



DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE,
CELEBRADA POR LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 21 de noviembre de 2024

Discurso de ingreso

del

Prof. D. Enrique Pérez-Cuadrado Martínez

‘La endoscopia digestiva. Un viaje alucinante que supera la ficción’

Discurso de presentación

por la

Ilma. Sra. Dra. Dña. María Teresa Herranz Marín

Académica de Número de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de la Región de Murcia

Edita:



*Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia*

Realización y producción:

Juana Alegría García (juanialegriagarcia@gmail.com)

Depósito Legal:

MU **xxxx**-2024

Índice:

- Discurso de presentación 7
- Discurso de ingreso **‘La endoscopia digestiva.
Un viaje alucinante que supera la ficción’** 13

Discurso de presentación

por la

Ilma. Sra. Dra. Dña. María Teresa Herranz Marín

Académica de Número de la Real Academia
de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia

Discurso de presentación

Discurso de presentación

Discurso de ingreso

**‘La endoscopia digestiva.
Un viaje alucinante que supera
la ficción’**

por el

Prof. D. Enrique Pérez-Cuadrado Martínez

Jefe de Sección de Aparato Digestivo del Hospital Morales Meseguer
Editor Emérito de la Revista Española de Enfermedades Digestivas
Teniente Coronel (Jubilado) del Cuerpo de Sanidad de la Armada

*Excelentísimo Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de la Región de Murcia
Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos
Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Jurisprudencia
Profesor D Juan Roca Guillamón
Ilmo. Sr. Capitán de Navío Delegado de la Subdelegación de Defensa
de Murcia D. Gustavo Adolfo Gutiérrez de Rubalcava Sánchez-Ferragut
Queridos colegas
Apreciada familia
Compañeros de trabajo, señoras y señores (y niños).*

En primer lugar quiero agradecer las palabras de la Dra. Maite Herranz, guiadas más bien por la amistad y por los ya tantos años de trabajo en nuestro querido Hospital Morales Meseguer.

Maite es portadora de la llama del denominado “espíritu del Morales”.

Al llegar yo a este Hospital en 2004, creí identificar este renombrado “espíritu” con trabajo, un trabajo bien hecho. Pero queriéndome adentrar más en ese concepto me he permitido buscarlo ahora en el chat-GPT, y me dice que (copio literalmente):

El “espíritu” del hospital podría interpretarse como el compromiso del personal con la salud y el cuidado integral, así como el ambiente de calidez y empatía que se esfuerzan por crear. La dedicación a la innovación en tratamientos y la formación continua del personal también son aspectos fundamentales de su identidad.

Eso está bien; pero de momento las máquinas no tienen valores ni emociones, y tampoco se ve ahí mucho de magia, y tras pasar más de

veinte años observándolo, yo creo entenderlo mejor y voy a intentar mejorar esa apreciación de la inteligencia artificial, con mi modesta “inteligencia biológica”, o quizás incluso con algo de “inteligencia emocional”.

Creo que habría que resaltar más si cabe como componentes fundamentales de ese espíritu, la cercanía al enfermo y a su familia y la perseverancia en el buen manejo de su enfermedad. Esa perseverancia de la que hablaba nuestro Nobel Ramón y Cajal. En cuanto a la enfermedad, abordándola desde todos los puntos de vista, no solamente de diagnóstico y tratamiento sino también del entorno social del paciente, su esfera emocional y sus preocupaciones. Y esas preocupaciones yo he visto que se comparten con el personal del Hospital. Preocupaciones compartidas.

También habría que resaltar en ese espíritu el valor. Valor en momentos difíciles, por ejemplo el que hemos vivido en la pasada pandemia. Manteniendo el tipo ante el paciente a pesar de estar sobrepasados y con medios limitados. Voluntad ante la adversidad.

Por eso yo diría que ese espíritu que nadie ha podido documentar, está compuesto de esa cercanía que intenta decir el chat-GPT, si, pero también a su vez de respeto, nobleza y compasión, por mencionar algunos de los valores que lo sustentan.

Maite, muchas gracias por guiarnos en la travesía de la Medicina Interna, de la cual nosotros formamos parte desde el inicio de nuestra especialidad de Digestivo y muchas gracias reitero, por tu discurso.

Y no es un tópico, sino un ejercicio de responsabilidad, referirme a mi familia, muy amplia, que me ha apoyado unas veces, sustituido otras y estado ahí siempre, durante todo mi ejercicio como médico.

Mis limitaciones como especialista de órgano, Digestivo, han sido superadas por la visión holística y profundamente humana de mi esposa médico de familia, Ángela Robles Reyes. Ella me ha ayudado a afrontar los pequeños grandes problemas del día a día y a clasificarlos como poco importantes los que más. Durante años ha sacrificado su carrera para cuidar de nuestros hijos, en esa labor tan abnegada como poco reconocida pero realmente si, tan importante. Ángela hizo la residencia MIR a los 50 años, al mismo tiempo que nuestro hijo mayor y fueron “coR” de

nuestro Hospital; se incorporó a las nuevas tecnologías y avances en medicina de una forma sorprendente y admirable. A veces, la vida es justa.

No puedo dejar de mencionar al resto de mi familia y los nombro para que todos ellos lo lean escrito. Mis hijos: Enrique (Profesor de la Universidad de la Sorbona. Hospital Georges Pompidou. París), Alba (Directora de agencia de modelos “Ciao models”. Murcia), Alejandro (Ingeniero de Caminos. Santo Domingo) y Ángela (estudiante de Veterinaria. Madrid).

