



# El Departamento de Cirugía de la Pontificia Universidad Javeriana

## Oración Maestros de la Cirugía Colombiana 2008

FRANCISCO HENAO, MD, FACS\*

Se ha dicho que la cirugía es arte y ciencia. Así lo creo, siempre y cuando los dos conceptos se entiendan estrechamente unidos y no cada uno por separado.

Si se concibe la cirugía solamente como el acto operatorio, o como obra de mano u obra manual, como reza su etimología del griego *keiron*, ésta no pasa de ser una artesanía, es decir, un acto repetitivo y meramente mecánico. Precisamente por esta razón los cirujanos fuimos considerados como chamanes, Barberos y Carniceros y, durante mucho tiempo, ni siquiera médicos.

El verdadero arte consiste, entonces, en la aplicación de los conceptos fisiológicos y funcionales, y no solamente los anatómicos y morfológicos, en el cuidado del enfermo como un todo y en el conocimiento de las alteraciones y las consecuencias fisiológicas que producen tanto la enfermedad como las diferentes intervenciones quirúrgicas y, mediante este conocimiento, en indicar la mejor opción terapéutica posible. En síntesis, el arte de la cirugía se da cuando quien la hace sabe lo que hace, lo hace con cuidado, esmero y delicadeza, y conoce por qué lo hace.

La historia de la fisiología tiene sus orígenes en la misma historia de la ciencia y se podría situar en

\* Expresidente de la ACC. Conferencia dictada durante el XXXIV Congreso Nacional Avances en Cirugía en agosto de 2008.

Fecha de recibo: 20 de agosto de 2008  
Fecha de aprobación: 2 de septiembre de 2008

Mesopotamia, 3.000 años antes de Cristo, y aun antes. Se reconocen las contribuciones de los científicos helénicos, como Sócrates, Platón, Hipócrates y Aristóteles y, luego, los del Imperio Romano como Galeno, Cayo Plinio Segundo y Celso. Pasando por Avicena en la cultura islámica y por Paracelso, Vesalio y Ambrosio Paré en el Renacimiento, sin olvidar los aportes de las medicinas orientales, especialmente de la India y de la China, se llega finalmente a la fisiología moderna.

No fue sino hasta finales del siglo XVIII cuando el inglés John Hunter realizó los primeros estudios experimentales en animales para tratar de comprender las bases fisiopatológicas de las enfermedades quirúrgicas. Fue seguido, a principios del siglo XIX, por el francés Claude Bernard, con su libro *Principios de la medicina experimental*, cuando realmente se marcó el comienzo del conocimiento actual de la fisiología.

Surgieron, entonces, cuatro de los cinco pilares en los que se sustenta la práctica de la cirugía moderna. La hemostasia o el control de la hemorragia, la asepsia, la antisepsia o el control de la infección, la anestesia o el control del dolor, y el entendimiento del funcionamiento del cuerpo humano o fisiología quirúrgica. El primero había sido el conocimiento de la anatomía que es, por lo menos, dos siglos anterior.

Cirujanos como Billroth, Kocher, Carrel, Banting, Murray y muchos otros comenzaron a destacarse en el ámbito mundial, hasta el punto de que, hasta hoy, nueve cirujanos han recibido el premio Nobel, todos ellos por sus aportes al campo de la fisiología.

Dentro de esa pléyade de cirujanos del siglo XX, quisiera mencionar especialmente a uno que, aunque no ganó el premio Nobel, marcó en mí, y estoy seguro en todos los cirujanos de la segunda mitad del siglo pasado, una impronta indeleble. Se trata de Francis D. Moore, profesor de cirugía de *Harvard University* y jefe de cirugía del *Peter Bent Brigham Hospital* de Boston. Ejemplo de cirujano clínico e investigador, decía el doctor Moore: “El cirujano investigador debe ser un puente entre las ciencias biológicas y el enfermo, y entre éste y las ciencias biológicas”. Su libro *The metabolic response to surgery*, publicado en 1952, recoge una serie de estudios metabólicos iniciados en 1941, que fueron fundamentales para el desarrollo de la cirugía del trasplante de órganos, del soporte metabólico y nutricional del cuidado intensivo de los pacientes críticamente enfermos y del concepto de falla orgánica múltiple, al cual me referiré más adelante.

