



## ÉTICA, FILOSOFÍA E HISTORIA EN LA MEDICINA

# El tamaño del estómago es un misterio. El tamaño de la esperanza o la “paciencia” por medirlo fue mucho menor

*The size of the stomach is a mystery. The size of hope or “patience” to measure it was much less*

### El Alfil

*División de Cirugía General y Endoscópica*

*Memorias de una RATA: Una vida dentro de la Medicina.*

En el área de la investigación biomédica andé y anduve varios años, con una obsesión que era la de medir el estómago. Como buena “persona contreras”, parte de esta obsesión se vio reforzada por el rechazo casi unánime de mis colegas, para quienes mis ideas eran motivo, cuando no de risa, de terminante rechazo.

No es mi intención ponerme en el papel de víctima o genio incomprendido, lo cual ni lo soy ni me interesa serlo. Además, probablemente yo mismo me sentiría extraño al escuchar muchas de las ideas de mis colegas. Estas incomprensiones son habituales y prácticamente de todos los días entre nosotros, hoy las considero gajes del oficio.

Regresando a mi obsesión por medir el estómago, voy inicialmente a enumerar lo que yo considero elementos, que motivaron esta viciosa pasión académico-científica.

1. Mi llegada a la residencia de cirugía en el Instituto Nacional de la Nutrición, coincidió dentro de su cronología y su época con las fechas en que se estaban “desmantelando” los últimos casos de bypass yeyuno-ileal, primer tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida y que, en términos

generales y en retrospectiva, resultó ser peor que la enfermedad.

2. Mientras se cerraba este primer capítulo de la cirugía bariátrica, los residentes leíamos las novedades que ocurrían en el extranjero con relación a este padecimiento. Eran las épocas de las primeras cirugías reductoras del volumen gástrico (gastroplastías) y de los primeros bypass gastro-yeyunales. Como buen residente, intenté contagiar a mi maestro, al Dr. Carlos de la Rosa, para iniciar este segundo tipo de procedimientos, pero probablemente no fue el momento idóneo. El Dr. De la Rosa estaba cerrando un capítulo propio de todos los cirujanos bariátricos de esa época, el de un rotundo fracaso, y como dice el dicho, probablemente ya no quería queso sino salir de la ratonera. Como buen joven entusiasta, yo sí quería queso, y sólo años después, alcancé el estadio en el que se quiere salir de la ratonera.
3. A mi llegada como cirujano al Hospital Gea González, con el equipo del Dr. Ricardo Cabello, con

---

*Correspondencia:* Dr. Florencio de la Concha Bermejillo. Jefatura Unidad de Medicina Experimental y Endoscópica Hospital General, Dr. Manuel Gea González. SSA. México DF. Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI. Delegación Tlalpan, México D.F. 14080. Teléfono: 40-00-33-32. *Correo electrónico:* rat\_alfil@yahoo.com.mx, alfilconcho@hotmail.com

esas ganas de novillero que trae cualquier cirujano recién nombrado, llevé a cabo mi protocolo y operé mis primeros casos de gastroplastías horizontales de Masson, cirugía que hoy, casi treinta años después, ya resulta caduca y con enormes desventajas.

Escogí esa técnica fundamentalmente por dos motivos:

1. En primer lugar, estaba todavía aceptada dentro de los expertos.
2. En segundo lugar, con esta técnica podía improvisar algo fundamental en México, y en lugar de usar engrapadora, realizarla toda a mano. Yo no tenía presupuesto especial.

Tengo el orgullo de haber hecho en el Hospital Gea González las primeras cirugías bariátricas sobre estómago, mucho antes que comenzara el Instituto Nacional de la Nutrición. No quiere decir, para nada, que hayan sido las primeras en el país.

Ahora bien, en términos generales, el programa fracasó, y esta debacle se debió en gran parte a mi inexperiencia, no tanto en la técnica quirúrgica, sino en el manejo integral de este misterioso problema que es la obesidad y la opinión de las personas sobre tal.

Desgraciadamente esta inexperiencia y fallas en el manejo integral, no sólo se refiere a lo detalles relacionados con el paciente y su familia, sino a lidiar con el fuego amigo, esto es, los embates de los colegas cuyos principios éticos resultan de lo más variadito por nuestros rumbos.

Por ejemplo, no bien había operado mi primer caso cuando se presentó el entonces jefe de la Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de la Nutrición -quien aparentemente conocía a la paciente- y declaró en público que "*la cirugía bariátrica no servía*". Imagínense la impresión de la paciente recién operada.