Y debo añadir el principal título obtenido a lo largo de toda mi vida, que es el de “abuelo”. Mis nietos también deben aparecer aquí: Lucas, Hugo, Arturo, Laia, Inés y Ángela, que hacen que me mantenga en buena forma física, muy necesaria para todos estos menesteres que hoy nos ocupan.

Yo nací en Cartagena, estudié la carrera en Murcia, en la sexta promoción. Comencé el primer año en la Facultad de Medicina vieja, el antiguo Hospital General, hoy Reina Sofía. Ya en el segundo año, estaba cenando con mis padres en un restaurante en Cartagena cuando por causalidad entró una Tuna, la de Medicina, que tras cantar nos pasó la pandereta. Y fueron mis padres los que hablaron con el Jefe de la Tuna, para que yo entrara en ella. Creo que porque me veían “poco espabilado”. Al día siguiente era novato de la Tuna. Me dieron una bandurria y aprendí. Esta tradición de cantar debajo de los balcones que tiene un antiguo arraigo universitario, al parecer cambió totalmente mi carácter ayudándome a superar la timidez para cantar y también más tarde, para hablar en público. Con la Tuna de la Facultad de Medicina, recorrimos toda Europa y forjamos una amistad entre nosotros que dura hasta hoy. Todavía, desde esos años de Facultad, nos vemos una vez al año y para no liarnos con las fechas, siempre es la misma: el dos del dos a las dos. En el mismo conocido restaurante de Murcia. Gracias a la Tuna por enseñarme bien muchas cosas, también y no menos importante, las que no hay que hacer.

Yo provengo de una familia de Médicos de la Armada, desde mi abuelo Francisco (Cirujano, vasco) hasta mis tres tíos (Javier, Traumatólogo, Jose Luis, Ginecólogo y Rafael, Anestesiista), y mi padre (Enrique, Pe-

diatra). Mi abuelo Paco siendo Director, reformó el Hospital de Marina viejo, hoy Universidad, y estuvo en la guerra civil en el buque hospital “Artabro”. Fumaba en pipa, también lo hacía en el quirófano, y como buen vasco tenía un carácter muy recio y de pocas palabras. Pero sabias.

Cuando muy de niño jugaba con mi abuelo al ajedrez, apenas hablaba. Y cuando empezaba a entonar una canción, que era siempre la misma, yo ya sabía que me iba a dar mate en tres. Y en todas las partidas la cantó.

Sus cuatro hijos siguieron sus pasos y dos de ellos fueron también Directores del nuevo Hospital Naval, mi tío Javier y mi padre.

Mi padre; durante años organizador de la Semana Internacional del Cine Naval y del Mar y cartagenero del año, nos dejó muy joven a mi madre y los siete hermanos que éramos. Pero permanece intacto en nosotros su recuerdo y ejemplo.

Toda esta tradición familiar, influyó sin duda en mi entrada en la Armada, donde he estado más de veinte años en una primera etapa de mi vida profesional.

Mi primo Carlos, radiólogo, y yo, seguimos los pasos de la familia y así estuvimos juntos al principio en la Escuela Naval Militar de Marín como IMECARES (milicias universitarias). Allí teníamos prohibido andar, había que correr, excepto cuando estábamos en la mesa comiendo o estudiando, o en la cama durmiendo. Fueron días de arrestos los menos y de aprendizaje de un nuevo estilo de vida, los más. Un aprendizaje marineramente de la Armada Española, que está plagada de valores que podríamos llamar humanísticos y también éticos y religiosos. De ahí viene por ejemplo el dicho *de que cuando hay un gran temporal en la mar quien no sabe rezar aprende*.

En la Armada, primero embarqué como médico en varios buques, al principio en un remolcador de altura para las campañas por el Sahara coordinadas con el buque civil “*Esperanza del Mar*” con una misión de apoyo a los pescadores españoles en esas aguas, y posteriormente, en el buque *Tanque Teide* y el destructor *Marqués de la Ensenada*.

En esta etapa de estar embarcado, te tienes que organizar el tiem-

po muy bien. El comandante de un barco asigna tareas a cada uno de los tripulantes para mantenerlos ocupados y fomentar un sentido de un propósito. Un ejemplo a seguir en condiciones extremas lo tenemos en el buque *Endurance* que tenía como objetivo cruzar el continente antártico, pero quedó atrapado en el hielo del mar de *Weddell*. Su comandante demostró un liderazgo excepcional, que les salvó la vida. Asignó roles y tareas específicas a cada miembro de la tripulación, que les ayudaron a mantenerse ocupados y organizó actividades diarias para mantener el ánimo alto. Era sabedor de que la salud mental es tan importante como la física y mantuvo con todos una comunicación clara y gracias a todo eso, la tripulación demostró gran resiliencia y se fue adaptando a circunstancias difíciles y cambiantes con ajustes de planes: finalmente todos sobrevivieron. Eso fue un gran trabajo en equipo gracias a la clave de su planificación activa.

Sin entrar en comparaciones con esa gran hazaña, quizás sea por estas enseñanzas marineras por lo que en la programación de Digestivo (a la que algunos médicos del Servicio apodan “la sábana Santa”) viene con detalle la actividad de todos y todas, intentando que no haya cuadros en blanco y tampoco nadie sin saber su objetivo diario.