La primera cátedra de medicina en Colombia se remonta al año de 1636, cuando en el Colegio de San Bartolomé de la Compañía de Jesús, en Bogotá, sede de la Pontificia Universidad Javeriana fundada en 1623, se dictaron las primeras lecciones de medicina, que debieron ser canceladas cinco años más tarde por falta de oyentes.

En 1801, José Celestino Mutis envió a la corona su primer plan de estudios de medicina y cirugía, que fue aprobado y cuatro años más tarde se graduaron los primeros médicos y cirujanos, lo cual dio comienzo a la enseñanza científica de la cirugía.

Para 1942, solamente existían tres facultades de medicina en el país, todas públicas; dado el aumento de la demanda de cupos, se hacía necesaria la creación de una nueva. Los jesuitas, tras años de sucesivos destierros del país, que se iniciaron con la expulsión de sus dominios por Carlos III, habían restaurado la Pontificia Universidad Javeriana en 1930 y decidieron crear la nueva facultad.

En las próximas líneas resaltaré lo que a mi juicio han sido las principales, sin ser las únicas, contribuciones del Departamento de Cirugía del Hospital Universitario San Ignacio de la Pontificia Universidad Javeriana, al arte, la ciencia y la educación en cirugía, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Contribuciones que nos han permitido ir construyendo una identidad propia, teniendo en cuenta que aún se puede considerar

un departamento joven, ya que solamente ha tenido 7 directores y 31 profesores en 43 años de existencia.

La clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana comenzó en 1947 y está unida a los nombres de Hernando Anzola Cubides, en el Hospital de San José, y Mario Negret López, en el Hospital de La Samaritana; a estos dos ilustres cirujanos y a los Hospitales de San José y de La Samaritana, que nos acogieron en los primeros años, nuestra permanente gratitud. Así como también a otros dos maestros de la cirugía, José Félix Patiño Restrepo y Álvaro Caro Mendoza, quienes en etapas posteriores ocuparon la dirección del Departamento de Cirugía del Hospital de La Samaritana y contribuyeron a la formación de nuestros estudiantes de posgrado y posgrado.

Es, realmente, en 1965 cuando se estableció el Servicio de Cirugía del Hospital San Ignacio y se nombró a Alberto Escallón como su primer director. Lo conozco desde que fui su alumno en la Facultad de Medicina y podría decir muchas cosas de él, pero quiero citar estas palabras de su amigo entrañable, Jorge Segura, que hoy, con toda seguridad, puedo hacer mías, y que no podrían presentarlo mejor:

“Amigo de siempre y compañero de muchos años de esfuerzos; simpático y gentil, cirujano de rara habilidad y juicio, siempre vive con alegría y una aparente despreocupación que le concede su personal elegancia. Hombre de diálogo, sabe oír, dar y recibir consejo”.

Entre su producción científica, vale la pena mencionar una, quizá no la más conocida pero sí una de las más importantes, y que realizó precisamente en compañía del doctor Segura, la titulada “Observaciones experimentales sobre la circulación mesentérica del perro”, que apareció publicada en *Universitas Médica* en 1954. Buscaba dar respuesta a una preocupación del momento: cómo se debía restablecer la continuidad del tubo digestivo cuando era necesario extirpar el esófago. Sin duda, este trabajo marcó una pauta de conducta, generando una actitud de investigación en los futuros cirujanos del departamento y sentó las bases de la creación del Laboratorio de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina, uno de los pocos del país, en el que muchos de los cirujanos y residentes continuamos realizando nuestras investigaciones y aprendiendo los fundamentos de la técnica quirúrgica en tejidos vivos, antes de practicarla en seres humanos.

