



SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERÚ
AFILIADA A LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA (FELAC)
Sociedad Principal del Colegio Médico del Perú

BOLETÍN ELECTRÓNICO
ISSN 1817 - 4469
Año 16 No. 2 Febrero 2019
Comité de Publicación
Editor: Dr. David Ortega Checa



EDITORIAL CONGRESO

Cada dos años la SCGP asume la gran responsabilidad de organizar el congreso internacional que reúne a la mayor cantidad de cirujanos de nuestra patria. Proceso que cada vez adquiere más dificultades por la fragmentación de subespecialidades y para lograr el éxito es necesario tener invitados que cubran estas materias. Pero cuando más grandes son las dificultades, mayor es la satisfacción de alcanzar las metas propuestas. En esta oportunidad contamos con 27 profesores extranjeros especialmente invitados que tratarán las principales subespecialidades como son Trauma, Coloproctología, Hepatobilio pancreático, Esofagogastrica, Bariátrica y Pared abdominal. La calidad de los ponentes y la selección de los temas aseguran el éxito del certamen, y no tenemos duda que la participación de los cirujanos de todo el país coronará nuestras expectativas.

Tendremos dos cursos precongreso ERAS y Ecografía endorrectal, en este momento son temas imprescindibles en todo evento científico de nuestra especialidad.

También hemos implementado el Curso de Decisiones Transoperatorias en Trauma Urbano que se desarrollará como curso transcongreso.

Esperamos, como en anteriores congresos, una participación masiva de cirujanos y siempre resaltamos la importante participación de cirujanos del interior del país, que es una muestra del trabajo serio y dedicado que realiza nuestra institución.

El Editor

XVI CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL

La Sociedad de Cirujanos Generales del Perú anuncia la realización del XVI CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL y XIV CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS, que se realizará del 26 al 29 de Marzo de 2019, en el Hotel Sheraton de Lima.

INVITADOS

ADRIANA HERNANDEZ	MÉXICO
ALBERTO BASILIO	MÉXICO
ANDRÉS SÁNCHEZ	CHILE
ANDREW HILL	NUEVA ZELANDA
ANDREW MACCORMICK	NUEVA ZELANDA
AVITAL HARARI	USA
CARLOS VACCARO	ARGENTINA
CHRISTOPH MICHALSKI	ALEMANIA
DJIN MORI	BRASIL
FABIO CAMPOS	BRASIL
FERNANDO LEAL PEREIRA	BRASIL
HERMANN KESSLER	INGLATERRA
HORACIO ASBUN	USA
INGRID MELO	VENEZUELA
JAMIE MURPHY	USA
JOSE AGUILAR NASCIMENTO	BRASIL
JUAN EDUARDO CONTRERAS	CHILE
JUAN SARMIENTO	USA
LEONARDO SALIM	ARGENTINA

LUIS RUSO
MARIO ABEDRAPO
NAPOLEÓN MENDEZ
NICOLAS ROTHOLTZ
PABLO OMENLACZUK
PAULO HERMAN
RICHARD SCHULICK
RONALD MAIER

URUGUAY
CHILE
GUATEMAALA
ARGENTINA
ARGENTINA
BRASIL
USA
USA

PROGRAMA PRELIMINAR

MIÉRCOLES			
Sala	Le Meridien	Independencia	Precursores
8.35	Cirugía Adrenal Avital Harari	Endometriosis rectal... shaving, resección discoide o segmentaria? Mario Abedrapo	Visión crítica del manejo en hernia inguinal por laparoscopia. Adriana Hernandez
9.00	Manejo del Colangiocarcinoma hiliar Richard Schulick	VAAFT en Fístula anorrectal Leonardo Salim	Patología vesicular precoz post cirugía bariátrica J.E. Contreras
9.25	Resección venosa y reconstrucción en cirugía pancreática Christoph Michalsky	Liberación de ángulo esplénico: por que, cuando y como Mario Abedrapo	Coexistencia de defectos de pared y fistula intestinal. Adriana Hernandez
9.50	Recientes avances en cáncer pancreático Richard Schulick	Segunda resección colorrectal laparoscópica Nicolás Rotholtz	Costo beneficio de la cirugía robótica J.E. Contreras
10.15	Coffee Break		
11.00	ISS/ISDS GASTROINTESTINAL SURGERY SESSION <i>Dehiscencia anastomótica en cirugía gastrointestinal</i> Andrew Hill <i>Mejorando los resultados en cirugía de cáncer de colon</i> Hermann Kessler <i>Manejo de las neoplasias malignas de peritoneo</i> Jamie Murphy	SYMPOSIUM: DIVERTICULITIS Diverticulitis: ideas nuevas sobre una enfermedad antigua Fabio Campos Peritonitis diverticular: ¿es suficiente el lavado? Carlos Vaccaro Indicación quirúrgica en la diverticulitis recurrente Nicolás Rotholtz	SYMPOSIUM: TRAUMA Síndrome de exsanguinación Alberto Basilio Trauma hepático complejo Djin Mori Trauma duodenal Napoleón Mendez
1.00	Receso		
2.40	COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	CURSO "DECISIONES TRANSOPERATORIAS EN TRAUMA URBANO"
3.40	Genética del cáncer colorrectal Jamie Murphy Terapia neoadyuvante en cáncer rectal Hermann Kessler	Cirugía metabólica: resultados Pablo Omelanczuk Colangiografía intraoperatoria. ¿Cuándo y porqué? Luis Ruso	
4.05	Coffee Break		
4.30	Coffee Break		
5.00	Cáncer de recto localmente avanzado: manejo Jamie Murphy	Sangrado masivo Napoleón Mendez	
5.25	Cáncer gástrico: ¿qué hay de nuevo? Andrew MacCormick	Como prevenir y reparar una hernia paraostomal Ingrid Melo	
5.50	Actualización de la resucitación en shock traumático Ronald Maier		
6.15	Sistemas de Trauma: ¿funcionan? Ronald Maier		