Después de esa mi etapa de embarque, en 1984 fui a hacer la especialidad de Digestivo en el Hospital Militar Central “Gómez Ulla” del Ejército de Tierra, donde tuve la suerte de tener grandes maestros.

Juan Montero Vázquez, General de División del Ejército de Tierra, Director de la Sanidad Militar fue uno de ellos. Cuando falleció estando en Israel le escribí un “*In Memoriam*” en nuestra Revista Española de Enfermedades Digestivas, en el que resaltaba su éxito personal con las personas. Juan era un conversador culto y ágil, que trabajaba mucho y bien; y eso lo sabían los enfermos ingresados los fines de semana. Siempre se lo agradecían. Allí estaba él. Y sus residentes, a los que arrastraba con su gran capacidad para transmitir entusiasmo. Y también íbamos los domingos porque nos invitaba a churros. Aprendíamos que los enfermos y las enfermedades no tienen un horario. A veces era difícil seguirle, pero nos contagiaba a todos con su buen hacer. De profundas raíces

cristianas, Juan nos transmitió su singular sentido del deber a todos los que hemos estado a su lado. Siendo General, él estaba orgulloso cuando un marinero navegando en el Golfo de Guinea sobrevivió a un infarto y salió adelante gracias al despliegue español en esas aguas. Juan se sabía de memoria el calendario zaragozano con el “Juicio Universal meteorológico, pronósticos del tiempo y santoral completo de España” y quizás por eso me transmitió la idea de hacer la tesina sobre *“El efecto lumínico y gravitacional de la luna sobre la hemorragia digestiva alta”*. La leí en la Universidad Complutense, ante un Tribunal que parecía “entre atónito y estupefacto”. Efectivamente, en luna llena, el día 29 del ciclo sinódico lunar, había muchas mas hemorragias y además “a chorro”. Queríamos ver el efecto de la luna sobre el cuerpo humano, igual que hace con las mareas, las pleamares y las mareas vivas y si podría ejercer alguna influencia también en nosotros que básicamente estamos hechos de agua, quizás aumentando la presión en algún punto sangrante. Sin embargo teníamos un pequeño problema en Madrid donde estábamos, y es que Madrid no tiene mar ni mareas. Aun así, gracias al Real Instituto y Observatorio Astronómico de la Armada en San Fernando, que calculó las mareas para Madrid si hubiera tenido mar, pudimos llevar a cabo la tarea de investigación.

El entonces Comandante Montero y yo (que era teniente en aquel momento) después de esa controvertida tesina, asistimos a un congreso organizado por el Profesor Juan Oro, Catedrático de Bioquímica que había participado en proyectos de investigación espacial de la NASA, como el Programa Apolo para el análisis de las rocas lunares. Juan Oro era uno de los precursores de la teoría de la panspermia como causa del origen de la vida en nuestro planeta que había llegado según ésta, en los cometas que impactaron sobre la Tierra. En su libro *El origen de la vida* escribía: *“Algunos de los procesos prebióticos son reproducibles, y se ha comprobado que el medio acuoso o líquido es el más idóneo para su desarrollo. Por tanto, es casi seguro que la vida brotó en lo que se ha llamado mar primordial u océano primitivo”*. Es decir, de nuevo el mar. Ese congreso cambió mi forma de ver los problemas, buscando sobre todo el por qué de las cosas.

Otro maestro en la planta 20 de Digestivo del Hospital Gómez Ulla en los ochenta, fue el Dr. Guillermo Bello Mimbriera, un endoscopista tan grande como humilde, él me enseñaba todo lo que sabía y yo aprendía con admiración todo lo que podía de él. Y por último Salvador de la Torre que era endoscopista y también anestesiista, en aquella época que no se sedaban las endoscopias, los dos me enseñaron bien y además mucho, ya que de residente hice mas de 3.000 endoscopias que iba apuntando en un cuadernito. Era una época sin ordenadores, internet ni por supuesto móviles. Estos tres grandes maestros despertaron mi vocación dentro de la especialidad de Aparato Digestivo, la endoscopia, y me enseñaron que la endoscopia no se hace con las manos sino con la cabeza, y que es ahí, es donde más hay por trabajar. Y hasta hoy.

De residente hice también una estancia en el Hospital “La Paz” de Madrid con el Profesor JM Segura Cabral maestro introductor de la ecografía digestiva en España. Aquí le recuerdo como mi maestro en ecografía, el mejor que hubiera podido tener, y además como el amigo del que tuve la suerte ser.

Al volver del Ejército de Tierra a la Armada ya como especialista de Digestivo, me impregné de valores como compañerismo, lealtad, honestidad, disciplina, compromiso, generosidad, honor, respeto, responsabilidad y tolerancia entre otros. Le debo mucho a la Armada, aprendí por ejemplo a despertarme temprano “y salir corriendo”, bueno eso más que un valor es un requisito para ser eficiente: lo primero de todo es estar ahí donde se te necesita. Sin duda he de agradecer a la Armada Española, de la que soy ya Teniente Coronel jubilado, el haber forjado estas cualidades que después me han ayudado a superar muchos contratiempos y a llegar a buen puerto.