Una persona que creyó en el recién establecido departamento y se matriculó como su primer residente, fue Enrique Díaz, docente por vocación y por convicción, quien actualmente sigue siendo profesor titular del mismo y alma de la formación de pregrado de 5.057 estudiantes y de todos los residentes que lo sucedieron, que hoy suman 107 egresados que trabajan en todas regiones del país, por lo que ya podríamos hablar de la presencia de una escuela quirúrgica.

En 1972, el doctor Escallón fue llamado a ocupar la decanatura de la Facultad de Medicina y lo sucedió Jorge Segura. De la primera promoción de médicos javerianos, dos fueron sus pasiones quirúrgicas: la cirugía gastroesofágica y la cirugía biliar.

Siempre preocupado por el bienestar del paciente, por la función, por la calidad de vida, y sospecho que también por su afición a la buena mesa, nos enseñó que para el ser humano es muy importante poder comer, apreciar y sentir el alimento y poder deglutirlo.

Producto de su interés por la cirugía digestiva y de esa filosofía de vida es su trabajo sobre cirugía radical y paliativa del esófago (1953-1976) publicado en *Tribuna Médica* con una población de 1.040 pacientes, de los cuales solamente resultaron resecables 88 (7,6%), con una supervivencia global a cinco años de 10%.

Hoy en día, con el tratamiento triconjugado de radioterapia, quimioterapia y cirugía, se obtienen cifras promedio de supervivencia de 25% a cinco años, lo cual es un poco mejor pero sigue siendo muy desalentador.

En esta línea de trabajo, se destaca la publicación en *Cirugía, Ginecología y Obstetricia*, en mayo de 1966, de su experiencia con el tubo de Goñi, fácil de construir, a muy bajo costo y que permitía al paciente nutrirse por la boca. Se pusieron 238 tubos, los aprendimos a colocar, pero sobre todo a construir, y seguimos utilizándolos como un método muy eficiente de paliar la obstrucción esofágica, hasta que aparecieron las prótesis transorales que no necesitaban laparotomía.

Tuve el honor de participar como coautor en varios de sus trabajos relacionados con su otra gran pasión: la cirugía biliar; entre ellos destaco el titulado “Litiasis biliar residual, método instrumental de Mazzariello” que consiste en la extracción de los cálculos residuales del

colédoco a través del trayecto fistuloso creado al colocar un tubo en T N° 14 en la pared anterior del abdomen, el sitio más cercano entre la vía biliar y el exterior. Hasta ese momento, 1976, la única opción que tenían en Colombia el 5% de los pacientes que habían sido operados de las vías biliares y que tenían un cálculo residual, era la reintervención y extracción del mismo mediante una laparotomía. Al ser el primer cirujano en nuestro país en practicar este procedimiento de la extracción percutánea de los cálculos biliares residuales, no solamente contribuyó al beneficio de los enfermos, sino que, de alguna manera, intuyó el concepto de la cirugía mínimamente invasiva, que tardaría todavía una década en ponerse en práctica.

Quisiera mencionar una faceta profundamente académica del doctor Segura, y es la del mentor, entendido como el guía o el consejero. En la época actual, a diferencia de Mentor, amigo de Ulises a quien éste escogió para encomendarle la educación de su hijo Telémaco, esta relación no se pide, no se ofrece, no se da por decreto, se va ganando, se va estableciendo paulatinamente, no se puede medir, pero, al final, uno ha recibido una gran cantidad de enseñanzas, de sabiduría, de ejemplo de forma de vida, de criterio y de principios éticos y morales. Tiene una connotación individual; el profesor es para muchos, el maestro es para unos pocos, pero el mentor es para uno solo.

No es coincidencia que el discurso inaugural del nonagésimo segundo congreso del *American College of Surgeons*, quizá la asociación de cirujanos más importante del mundo, pronunciado en octubre de 2006 por su presidente, Edward M. Copeland, se titulara “El papel del mentor en la creación de un estilo de vida quirúrgico”. En él se dirigió a los nuevos cirujanos con estas palabras:

“Es un privilegio tener en sus manos la vida de otras personas, y es un especial privilegio servir como figura de identificación para aquéllos que asumen la responsabilidad de las vidas de otros”.