JUEVES			
Sala	Le Meridien	Independencia	Precursores
8.35	Resección del carcinoma hepatocelular Paulo Herman	Microbioma: Un Nuevo Jugador en el Cáncer Colorrectal Carlos Vaccaro	POR CONFIRMAR
9.00	Se justifica hacer una Pancreatoduodenectomía por cirugía mínimamente invasiva? Juan Sarmiento	TaTME: indicaciones y actualización Mario Abedrapo	Cirugía antireflujo Pablo Omelanczuk
9.25	Neoadyuvancia en cáncer pancreático Christoph Michalski	Videos: coletoria derecha com anastomosis intra-cavitaria y TME Fabio Campos	Evolución del manejo laparoscópico de la hernia ventral. Adriana Hernández
9.50	Estrategias para mejorar la calidad de atención en cirugía hepatobiliar y pancreática Juan Sarmiento	Tratamiento endoscópico del quiste pilonidal (EPSIT) Leonardo Salim	Manejo quirúrgico de la hernia hiatal gigante. Presentación y video Juan Eduardo Contreras
10.15	Coffee Break		

11.00	SYMPOSIUM: CIRUGÍA HEPÁTICA Abordaje del pedículo hepático: abierto y laparoscópico Paulo Herman Resección de colangiocarcinoma avanzado Christoph Michalski Tratamiento moderno de las metástasis hepáticas por cáncer colorrectal Richard Schulick	SYMPOSIUM: ERAS Porqué no es necesario el ayuno prolongado preoperatorio? Andrés Sánchez Experiencia del protocolo ERAS en América latina Jose Aguilar Nascimento ERAS en patología herniaria Adriana Hernandez	SYMPOSIUM: CÁNCER DE COLON Cáncer colorrectal hereditario: como identificarlo Fabio Campos Cirugía laparoscópica de colon: controversias actuales Mario Abedrapo Por qué indicar cirugía laparoscópica siempre Nicolás Rotholz
1.00	Receso		
2.40	COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	CURSO “DECISIONES TRANSOPERATORIAS EN TRAUMA URBANO”
3.40	Nódulos hepáticos incidentales: diagnóstico y tratamiento Paulo Herman	Acalasia Pablo Omelanczuk	
4.05	Cáncer de vesícula y lesiones precursoras Juan Sarmiento	Cirugía revisional post cirugía bariátrica J.E. Contreras	
4.30	Coffee Break		
5.00	Colecistectomía difícil . ¿Qué hacer cuando no se puede lograr unavisión crítica de seguridad ? Luis Ruso	Cirugía Bariátrica: manga, by pass, complicaciones Pablo Omelanczuk	
5.25	Lesiones complejas de la vía biliar después de colecistectomía Juan Sarmiento	Cirugía antireflujo y reparación del hiato con cirugía robótica J.E. Contreras	
5.50	CONFERENCIA JULIO DEL CAMPO Duodenectomías con preservación de páncreas Horacio Asbun		
6.15	Nuevas tecnologías Horacio Asbun		