Si miramos hacia atrás, hay que tener en cuenta que en España, la Facultad de Medicina más antigua de todas nació en la Universidad de Cádiz, heredera directa del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz en 1748 creado por Pedro Virgili. Fue la primera institución de Europa que combinó Medicina y Cirugía en el mismo centro, y también la primera en conceder el título de “médico-cirujano”, formando a sus

alumnos en ambas disciplinas, anteriormente separadas. En este origen de la Facultad gaditana estuvo por tanto en la Sanidad Naval, con una Escuela de Anatomía donde enseñaban cirujanos desembarcados de la Marina. Esto fue un polo de atracción para las instituciones médicas, y este título integrado de médico y cirujano que se expedía en esa Facultad, se adoptó posteriormente en el resto de Europa.

En 1988 llegué al Hospital Naval de la Zona Marítima del Cantábrico de Ferrol donde trabajé durante 15 años. Al principio era Jefe de Servicio, pero solo contábamos con una monja, Elvira, una diplomada “Dama de Sanidad Militar” Idoya y dos médicos generales, David y Carlos, que embarcaban eventualmente en campañas como la de la anchoa, o la del fletán (recuerdo aquel encuentro con la Armada de Canadá).

Pero ese pequeño Hospital tenía sin embargo un equipamiento impresionante con una gran área de quirófanos totalmente dotados emplazados en la Unidad de Endoscopia. Y desde esa Unidad, teníamos vistas al campo donde pastaban vacas. Es decir, era perfecto.

No teníamos muchos pacientes (había muchos marineros jóvenes y por tanto poco enfermos), sin embargo pudimos desarrollar pronto algunas técnicas novedosas de endoscopia como la enteroscopia de pulsión, o la prótesis balón intragástrica, y fuimos enseguida referencia de Hospitales de las cuatro provincias gallegas, y organizamos congresos de ámbito nacional con transmisión multimedia de técnicas complejas como ERCP, prótesis desde los quirófanos al salón de actos.

En Galicia, llegué a comprender el gallego y a los gallegos, muy distintos a los murcianos, y entrañables defensores de su “buen clima”. Con el respeto y admiración que les tengo, hacer una anamnesis y preguntar a un gallego qué le pasa, es una prueba de fe para un murciano. Sin embargo, nadie más agradecido que un gallego.

En Ferrol, por medio de la insistencia de un paciente, que resultó ser un gran barítono, me incorporé a la Agrupación musical “*Los Bohemios*”, que entre otra piezas llevaba “boleros en galego”. Yo era bandurria y por eso iba en la primera fila y en el centro. Aunque me habían puesto un atril para las partituras, yo era el único de todos ellos que no sabía

leerlas. Eran más de 40 componentes, y con la seriedad propia de la presentación musical, en los ensayos y actuaciones, el Director comenzaba diciendo por ejemplo “Os meus amores”, en “La menor” y acto seguido me miraba y me decía “tú haz..” y me la canturreaba bajito.

En Galicia dejamos muy buenos amigos y criamos a nuestros cuatro hijos, que siempre han sentido el orgullo ser tanto gallegos como murcianos.

Ya en una segunda etapa profesional en Murcia, llegué al Hospital Morales Meseguer hace veinte años de la mano de Fernando Carballo Álvarez, catedrático Jubilado, al cual le agradezco que imaginara ese proyecto de Unidad de Intestino Delgado poniendo su confianza en mí sin reservas. En este momento, pedí excedencia en la Armada y me incorporé al Hospital Morales con un contrato de media jornada de tres meses. Empezaba un nuevo ciclo. Yo estaba seguro del éxito de ese nuevo proyecto, que se construiría en torno a los elementos técnicos clave de cápsula endoscópica y enteroscopia de los que yo tenía la experiencia de Ferrol. Ahora podemos decir con orgullo, que esa Unidad es referencia nacional y que ahí han aprendido las técnicas numerosos especialistas españoles y también extranjeros.

También quiero agradecer en esta segunda etapa a los compañeros de Digestivo del SMS, algunos aquí presentes, que me otorgaron la responsabilidad de dirigir la Sociedad de Aparato Digestivo de la Región de Murcia, concediéndome además su medalla de oro. Igualmente a los compañeros de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva por concederme el título de “maestro de la endoscopia” y a la Sociedad Española de Patología Digestiva por la medalla de oro de esta Sociedad.

Por otra parte ya más recientemente, entré de lleno en el mundo editorial de las revistas científicas durante mis seis años como Editor Jefe de la Revista Española de Enfermedades Digestivas. Esta revista es la más antigua del mundo de Digestivo en español, y tuve la responsabilidad de organizar su centenario, y de subir su factor de impacto por primera vez a más de 2, gracias en gran parte al apoyo incondicional del Profesor Javier Álvarez-Cienfuegos de la Clínica Universitaria de Navarra, Editor Ejecutivo, al que también quiero nombrar ahora.

El mundo editorial de las revistas científicas es complejo y muy competitivo, y la principal medida de una revista está en su factor de impacto, que básicamente se construye con los artículos que hablan de “lo que has publicado tú en tu revista”, y para que sea un buen factor de impacto el número de esos artículos debe ser muy superior al de tus propias publicaciones. Es curioso que el que hablen de forma crítica de un artículo tuyo, es decir, que hablen en contra de él, no importa, es decir da igual si hablan bien o mal de ti, el caso es que hablen, es decir, que se publique. Si no está publicado, no existe.