La enseñanza de la medicina, y muy especialmente la de la cirugía, entre otras cosas por su componente de arte manual, ha tenido a través de la historia y continúa teniendo un fuerte componente de transmisión y evaluación individual del conocimiento y de las habilidades, es decir, de mentor. Las castas en la antigüedad, los aprendices en la Edad Media, la cirugía

francesa y, en general, la europea desde el siglo XIX, y aun la norteamericana de nuestros días, preconizan el concepto de una muy estrecha relación entre maestro y alumno, que las nuevas tendencias de la educación médica en las que se tiende a subvalorar la experiencia a favor de la evidencia han pretendido minimizar; no se debería perder, no sólo para mantener esa tradición ancestral sino, sobre todo, porque la considero necesaria y provechosa para la cirugía y los enfermos. Cada cirujano debería tener un mentor; el mío ha sido Jorge Segura.

Formado en el *New York Medical College* como cirujano general de tórax y cardiovascular, Assaad Matuk, ejemplo de cirujano fisiólogo, dirigió el departamento entre 1986 y 1991, trajo conceptos y conocimientos recientes en varios campos de la fisiología quirúrgica, así como novedosas técnicas que le dieron un nuevo aire a la práctica quirúrgica. Es reconocido por la introducción de la herniorrafia por la vía preperitoneal en el país.

A él se le debe la idea de la edición de un libro de cirugía que mostrara la experiencia de los profesores del departamento en diferentes áreas. Este libro fue publicado en 1999 con el título *Manual de cirugía* y aún hoy es fuente de consulta de estudiantes y residentes. El capítulo sobre hernia fue, por supuesto, escrito por el doctor Matuk e ilustrado por una de las residentes del momento, Lilian Torregrosa, y contempla la experiencia personal y del grupo en este tipo de cirugía. Inicialmente no se usaba la prótesis y, posteriormente, la comenzamos a usar en prácticamente todos los pacientes; la técnica ha mostrado muchas bondades, como bajo índice de reproducción, rápida recuperación y menos dolor.

Hace 30 años, bastante antes de que se consolidaran los fundamentos de la epidemiología clínica, era un problema importante para los cirujanos del Hospital San Ignacio establecer si se debía dejar un drenaje después de una apendicectomía o si no debía hacerse. A Mauricio Tawil se le debe la idea de la realización del primer estudio prospectivo, aleatorio, controlado y ciego, realizado en el departamento. El trabajo realizado en grupo, con la colaboración y autoría de todos los profesores, demostró que los abscesos, las complicaciones serias y el tiempo de hospitalización eran similares, utilizando un drenaje que sin utilizarlo. La

importancia del trabajo radicó en que, al demostrarse que colocar un drenaje no ofrecía ninguna ventaja, se cambió una conducta del departamento y se dejó de utilizar rutinariamente en casos de apendicitis aguda. Éste es uno de los ejemplos de que, siguiendo el método científico, se pueden cambiar paradigmas, y ha sido una constante preocupación desde ese entonces.

Actualmente, el doctor Tawil está dedicado casi exclusivamente a la cirugía de seno y ha hecho importantes contribuciones en ese campo, como la utilización del azul de metileno para la identificación del ganglio centinela, tanto en la cirugía de seno como en la de melanoma, trabajos que ha presentado en distintos congresos de nuestra asociación. Nos anima a utilizarla en casos de cáncer gástrico sin que, hasta el momento y a pesar de los esfuerzos, hayamos podido mostrar resultados alentadores o reproducir las experiencias de otros autores en ese tipo de tumor.