El fuego amigo continuó y así, por ejemplo, cuando tuve que solicitar una endoscopia para una de mis pacientes, el gastroenterólogo endoscopista que la realizó, le comunicó directamente a la paciente que le habían hecho algo que no servía para nada. Todo esto cuando, un año antes, las Clínicas Gastroenterológicas de Norteamérica habían publicado dos volúmenes para tratar exclusivamente el tema de la cirugía bariátrica, incluyendo la técnica que yo adopté.

Desde el punto de vista de mis errores personales, creo que el primero fue no considerar lo importante de la labor multidisciplinaria y en equipo que se necesita, no ya sólo en este proyecto, sino en prácticamente cualquier proyecto que se quiera actualmente establecer en un hospital. La segunda, fue el carecer de un poco más de paciencia ante complicaciones que en retrospectiva, con más serenidad, se hubieran resuelto de manera más sabia.

Ahora bien, una de las cosas que más admiro de maestros y colegas es trabajar bajo fuego amigo, y pongo por ejemplo al Dr. Héctor Orozco, a quien en su primera etapa de la cirugía de hipertensión portal en el mismo Hospital de Nutrición, no había día que alguien no se lo comiera

vivo. Hay muchos otros ejemplos y seguramente cada uno de ustedes, tienen sus experiencias o sus ejemplos.

Lo que me faltó en esa mi primera novatada, fue considerar que quizás el fuego amigo no es mala leche, sino un fenómeno humano parcialmente incomprendido y que no hay que tomarlo de manera tan personal.

Ahora bien, hubo otra de mis pacientes que tuve que reoperar, y esto ocurrió debido a que generó una úlcera en la bolsa (pouch) gástrica. Para cuando inicié la cirugía, la úlcera se había penetrado al epiplón formando un sólido y enorme plastrón, por lo que no tuve más remedio que resecar en bloque, todo el cuerpo del estómago. Realicé una fundus-antro anastomosis con preservación de vagos y de píloro y al terminar la cirugía, la longitud del estómago reducido era de 10-12h cm. Esto es, al resecarle todo el cuerpo del estómago, se redujeron las dimensiones del estómago en aproximadamente un 65% a 75%. Insisto que esta segunda operación era de rescate y no necesariamente, con el objetivo bariátrico original.

Afortunadamente la paciente evolucionó adecuadamente de esta segunda operación, pero al darla de alta no regresó, probablemente muy traumatizada, ya no sé si por mi tratamiento o por todos los arguendes que escuchó.

Quiero señalar que mi idea en ese momento, y que era lo que también pensaban otros investigadores, implicaba una absoluta seguridad de que el pequeño estómago o mini estómago se iba a dilatar, iba a regresar a sus dimensiones normales y la mujer seguiría obesa o empeoraría. Otro de mis temores era que inadvertidamente, al quitar el cuerpo y unir antro y fondos, se hubieran dañado los vagos y hubiera una disfunción pilórica.

Casi siete años después regresó la paciente y de la muchacha adolescente que era, estaba convertida en toda una señora. Se había casado, su arreglo personal era radicalmente otro, tenía un hijo, pero lo más importante es que estaba en peso normal.

Como buen investigador, en ese momento desee realizar una batería de estudios para profundizar en lo que había pasado y explicaba su cuasi esbelta figura. Desafortunadamente la paciente se mantenía en no quería queso, sino salir de la ratonera. Me explicó que sólo había acudido, porque después de su embarazo le habían diagnosticado anemia -una anemia ferropénica por *hipogastría*, o como se llame- a la que le di tratamiento. Respetando los límites que pidió la paciente no se pudo realizar una endoscopia, ni toma de biopsia, ni manometrías, ni quimismo gástrico, ni medir niveles de gastrina, etc. Lo único que aceptó, fue que se hiciera una serie gastroduodenal. Esta demostró, comparada con la que había tomado en el segundo postoperatorio, que el estómago sí había crecido un poco, pero que en siete años de evolución no había logrado crecer o dilatarse a sus dimensiones normales, ni mucho menos (había aumentado sus dimensiones en aproximadamente 10% a 20%).

Tampoco pudo determinar si la anemia ferropénica, se debía a hipoclorhidria o a los recientes embarazo y parto, o a factores combinados. Una vez dado el tratamiento, esta sí fue la última vez, que la paciente acudió conmigo.