Por último, agradezco al equipo del Morales, que más que un equipo muy diverso y divertido, son amigos de trabajo médicos, enfermeros, auxiliares, administrativas, celadores, limpiadoras, etc..., que soportan algún exceso por mi parte en esos valores que yo nombraba antes como puntualidad, programación o sacrificio, por decir algunos. En ellos veo que perciben la pertenencia a nuestra identidad corporativa y que tienen un gran compañerismo y camaradería con compromiso, esfuerzo, generosidad, honestidad y tolerancia. Y además, no son tacaños. Ningún paciente sale igual que entra a la Unidad de Endoscopia o la planta. Estos profesionales los mejoran, les aseguro que dan más de lo que reciben.

También nombro aquí aunque no se lo esperen, ya que hay aquí algunos presentes, a nuestros residentes, Rosa, Eli, Mari, Paloma, Blanca, Quique, JF, Chema, Alejandro, María José, Jose Manuel, Elena, Marta, Germán, Ana, Antonio, María, Marina, Paloma (2ª) y Almudena, que han refrescado mi recuerdo de cuando yo también fui residente, manteniéndome al día de todo lo que pasa por esa nube, de la que tampoco nadie sabe exactamente dónde está o en qué consiste, en la que debe vivir el chat-GPT.

Y gracias a todos ustedes por dejarme compartir en estas palabras de agradecimiento, muchas vivencias que no había olvidado sino que sólo las tenía archivadas, aunque no sabía dónde, pero que finalmente he recuperado.

Y tras los agradecimientos, y con debido permiso del Tribunal, paso a leer el discurso de ingreso.

La endoscopia digestiva. Un viaje alucinante que supera la ficción.

Estamos en una era de excesos tecnológicos que crecen exponencialmente y la percepción de muchos de nosotros es que no siempre los digerimos bien (este término es bastante apropiado para mi especialidad). Las personas con suficiente experiencia en Medicina es decir, que tienen muchos años, son expertos, pero esto es el nivel más bajo de evidencia científica. Es decir: tenemos que reinventarnos. Pero además de saber lo último y creernos lo penúltimo, debemos conocer de dónde venimos para intentar dirigir nuestro futuro.

Si los cirujanos vienen de los barberos quizás nosotros los endoscopistas vengamos de los fontaneros.

Hace más de 200 años, en 1804 Bozzini, médico militar alemán, con un juego de espéculos y una vela veía el recto. Había inventado el conductor de luz. El ya pensó desde el principio en la terapéutica endoscópica, fue nombrado *Phisicus extraordinarius*. Bozzini era médico de pestes y murió de ello, joven. En su lápida pone: “*A la devota alma de Phillip Bozzini, doctor en Medicina, que fue el primero en explorar el interior de los órganos a través de su ingenioso proyector lumínico y que supo combatir tenazmente la fiebre de los demás, con un gran sentido del deber...*”.

Su idea de “conductor de luz”, fue anticipada a su época ya que a principios del siglo XIX las posibilidades técnicas de los constructores de instrumentos eran muy limitadas, y los materiales disponibles no eran los óptimos. La fuente de luz de su “conductor lumínico” consistía básicamente en una vela que reflejaba el rayo luminoso en un espejo. Era difícil de manejar porque ocasionaba quemaduras. El no sabía que su aparato llegaría a ser el precursor de la endoscopia moderna.

Más tarde, el urólogo francés Jean Desormeaux encargó a la fabrica Mercedes Benz un nuevo prototipo con un sistema de lentes y espejos y como fuente de luz introdujo una lámpara de queroseno. El rayo de luz se reflejaba en un espejo y a su vez en los espejos y lentes de endoscopio. Estudió con este instrumento la vejiga y el útero usando como combus-

tible alcohol y trementina con una mecha, y exploraba también las estenosis esofágicas. Desormaux fue el inventor la palabra “endoscopio”.

Pero fue necesario la experiencia del mundo del circo para probar los primeros endoscopios, que al principio eran rígidos. Kussmaul, natural de Friburgo en la Selva Negra, es conocido de todos por “la respiración de Kussmaul del coma diabético”, la “afasia de Kussmaul”, su “pulso paradójico” y su enfermedad de “Kussmaul-Maier”. Su endoscopio rígido lo probó primero con un tragasables del circo. El endoscopio medía 47 cm x 13 mm. Kussmaul decía que alineaba el cardias a la arcada dentaria, yo no me puedo imaginar bien esta maniobra en la actualidad. El primer tragasables que invitó se negó a hacerlo, y llamó a otro; por tanto ahí está la primera revocación del consentimiento informado de la historia de la endoscopia. Así las cosas, la endoscopia nació un poco antes que la Radiología.

Thomas Alva Edison, fue un gran científico de su tiempo con más de 1.000 inventos en su carrera, lo que sería más o menos desarrollar uno cada 15 días. Transformó drásticamente la cultura, hábitos y costumbres de sus contemporáneos. En 1879, consiguió que su primera bombilla funcionase durante 48 horas seguidas. Un paso impresionante y necesario en el desarrollo tecnológico.

Más tarde, Bruck examinó la faringe de sus pacientes con un hilo de platino incandescente, pero en vista del peligro de quemaduras, lo introdujo en un tubo lleno de agua con paredes transparentes que le permitía ver bien, aunque el principal problema seguía siendo el calor que se producía en la pequeña bombilla. Sin embargo, como las exploraciones de la vejiga de la orina, se hacían bajo el agua, ahí no se alcanzaba demasiado calor y esa fue la razón por cual inicialmente la cistoscopia alcanzó un mayor desarrollo.