Correspondió a Hernán Jiménez iniciar una nueva y muy fructífera etapa, y fue la relación que durante 25 años mantuvimos con Joaquín Aldrete y la *University of Alabama* en Birmingham. Producto de una fuerte convicción, los doctores Segura y Aldrete coincidían en que los cirujanos recién graduados en el departamento deberían completar su formación académica en el exterior y fue así como, en distintos períodos, cinco cirujanos egresados de nuestro programa de posgrado complementaron sus conocimientos en el Servicio de Cirugía Gastrointestinal de la *University of Alabama*.

El doctor Jiménez se dedicó a la investigación en áreas como la patología pancreática y la actividad eléctrica del estómago, y sus publicaciones fueron pioneras en la búsqueda del marcapaso gástrico.

Recuerdo especialmente un trabajo que presentamos junto con el doctor Jiménez y el doctor Tawil en el congreso de la Asociación de Cirujanos del Sur de los Estados Unidos, en 1985, el de las heridas penetrantes de la región posterior del torso, patología poco frecuente en Norteamérica pero, lamentablemente, muy frecuente entre nosotros. Sus conclusiones, aún hoy, son el protocolo de manejo de ese tipo de pacientes.

Se dio cuenta el doctor Jiménez de la importancia de la administración y de la gestión, que son posibles, y no sólo posibles sino deseables y necesarias, para que las

instituciones de salud puedan perdurar, que sin perder nunca el objetivo principal, que es el paciente y la calidad de su atención, se puede hacer una distribución más adecuada y racional de los recursos y obtener mayores beneficios con los mismos. Lamentablemente para la cirugía pero afortunadamente para el hospital, se perdió muy precozmente como cirujano pero se ganó un administrador y director que impulsó el Hospital Universitario San Ignacio y lo llevó a ocupar el nivel superior que hoy tiene.

En 1982, tuve la satisfacción de trabajar con Joaquín Aldrete en la *University of Alabama*, en dos proyectos. El primero fue el estudio de los hematomas retroperitoneales de origen traumático y la publicación de un artículo que ha sido fuente de referencia en la literatura médica, por el número de pacientes, la forma de clasificarlos y la propuesta de manejo.

El otro proyecto fue sobre un concepto propuesto por Artur Baue, jefe del Departamento de Cirugía de *Yale University*, pero del que faltaban muchas cosas por aclarar. Se trataba de la falla orgánica multisistémica, idea que atrajo mi atención durante los siguientes 15 años, durante los cuales tuve el privilegio de estudiar, junto con muchos de los residentes que pasaron por el departamento en ese período, todos los pacientes quirúrgicos de la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Ignacio que desarrollaban el síndrome y plantear algunas propuestas de prevención y manejo.

El doctor Aldrete nos visitó varias veces, participó en los congresos de la Asociación Colombiana de Cirugía, estuvo con nosotros en el quirófano, y nos enseñó la técnica para detectar y operar insulinomas. Nos enseñó a realizar las anastomosis intestinales y el cierre de la pared abdominal en un solo plano con sutura continua. Fue nombrado profesor honorario de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, así como también miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia.

Una vez de regreso al Hospital San Ignacio, caracterizamos la población de pacientes, que era muy similar a la publicada por otros autores, y desarrollamos junto con Jorge Daes, hoy cirujano de Barranquilla, y Rodolfo Dennis, internista y neumólogo, un análisis estadístico, primero de regresión lineal y luego de regresión logística, para determinar las posibles causas

del síndrome, ya que hasta ese momento eran muchas las que se proponían. En ese estudio, publicado en *The Journal of Trauma*, se demostró que la sepsis y el choque hipovolémico eran factores que predisponían al síndrome en forma aislada, pero, cuando los dos estaban presentes, el riesgo relativo era muchísimo mayor. Lo que inicialmente fue una suposición y una observación, hoy en día se acepta universalmente y aún se cita como fuente bibliográfica en la literatura médica internacional.

