

## COMENTARIO OFICIAL

DR. MANUEL QUIJANO-NAREZO.<sup>1</sup>

A GRADEZCO a la directiva de la Academia que, sin ser actualmente Presidente de la Sección de Cirugía General, me haya conferido la agradable misión de comentar el trabajo de ingreso del Dr. José Luis Bravo y darle la bienvenida a nuestra Corporación. Conozco al Dr. Bravo desde su recepción y he seguido de cerca sus pasos en la vida profesional; tal vez pocos cirujanos en nuestro país han tenido una preparación formal tan completa en su disciplina. Después de ser durante dos años Residente en Medicina Interna en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y de seguir un curso de Gastroenterología Médica por el mismo lapso, salió al extranjero en donde además de un año de cirugía experimental y preparación en fisiología quirúrgica, hizo una carrera hospitalaria de Residente en la ciudad de Filadelfia hasta ocupar el puesto más elevado. Es por lo tanto José Luis Bravo el prototipo de lo que debe ser el cirujano moderno en México: un internista, que piensa en términos de fisiólogo, y que sabe operar, y operar bien.

Decir que la amibiasis es uno de los más graves problemas sanitarios del país sería repetir un lugar común si no fuera por lo trágico del asunto. Las cifras del Hospital de Enfermedades de la Nutrición a propósito de la amibiasis hepática no son datos aislados; coinciden con los del Hospital Militar (Peña y de la Peña informó en 1960 de una mortalidad del 19%), y con los del Hospital General del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., que, en cinco años, ha atendido 945 casos de absceso del hígado,

<sup>1</sup> Académico numerario. Hospital General, Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

de los que se operaron 446; entre ellos la mortalidad fue de 15.6%. Y al igual que en los casos del Dr. Bravo, en tres cuartas partes de ellos se trata de individuos del sexo masculino, menores de 50 años, es decir en plena productividad y, supuestamente, en buen estado de salud antes de que se inicié el padecimiento. Todavía más, el 51% de los operados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición tuvieron complicaciones diversas, que representan hospitalización por varias semanas y seguramente incapacidad al menos parcial para el trabajo por varios meses.

Al reflexionar sobre esto no puede reprimirse un deseo de hacer consideraciones profilácticas. Si la prevención de la amibiasis intestinal parece hasta ahora un problema superior a nuestras fuerzas, creo que los impresionantes datos referentes al absceso hepático deberían poder modificarse. Es cierto que como dice Bravo, numerosas publicaciones señalan las dificultades del diagnóstico, y que todos sabemos que el cuadro clínico del absceso hepático amibiano es de los más proteiformes de la Gastroenterología. Pero no es menos cierto que en la actualidad se cuenta con: a) medios radiológicos y de centelleografía que permiten conocer la lesión casi en todos los casos, y b) que el tratamiento médico con emetina o cloroquina es tan eficaz, al menos en los períodos iniciales, que puede usarse hasta como prueba diagnóstica. Lo importante es pues, pensar en el padecimiento, utilizar los auxiliares del diagnóstico mencionados o, cuando esto no sea posible, emplear el tratamiento de prueba y en caso de obtener respuesta favorable, continuarlo por el lapso debido.

En nuestro Servicio seguimos aproximada-

mente las mismas indicaciones para el tratamiento por medios quirúrgicos que los que señala el Dr. Bravo: perforación o inminencia de ella, toxiinfección grave, absceso muy grande, y falta de mejoría importante, clínica y de laboratorio, al cabo de una semana. No nos parece que la localización del absceso cerca de la cara inferior del hígado, sea por sí sola, una indicación, pero sí creemos que el tratamiento médico debe preceder —si es posible—, unos días al quirúrgico o iniciarse simultáneamente.

La punción, en nuestra opinión, tiene otras indicaciones aparte del absceso residual; son precisamente las antes enumeradas, y dejamos el drenaje abierto para los casos en que hay infección sobreañadida, abscesos múltiples, o para cuando la punción no logra vaciar la cavidad. Creemos que la punción por sí sola, sin pretensiones de ser curativa, acorta la enfermedad, puede evitar la perforación y disminuye las recidivas.

En cuanto a las consideraciones a propó-

sito de la elección de la vía de acceso, de las ventajas de la vía abdominal, de la conveniencia de explorar y legar digitalmente la cavidad y de la necesidad de canalizar el absceso, el espacio subfrénico y la región subhepática, no hay nada que agregar. En el trabajo se insiste, con justa razón, en la posibilidad de abscesos múltiples y se aconseja puncionar en varios sitios el hígado a la vista; es ésta seguramente una maniobra obligada y sumamente útil. Esperemos que en un futuro no lejano pueda emplearse más comúnmente la centelleografía de urgencia con los aparatos de barrido rápido que no someten al paciente a molestias mayores y permiten con mucha mayor precisión la localización del número y situación de los abscesos.

Felicito sinceramente al Dr. Bravo por su trabajo y me honra darle la bienvenida al seno de nuestra Academia donde, estoy seguro, que su interés, su entusiasmo y su preparación serán siempre un estímulo y una ayuda.

---