Mikulicz, contemporáneo del cirujano Billroth, en el año 1881 en una clínica de Viena, construyó un primer gastroscopio y Maximilian Nitze en 1897 modificó los endoscopios anteriores dotándoles de lentes y en especial de un conducto operatorio para poder introducir instrumentos para dilataciones ureterales o extracción de cálculos.

En esos años y dos décadas después del primer endoscopio rígido, Wilhelm Rontgen, físico alemán, descubrió los RX en 1895 y lo primero que hizo por supuesto fue hacer una radiografía al dedo del anillo de su esposa, que quizás dudaría de su autenticidad. Esta fue la primera indicación social de una radiografía y ahí empezó la competencia de la endoscopia con los RX que duraría muchos años, hasta mi época de residente.

Pero algo cambió el rumbo de la endoscopia, y fue el desarrollo de la tecnología que le faltaba a los inventores más antiguos: la fibra óptica.

Con la fibra óptica se generalizó el uso del endoscopio. Ojalá la hubiera tenido Bozzini en su época, su idea era muy buena pero adelantada a su tiempo.

El primer laparoscopio que era otra vía de endoscopia lo inventó un cirujano, pero lo pasó a manos de los digestivos y desde su inicio esta técnica era realizada por Digestivo, no por cirugía ; esto fue hasta mi época de residente. En nuestro país uno de sus grandes maestros fue Armando Martí Vicente, con quien me formé yo en esa técnica en el viejo Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. A veces veíamos asustados durante las laparoscopias, como sangraban algunas biopsias hepáticas dirigidas (por cierto, ambulatorias), que sin embargo controlábamos perfectamente con un pequeño tapón o electrocoagulación. Sin embargo, la laparoscopia diagnóstica se abandonaría en nuestra especialidad con el desarrollo de la ecografía, y pasaría a desarrollarse a manos de los cirujanos, pero para la terapéutica. Es decir, la técnica volvió donde nació.

Ya en el siglo XX, en 1928 Rudolf Schlinder presentó un endoscopio semiflexible con una porción rígida proximal y otra flexible distal de 24 cm. La esposa de Schlinder, Gabriel, era enfermera y le ayudaba. Aquí surgió la historia de la enfermería endoscópica. Schlinder era un judío alemán de la Alemania nazi y huyó a Estados Unidos con un tubo en su maleta y nunca más volvió. Contribuyó a crear la ASGE, la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva, que fue por eso la primera sociedad de endoscopia, antes que su homóloga ESGE, Europea.

En 1957, por cierto el año en que yo nací, Basil Isaac Hirschowitz creó el primer endoscopio totalmente flexible de fibra óptica. Del tamaño de

un cabello, cada fibra permitía visión a larga distancia incluso con las acodaduras que tenemos en el tubo digestivo, y con una visión luminosa del interior de las vísceras huecas que lógicamente están en penumbra: el esófago, estómago y duodeno. Hirschowitz hizo lo que estuvo ya de moda desde entonces en el ámbito de los digestivos, que fue tragarse su invento en el sentido literal (es una costumbre que han heredado muchos de los gastroenterólogos, como por ejemplo los Nobel Warren y Marshall con el caldo del *helicobacter pylori*, Paul Swain con la primera cápsula y hasta Yamamoto con la enteroscopia de doble balón).

Estos endoscopios de fibra óptica ya se llamaban “fibroscopios”, tenían unas 35.000 fibras de vidrio. Estas fibras con el uso se iban rompiendo y aparecían en la óptica como pequeños puntos negros, los endoscopios muy usados tenían muchos puntos y se veía peor. Estos eran los endoscopios de mi época de residente. Para poder ver la endoscopia que estaba haciendo el adjunto, usábamos un instrumento llamado “lecturoscopio”, que acoplábamos a la óptica del endoscopio del, y esto dejaba más oscuro el campo de visión del adjunto, con lo cual teníamos que aprovechar mucho el tiempo porque nos desconectaba enseguida. Así fue como aprendíamos endoscopia en mi época. Con rapidez, y sin sedación.

Uno de los hitos en la endoscopia fue cuando en 1968 Mc Cune, realizó la primera canulación endoscópica de la papila, abriendo una nueva puerta a la endoscopia de tubo digestivo y entrando en la vía biliar. Poco más tarde en 1973, otro gran avance se presentó durante el III Congreso Internacional de México. Todos los asistentes se pusieron en pie cuando el alemán Classen y el japonés Kawai mostraron la primera papilotomía que añadía la terapéutica a la vía biliar. Ya en 1979, Soehendra colocó la primera prótesis (plástica) dentro de la vía biliar con lo que la endoscopia fue ganando progresivamente complejidad en este nuevo abordaje.

En esa época de la fibroscopia flexible, en los congresos exponíamos imágenes con diapositivas tomadas en una instantánea desde la máquina de fotografía convencional que se acoplaba a la óptica del endoscopio. Tuve la oportunidad de llevar así mis primeras comunicaciones como residente, normalmente el carro de diapositivas se calentaba y tenía

bastantes probabilidades de atascarse. Y si se te caían y las tenías que ordenar de nuevo en el carro, era peor.

Pero en 1985 comenzó una nueva era, la de la videoendoscopia, era entonces yo residente R2 en el Hospital “Gómez Ulla”. Era luz fría con CCD y se generaba una película de vídeo que además se podía grabar. La película superaba a la fotografía. Algunos reputados endoscopistas de entonces, dijeron que eso no tendría futuro y que la calidad de la fibroscopia era insuperable. Por eso algunas veces merece la pena callarse.