Posteriormente, con Javier Maldonado, hoy cirujano cardiovascular, decidimos estudiar si había algún indicador de predicción de desarrollo de falla orgánica múltiple en pacientes críticos que llegaran al servicio de urgencias y que no hubieran desarrollado el síndrome, haciendo un estudio de las variables fisiológicas. La conclusión de ese estudio fue que la taquicardia mayor de 100 por minuto, el índice alvéolo-arterial de oxígeno menor de 0,3, la leucocitosis mayor de 14.500, la neutrofilia mayor de 80%, la deshidratación, el antecedente de hipertensión arterial y la presión venosa de oxígeno menor de 40 mm Hg, eran factores de predicción de falla orgánica múltiple. Este trabajo fue galardonado en el Congreso Nacional de Medicina Interna de 1989, pero si se analiza con cuidado, son parámetros bastante inespecíficos que solamente indican un grado de alteración fisiológica de un enfermo, pero no permiten realmente predecir la aparición del síndrome de falla orgánica múltiple.

Con dos residentes, Héctor Pulido y Gilberto Mejía, estudiamos la correlación con la escala de clasificación APACHE y se demostró que los pacientes que tenían un índice superior a 21, tenían 15 veces más posibilidades de desarrollar la falla multisistémica que aquéllos cuyo índice era menor.

Posteriormente, la relación con la albúmina en suero demostró que, de 21 pacientes que desarrollaron la falla orgánica múltiple, 20 tenían la albúmina por debajo de 2,5 mg/dl, lo mismo que 12 de los 14 pacientes que fallecieron. Con la presentación de este trabajo, los doctores Pulido y Mejía, hoy cirujanos de trasplantes, obtuvieron el reconocimiento al mejor trabajo de investigación en el Simposio Nacional del Residente Quirúrgico de la Asociación Colombiana de Cirugía, consistente en una beca para viajar al congreso del *American College of Surgeons* en los Estados Unidos,

como una muestra del permanente interés de nuestra asociación por promover la investigación entre los cirujanos en formación.

Y, finalmente, la correlación con el factor de necrosis tumoral mostró un resultado similar: si era positivo había mayores posibilidades, pero, si superaba los cien picogramos, el riesgo era siete y media veces mayor.

La medicina tiene muchos factores de predicción, pero hasta la fecha no es posible predecir con certeza qué pacientes van a desarrollar la falla orgánica multisistémica.

No voy, por supuesto, a referirme a cada uno de los trabajos, pero quiero hacer mención al más controversial y, por lo mismo, muy académico. Se trata del análisis del estudio histopatológico de los ganglios linfáticos producto de las gastrectomías por cáncer, realizadas en el Hospital San Ignacio.

Con Andrés Mejía, cirujano y endoscopista radicado en Cali, encontramos que el número de ganglios linfáticos comprometidos al hacer una resección de nivel II (R2), es decir, extirpando más de 16 ganglios en el vaciamiento, es un factor pronóstico y que hay una clara diferencia en la supervivencia de los pacientes, la cual es mejor cuando el número de ganglios comprometidos está entre uno y cinco, que cuando es de seis o más. El trabajo nos permitió concluir, como a otros autores, que los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico dependen del diagnóstico temprano de la enfermedad y del grado de compromiso ganglionar, y no de la extensión de la linfadenectomía.

Consciente de la importancia de la cirugía laparoscópica, y en general de la cirugía mínimamente invasiva, nuestra Asociación Colombiana de Cirugía lideró el proceso de capacitación de los cirujanos colombianos en este nuevo concepto. Ernesto Moreno fue comisionado para coordinar el programa científico y, además, fue el primer ayudante de la primera colecistectomía por laparoscopia realizada en Colombia, en nuestro Hospital San Ignacio el 6 de diciembre de 1990, por Moisés Jacobs. A partir de entonces, no solamente el doctor Moreno fue el profesor de sus profesores, y de los residentes, sino que dirigió el proceso de la introducción de gran parte de los procedimientos de cirugía laparoscópica avanzada que se practican hoy en día en el hospital.