Con esta información, preparé mi reporte de caso para publicarlo, aclarando en él, que el objetivo no era comunicar el aspecto del tratamiento de la obesidad mórbida, ni siquiera las complicaciones, sino simplemente las observaciones sobre lo que le había pasado a un estómago reducido en sus dimensiones y al que no se le puso ningún sistema de ferulización, para evitar su subsecuente dilatación (esa era y aún sigue siendo el concepto vigente en esta área).

Mandé mi informe a la Revista de Investigación Clínica del Hospital de Nutrición, que en ese entonces aceptaba publicar reportes de casos clínicos aislados. Para variar me lo rebotaron. Este rechazo era definitivo, no se trataba de corregirle algo, sino simplemente no lo consideraron adecuado como reporte de caso clínico.

Para variar, el revisor "anónimo" de la revista se opinó fuera de la bacinica, pues los motivos fundamentales para rechazar mi trabajo, que el susodicho señaló eran:

1. Que se trataba de un solo caso (enviado por cierto, para que se publicara en la sección de informes de casos o reportes de casos).
2. Que la gastroplastía, no era el mejor tratamiento.

Pues bien, con relación a fechas, esto último coincidió con mi primera expulsión exilio del Servicio de Cirugía (de las dos que he sufrido).

Teniendo ocho horas de ocio diarias (pagadas por la SSA) y teniendo acceso a mis siempre amigas las "ratas", inmediatamente hice mi primer trabajo en ellas, realizándoles la Concho-Gastroplastía (comparada con un bypass yeyuno-ileal) y siguiendo su curva ponderal. Fue quizás durante esos duros meses de soledad en que diariamente conviví únicamente con mis ratas, pesándolas diario, que mi perspectiva de la vida y de quiénes son las ratas, se modificó por completo y para siempre.

Las ratas con mi gastroplastía bajaron de peso de manera significativa, aunque mucho menos que con el bypass yeyuno-ileal y al momento de sacrificarlas (seis meses del ciclo vital de la rata), el estómago conservada sus dimensiones.

Estando expulsado, exiliado, deprimido y jodido, así como curado de espanto con el criterio de las *peer reviews*, ya nunca me interesó publicar los resultados, aunque el alumno que colaboró conmigo, el yucateco Patricio Correa, los presentó en unas jornadas y pasó a finales en el concurso de residentes.

Y después de eso, y continuando mi periodo de ociosidad y meditación, exilio político e investigación -en paquete-, concluí que si alguna vez retomaba el proyecto, había que comenzar desde más atrás, esto es, era necesario encontrar un método bueno, bonito, barato y seguro para medir in vivo el estómago. Y lo comencé casi diez años después, por medio de un ultrasonido gástrico transabdominal, en un proyecto en colaboración con una ingeniera de mi laboratorio.

Solamente hicimos ensayos piloto, tanto con médicos internos como con conejos. Por cierto que, como pensábamos hacerlos de manera repetida, antes y después de comer, un inconveniente era el de sedar o anestesiarse tantas veces al conejo, hasta que encontré que uno de los médicos veterinarios del laboratorio, podía "hipnotizar a los conejos", como vulgar mago de carpa. Yo soy testigo de que esto es posible, aunque no estoy seguro que el proceso sea exactamente una hipnosis, y yo me inclino a pensar en algún tipo de fenómeno de origen medular, que afecta el grado de vigilia-sueño en el conejo.

También hicimos algunos ensayos con la TAC, aunque nunca he pensado, que por la radiación y el costo, vaya a ser un método adecuado para hacer mediciones repetidas en investigación.

Y luego la ingeniera renunció en una época, ya les he referido, en que mi número de fracasos multidisciplinarios estaba alcanzando niveles alarmantes. Y entonces lo dejé por la paz

Aunque casi seguramente ya no volvería a trabajar en algún equipo, definitivamente sigue siendo fascinante para mí, la cuestión de cómo medir el estómago, ese órgano bomba que a diferencia de otro órgano bomba que es el corazón, resulta tan irregular en sus movimientos, que hace casi imposible lograr condiciones homogéneas, y si cualquier medición del corazón casi siempre se acopla al ECG para conocer la fase del ciclo, supongo que nosotros hubiéramos necesitado un electrogastrograma, que por cierto construimos en Puebla (UPAEP) y lo probamos en nuestros propios estómagos, pero donde al final también y para variar, me dejaron colgado.

En fin, que así son y también no son las cosas. El tamaño del estómago: Ese es el reto -me decía yo, una estupidez-, casi siempre me contestaron así.