Yo me sorprendí cuando enfermeras muy experimentadas que habían trabajado durante toda su vida con endoscopia con fibra óptica, vieron por primera vez una úlcera o un cáncer con la videoendoscopia al mismo tiempo que lo veía el médico (y por cierto también todo el mundo que pasaba por ahí cerca, que quedaba sorprendido). Si que fue un gran avance porque además el vídeo, se podía presentar en congresos con grabaciones, primero en Umatic baja banda, VHS, etc... y finalmente digitalizado cuando se inventaron los ordenadores. El efecto docente del vídeo fue inmediato. Empezaron los congresos con retransmisión desde una sala de exploraciones al auditorio. Fue pionero en nuestro país en el Hospital del Aire el Prof. Javier Pérez Piqueras. En el Hospital Naval de Ferrol los empezamos a realizar en 1992, con retransmisión multimedia, en aquella época la imagen circulaba por cable, no por wifi que no existía, y recuerdo que los cables desde los quirófanos al salón de actos pasaban no cerca sino por dentro de la cocina del Hospital. Hicimos 10 reuniones de Aparato Digestivo con retransmisión de endoscopia y ecografía.

En 1999, se hizo una encuesta nacional a todos los residentes de Digestivo de España (eran más de 400) en la que se les preguntó qué técnicas les gustaría aprender. Respondieron que enteroscopia y eco Doppler. Y por lo visto el único Hospital que tenía ambas en funcionamiento era un pequeño Hospital Naval que estaba en Ferrol, y allí que fueron todos los residentes en dos tandas, tuvimos la oportunidad y el gran honor de albergar a toda una generación de residentes MIR en nuestro modesto Hospital.

También se desarrollaron nuevas técnicas y dispositivos para la endoscopia flexible.

Estando en el Hospital Naval de Ferrol, en 1989 fui al Exeter College, de la Universidad de Oxford, donde por cierto había impartido sus clases como Profesor de Filología JRR Tolkien, creador de la saga “El Señor de los Anillos”. Tras hacer una breve formación en la colocación de la prótesis balón intragástrica, realizamos el primer caso en nuestro país, en Ferrol. En esa época no había sedación. Los primeros modelos de balones se rellenaban de aire, lo hacíamos con un bombín sofisticado que era igual a un bombín de bicicleta, eso si, insuflaba 100 cc exactos en cada embolada. Y por supuesto era más caro. Ya después se rellenarían con los años, esos balones con líquido azul de metileno, para alertar si es que el paciente orinaba azul, de que se había pinchado.

Desde nuestro Hospital Naval también publicamos la primera serie de nuestro país de videoenteroscopia de pulsión, que llevamos al Primer Congreso Europeo de Intestino Delgado en Turín con el Profesor Marco Pennazio, gran amigo al que veo todos los años desde entonces, en un congreso internacional. Recuerdo que en Turín, un conferenciante asiático presentó un prototipo de una cápsula endoscópica que grababa vídeo por el tubo digestivo y que se tragaba. Los asistentes a ese congreso no nos lo creímos, nos parecía imposible. La idea quizás era buena, pero tampoco existía la tecnología necesaria, eso vendría después.

Emergieron simultáneamente una multitud de técnicas terapéuticas en la endoscopia, como prótesis en estenosis tumorales de diversos órganos, o dirigidas a tratar la hemorragia con distintos dispositivos de inyección de sustancias, térmicos y mecánicos.

Y fue en 1966 cuando el Director de cine Richard Fleisher, con Raquel Welch como una de sus protagonistas, había presentado en las pantallas la película “Un viaje alucinante”, que he parafraseado en el título de este discurso. La película narra la historia fantástica de un viaje con un submarino (otra vez tenemos a la Armada como hilo conductor) que se miniaturizaba e introducía por una vena circulando por la sangre, peleándose con los glóbulos blancos que defendían su territorio. La película

sirvió de inspiración para una novela homónima de Isaac Asimov. Los tripulantes tuvieron diferentes peripecias en su viaje dentro del cuerpo humano, ya que se les cambió la ruta prevista inicialmente porque se encontraron con una fístula arteriovenosa que les obligó a atravesar el corazón y los pulmones antes de alcanzar su destino, que era el cerebro donde debían curar un hematoma. Pero finalmente lograron su objetivo y alcanzaron el exterior siguiendo el trayecto del nervio óptico y saliendo a través de las lágrimas justo antes de que se volviera a agrandar el submarino. Ese mismo año, comenzaba a surcar el espacio la nave estelar «Enterprise», de la serie Star Trek que quería alcanzar lugares donde nadie había podido llegar. Según su capitán Kirk “No existe lo desconocido, sólo lo temporalmente desconocido”

Y la endoscopia también seguía su rumbo que sorprendentemente superaría a la película de Richard Fleisher con un invento: “la cápsula endoscópica”. Era el paciente el que se tragaba una cámara de vídeo, pero esto ya sería en el año 2000.

Eitan Scapa, de Tel-Aviv (Israel), tras obtener su título de especialista de Digestivo hizo un periodo sabático en la Universidad americana de Harvard. En un gran edificio de 400 apartamentos de Brookline donde vivía con otras muchas familias israelíes, conoció al Dr. Gabriel Iddan, ingeniero especializado en electro-óptica y se hicieron amigos. Scapa le contaba a su amigo ingeniero cómo los endoscopistas podían acceder al colon o al duodeno, pero que sin embargo el intestino delgado estaba fuera de su alcance. Era muy largo, de unos 6 metros y no se había conseguido explorar. El médico le decía al ingeniero que le gustaría tener una camarita pequeña que se moviera a lo largo del intestino delgado.