El auge de la epidemiología clínica que, como se conoce, nació en Colombia en el seno de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, a mediados de los años ochenta, hizo necesaria la formación de un docente en ese campo. Gabriel Gómez fue el primer cirujano del país en obtener una maestría en epidemiología clínica. Dirigió el departamento entre 2003 y 2006 y ha sido un gran apoyo en los proyectos y líneas de investigación del departamento. Actualmente dedicado a la cirugía de cabeza y cuello, el doctor Gómez ha hecho importantes publicaciones, como el libro *Lesiones en cuello, diagnóstico y manejo*.

El primer trasplante de órganos sólidos que se hizo en el Hospital San Ignacio fue uno de hígado, realizado por Héctor Pulido, brillante cirujano egresado del programa de residencia y especializado posteriormente en Sevilla, en uno de los grupos europeos más activos en trasplante hepático; abrió la puerta para la realización de otros trasplantes de órganos sólidos, como riñón y corazón.

El soporte metabólico y nutricional ha sido una característica del cuidado de los pacientes en el departamento. Desde mucho antes de ser director del mismo, entre 1999 y 2003, Saúl Rugeles había sido un estudioso y un gran impulsor del tema. Son muchas sus publicaciones que han hecho conocer el departamento, no sólo en el ámbito nacional sino en el internacional; si pudiéramos resumirlas, diríamos que confluyen en el proyecto de terapia nutricional total que es un curso interactivo presencial teórico y práctico, que desde el año 2000 viene desarrollándose en todos los países de Latinoamérica con una metodología y un soporte científico y académico de un grupo de profesionales, del que, sin duda, el doctor Rugeles es uno de los más importantes.

El mayor número de pacientes que requieren soporte respiratorio prolongado, posiblemente haya generado también un aumento en los casos de estenosis traqueal. El actual director del departamento es Mauricio Peláez, cirujano general y de tórax. Su campo preferido es la cirugía de tráquea, en la que ha adquirido una amplia experiencia. Al doctor Peláez le ha correspondido la difícil tarea de adaptar el departamento a las nuevas formas de trabajo y a las exigencias legales, labor que ha logrado con gran eficiencia y con muy poco traumatismo, ya que esto implica una serie de cambios

académicos, administrativos y de ejercicio profesional, a los cuales ciertamente no estábamos acostumbrados los cirujanos.

Se hace necesario estar al tanto de los últimos desarrollos y avances científicos y tecnológicos. Lilian Torregrosa, apasionada por la educación médica y cirujana de seno, tiene entre sus líneas de investigación la del estudio de las alteraciones genéticas en el cáncer de la glándula mamaria, en un claro ejemplo de un aspecto de la tendencia actual de la investigación en cirugía.

Afortunadamente, el departamento cuenta con un grupo de cirujanos jóvenes altamente calificados, quienes tendrán que encarar los retos de la cirugía moderna. Ellos tendrán que lidiar con la cirugía mínimamente invasiva, los trasplantes de órganos, el trauma y la llamada “cirugía genética o molecular”, y afrontar los

desafíos que esto implica para la formación de las nuevas generaciones de cirujanos.

Considero que la “Oración Maestros de la Cirugía colombiana”, es la más alta distinción que un cirujano pueda recibir en este país, porque es un acto eminentemente académico, porque es un reconocimiento de sus colegas, pares académicos y cirujanos, porque es una larga tradición de la asociación que, hasta hoy, 32 oradores hemos tenido el honor de pronunciar. Por todo esto, les estoy profundamente agradecido.

Correspondencia:

FRANCISCO HENAO, MD, FACS

Correo electrónico: [fhenao@javeriana.edu.co](mailto:fhenao@javeriana.edu.co)

Bogotá, D.C., Colombia



## Revista Colombiana de Cirugía

Sitio en la Red: [www.ascolcirugia.org](http://www.ascolcirugia.org)

[www.encolombia.com/rcirugia.htm](http://www.encolombia.com/rcirugia.htm)

[www.imbiomed.com/index3.html](http://www.imbiomed.com/index3.html)

[www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co)