VIERNES			
Sala	Le Meridien	Independencia	Precusores
8.35	POR CONFIRMAR	Microbioma: Un Nuevo Jugador en el Cáncer Colorrectal Carlos Vaccaro	POR CONFIRMAR
9.00	Laparatomía de emergencia Andrew Hill	TaTME: indicaciones y actualización Mario Abedrapo	Cirugía antireflujo Pablo Omelanczuk
9.25	Toma de decisiones en cirugía Andrew McCormick	Videos: colectomía derecha con anastomosis intra-cavitaria, TME Fabio Campos	Evolución del manejo laparoscópico de la hernia ventral. Adriana Hernández
9.50	Resección Hepática Laparoscópica Paulo Herman	Tratamiento endoscópico del quiste pilonidal (EPSIT) Leonardo Salim	Manejo quirúrgico de la hernia hiatal gigante. Presentación y video Juan Eduardo Contreras
10.15	Coffee Break		
11.00	ISS GENERAL SURGERY SESSION Cirugía Bariátrica: eligiendo al paciente adecuado, en el momento adecuado Andrew McCormick- Tratamiento moderno del Hiperparatiroidismo Avital Harari Mejorando los cuidados perioperatorios en cirugía mayor gastrointestinal Andrew Hill Endometriosis para el cirujano general Hermann Kessler	SYMPOSIUM: CÁNCER DE RECTO Watch and Wait: Estrategia y Resultados en el Hospital Italiano Carlos Vaccaro Disección interesfinteriana Nicolás Rotholz Análisis crítico de la amputación cilíndrica del recto Fabio Campos	SYMPOSIUM: TRAUMA Síndrome compartamental Alberto Basilio Damage control en fractura de pelvis Djin Mori Toracotomía resucitatoria Napoleón Mendez
1.00	Receso		
2.40	COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	CURSO “DECISIONES TRANSOPERATORIAS EN TRAUMA URBANO”
3.40	POR CONFIRMAR	Damage control y reconstrucción de la pared abdominal Djin Mori	
4.05	Incidentaloma pancreático Horacio Asbun	Toxina botulínica: lo que debe saber el cirujano general. Adriana Hernandez	
4.30	Coffee Break		
5.00	Decisiones basadas en evidencia para hacer una Pancreatoduodenectomía Juan Sarmiento	Cirugía laparoscópica en cáncer gástrico Fabio Thuler	
5.25	Whipple laparoscópico Horacio Asbun	Prolapso rectal Ingrid Melo	
5.50	Trauma Anorrectal Ronald Maier		
6.15			

CITAS

Una cosa no es justa por el hecho de ser ley. Debe ser ley porque es justa.

Montesquieu

Es más fácil juzgar el talento de un hombre por sus preguntas que por sus respuestas.

Duque de Levis

La ignorancia afirma o niega rotundamente; la ciencia duda.

Voltaire

AFORISMOS QUIRÚRGICOS

Trabajo es el ábrete sésamo de cada portal, el gran equalizador en el mundo, la verdadera piedra filosofal que transmuta toda la base de metal de la humanidad en oro.”

William Osler

“Durante una intervención quirúrgica, por lo general, es una mala señal si el anestesiólogo pregunta si el paciente está perdiendo mucha sangre, especialmente cuando no lo está.”

Michael Hoffman

“Las únicas causas de apendicitis crónica son: actinomicosis, tuberculosis y remunerativa”

Ivor Lewis

ACTIVIDAD CIENTÍFICA MENSUAL

CONFERENCIA

ROL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA A MANO ASISTIDA

Expositor:	Dr. José De Vinatea MSCGP
Panelista	Dr. Juan Antonio Herrera MSCGP
Moderador:	Dr. Aurelio Gambirazio MSCGP
Fecha:	Martes 12 de Enero del 2019
Hora:	7.45 pm
Local:	Av. César Vallejo 565 – Lince

ATENCIÓN: Trasmisión “on line”, ingresando a www.facebook.com

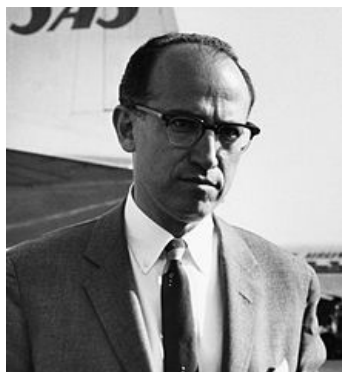
GIGANTES DE LA MEDICINA

JONAS SALK

“La esperanza descansa en los sueños, en la imaginación y en el valor de aquellos que se atreven a hacer los sueños realidad”.

Jonas Salk.