Años más tarde la idea de construir un endoscopio en miniatura le pareció factible al ingeniero Gabriel, que estaba probando dispositivos de CCD que transmitían una imagen de video a un monitor de televisión, y reemplazaban a la fibra óptica. El CCD era un sensor de imagen que podía fabricarse en un pequeño formato.

En la clínica de Israel del Dr. Scapa, un profesor inglés, Paul Swain se tragó por primera vez, en octubre de 1999, la primera cápsula endoscó-

pica. Medía 11 x 33 mm de tamaño. Esa cápsula permaneció demasiado tiempo en el estómago del Profesor Swain y el Dr. Scapa le hizo una endoscopia para ayudarlo a que pasara el píloro pronto ya que su batería era de sólo dos horas. Emergió un nuevo concepto, la endoscopia “sin hilos”, es decir, libre y autónoma.

En Ferrol en 2002 comenzamos con la cápsula endoscópica. Con su batería ya de mayor duración, efectivamente era como el submarino de la película de Richard Fleisher, pero por el tubo digestivo. Y ya en Murcia en 2004 en el Hospital Morales Meseguer, comenzamos en la Unidad de Intestino Delgado con la cápsula endoscópica. Y además surgió otro método para tratar el intestino delgado: la enteroscopia de doble balón. Tras un aprendizaje en Wiesbaden, Alemania, desde nuestro Hospital Morales, introdujimos esta técnica en España. La patente de este nuevo invento era de mi buen amigo Hinorori Yamamoto, de Tokio, inventor del enteroscopia de doble balón. Yamamoto nos visitó en nuestro Hospital en 2006 para realizar un caso en directo dándome la oportunidad de trabajar codo a codo con él. Era junio y Murcia y tuvimos que usar dispositivos sofisticados de ventilación mecánica, es decir, abanicos.

Se han abierto recientemente en endoscopia otros campos como la colangioscopia en la que un fino endoscopio se introduce a través de un canal de otro endoscopio y es capaz de explorar la vía biliar internamente, o hacer litotricia para destruir cálculos; o la ecoendoscopia terapéutica con un sistema mixto de ecógrafo en su extremo, que permite usando prótesis de aposición luminal, comunicar órganos como estómago y yeyuno (gastroyeyunostomía endoscópica), estómago y vía biliar (hepático-gastrostomía).

Pero la endoscopia sigue siendo lo mismo, mirar por dentro. Y se sigue haciendo con la cabeza, no con las manos. Y hoy en día además de mirar, diagnosticar, la vertiente terapéutica, tratar, es una alternativa real y segura en el día a día para el manejo de lesiones que hasta hace bien poco sólo tenían un tratamiento por medio de cirugía abierta. Es decir, los endoscopistas somos unos fontaneros metidos a barberos.

Recientemente, un avance trascendental ha sido la sedación con pro-

pofol ha mejorado mucho la tolerancia de las técnicas desde hace unos años. Los pacientes decían antes que venían a que les metieran las gomas y ahora dicen lo mismo pero dicen también: “*y no te enteras*”.

Nos hubiera gustado que la cápsula endoscópica tuviera la posibilidad de terapéutica como la tenía ese submarino con sus rayos láser dirigidos a los glóbulos blancos, pero con el tiempo todo llegará ya en 2024 existe un prototipo de cápsula robotizada totalmente automatizada con control magnético externo, que por cierto ha sido el tema de mi proyecto de investigación para la plaza de Profesor Titular de la Universidad de Murcia este mismo 5 de Noviembre.

Podemos afirmar que el viaje de la endoscopia, desde los primeros instrumentos que quemaban, a los sofisticados sistemas terapéuticos de la endoscopia actual con sedación profunda y a endoscopios que viajan sólo por dentro del cuerpo, ha sido más alucinante que la película. Hemos superado la película.

El endoscopista del futuro es un eco-endoscopista, que debe cumplir las tres “R” de reutilizar-reducir-reciclar, minimizando su huella de carbono.

Mi visión de la endoscopia del futuro está basada en residentes a los que les emocione la endoscopia y no sólo eso, sino que estén preparados para una entrega personal, como por ejemplo salir de su entorno y de su ciudad para formarse en un Hospital de mayor volumen de pacientes. Residentes abiertos también a conocer nuevas tecnologías sin olvidar nunca que no todo lo que se ha inventado hay que hacerlo, que el éxito técnico no es el éxito clínico, que la autocrítica existe y que a veces lo más sabio va a seguir siendo no hacer nada y esperar a ver lo que mejor sea para el paciente.

Si estos residentes tienen la suerte de encontrar esa vocación de endoscopista, valdrá la pena todos sus esfuerzos. No debiendo olvidar nunca que su fortaleza no es individual, sino que emana de un grupo y el más débil no es el físicamente más frágil o el que está enfermo, sino el que está solo. Por tanto, que los residentes miren a su alrededor.

He intentado convencerles de que la ficción ha sido superada por la

La endoscopia digestiva.
Un viaje alucinante que supera la ficción

realidad en la endoscopia y también animar a los actores que van a protagonizar las nuevas películas de la endoscopia.

De lo que si estoy seguro es de que, para mí ha valido la pena vivir este viaje alucinante.

He dicho.