia del Nissen no se tuerce la unión esofagogastrica y contestando la pregunta de células madre, no tengo idea nunca he leído nada al respecto y en relación los antiácidos a largo plazo no tengo yo información a mano.

Dr. Salamanca: Me da mucho gusto resaltar algunos aspectos que me parecen muy importantes de esta sesión que hemos tenido la fortuna de escuchar el primero es que no hay una cultura de la innovación de nuestro medio y hoy tenemos un claro ejemplo de un grupo que se dedicó a desarrollar algo absolutamente novedoso que no sé por qué no estaba presente en las transparencias que he averiguado aquí en la mesa y que ha sido publicado en ---- del 2012 eso me parece un hallazgo bastante importante a resaltar habitualmente creemos que el desarrollo de la innovación de las patentes esta solo la investigación básica no es cierto, hay muchísimas posibilidades en la investigación clínica y esta me parece absolutamente sobresaliente y ojalá tuviéramos una audiencia mucho más amplia para testimoniar un desarrollo verdaderamente importante en nuestro medio, la segunda es que habitualmente hablamos también de algo personalizado porque estamos acostumbrados a que la medicina genómica y la secuenciación y ustedes han escuchado en esta sesión como todos los ponentes hicieron un énfasis afortunado en que tiene que verse al paciente como una individualidad entonces no es cierto que solo vamos hacer medicina de hoy y del futuro conocer la secuenciación de los ácidos nucleicos y ver cuál es la susceptibilidad y los genes que permiten protección para cualquier patología me parece que es sumamente ilustrativo especialmente para los estudiantes que se están formando en el ámbito nuestro reconocer que la prioridad más alta es el paciente y aquí se insistió no solo en presentaciones sino en todas las respuestas que esto es absolutamente personalizado lo tercero porque tuve la inquietud de preguntar a mis colegas aquí sobre un colega notable Vicente Warner y pregunte no solo por la relación con el tema de hoy de esta noche sino porque quiero dejarles un testimonio yo sé que la mayoría de ustedes que nos



acompañan en el recinto lo saben pero quienes nos escuchan por la red y nos siguen por la red a lo mejor no saben pero el dejo un testimonio vibrante de cuando en Nueva York fue paciente para esta cirugía a la que se aludió aquí ningún colega le pregunto cuál era su problema ni cuál era su especialidad o su licenciatura o su carrera, y dejo testimonio en varios artículos de la prensa nacional de la desolación la soledad que sintió cuando sus colegas pasaban revista nunca le preguntaron nada y solo miraron el resultado de los exámenes de laboratorio o de las placas radiológicas que le tomaron me parece muy importante dejar una enseñanza que ética deriva de de el de su propia experiencia y que ojala quienes quieran seguir la figura de un personaje notable miembro de esta academia lo pueden consultar en los periódicos porque escribió muchísimos artículos pero quizás pero los más vibrantes e interesantes son estos respecto a su propia experiencia como paciente siendo médico en un ámbito distinto al nuestro en los hemisferios del norte en donde no siempre se tiene esta consideración por la persona como paciente.

El Dr. Enrique Graue: pues muchísimas gracias creo que oímos una excelente sesión a veces lamenta uno efectivamente como decía el Dr. Salamanca que no esté este auditorio lleno y un problema muy frecuente que todavía no tenemos una solución mágica y hay que agradecer primero a José Alfredo Carrasco su presencia aquí ex presidente de la academia nacional de cirugía, Alejandro muchísimas gracias por venir desde Guadalajara a presentarnos este tema muchas felicidades Herrera por tu presentación y particularmente al Dr. Mucio Moreno que trajo a colación este magnífico simposium.

***El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**