Jonas Salk nació en Nueva York el 28 de octubre de 1914. Hijo de inmigrantes ruso-judíos, su infancia se desarrolló en los barrios más pobres de Nueva York. Sus padres, especialmente preocupados por ofrecer a sus hijos la educación que ellos no habían tenido, consiguieron que estudiara en la Escuela Secundaria Townsed Harris, una escuela pública que permitía estudiar a hijos de inmigrantes con pocos recursos. De altísimo nivel



académico, exigía a sus alumnos realizar en tres años los estudios que en otras escuelas se hacían en cuatro.

Salk ingresó después en el City College de Nueva York, y de allí pasó a la New York University, donde estudió Medicina. En realidad, Salk nunca quiso ser médico asistencial; muy pronto se decantó por la investigación, especialmente en el campo de la microbiología. Consideraba que así no ayudaría “a unos pocos pacientes, sino a toda la humanidad”. Probablemente nunca imaginó que esta frase se haría realidad de una forma tan literal.

Salk se introdujo en el campo de la virología de la mano de Thomas Francis. Ambos protagonizaron el episodio más negro de la historia de Salk, al realizar estudios infectando deliberadamente con el virus de la gripe a pacientes de diversos hospitales psiquiátricos

de Michigan. Más tarde, Salk volvería a coincidir con Francis durante su residencia en el Monte Sinaí.

Concluida su especialización, Salk encontró enormes dificultades para seguir investigando, ya que no podía seguir en el Monte Sinaí, a la vez que muchas otras instituciones tenían *numerus clausus* para los judíos.

Tras varios trabajos menores y una época en un pequeño y poco preparado laboratorio en el Hospital Municipal de Pittsburgh, Salk recibió la oferta que le haría entrar por la puerta grande en la historia de la Medicina.

En 1948, la National Foundation for Infantile Paralysis le propuso participar en su proyecto sobre la polio, impulsado por el propio presidente Roosevelt, que había padecido esta enfermedad en la infancia. Inicialmente se trataba de conocer cuántas cepas distintas del virus existían. Aunque era un trabajo tedioso, Salk aceptó enseguida, ante la promesa de que una vez terminado el proyecto podría disponer de los medios para continuar su propia investigación.

Es en ese entorno donde Salk empieza a pensar en la posibilidad de crear una vacuna, utilizando virus muertos. La preocupación social por la epidemia era tal, que millones de americanos colaboraron en la financiación del proyecto, algunos aportando unos pocos centavos, pues era todo lo que tenían. Tras varios ensayos en animales y un estudio piloto con pocos voluntarios (entre los que se encontraban su esposa y sus tres hijos), Salk pone en marcha un gran ensayo con casi dos millones de niños.

El 12 de abril de 1955, Thomas Francis, el que había sido siempre su mentor, anuncia en una multitudinaria rueda de prensa el éxito de Salk: la vacuna era segura y efectiva. Salk se hace mundialmente famoso en pocas horas. Ese mismo año empieza a comercializarse masivamente.

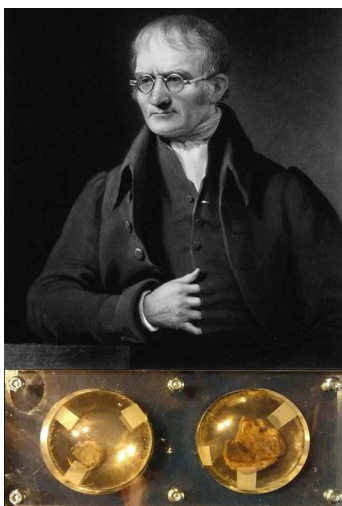
En 1956, Albert Sabin diseña una vacuna de virus atenuados, de administración oral. Sesenta años más tarde, la poliomielitis es ya una enfermedad casi erradicada, endémica únicamente en tres países (Pakistán, Afganistán y Nigeria), según los últimos informes de la OMS.

Aunque la National Foundation sí lo pensó en algún momento, Salk nunca quiso patentar su vacuna. Entre otras cosas, porque era consciente de que se había desarrollado gracias a la aportación económica de miles de ciudadanos anónimos. Preguntado al respecto, Salk respondía "No hay patente. ¿Se puede acaso patentar el sol?".

Jonas Salk murió en La Jolla, California, el 23 de junio de 1955. Sus restos descansan en El Camino Memorial Park, en San Diego.

<https://curaraveces.wordpress.com/2014/10/29/jonas-salk-el-hombre-que-no-queria-patentar-el-sol/>

PACIENTES ILUSTRES: JOHN DALTON



El químico inglés John Dalton (1766-1844) fue el primero en intentar describir científicamente la deficiencia o ceguera de color, conocida como daltonismo. El principal sujeto de investigación fue él mismo y su hermano, ya que ambos sufrían de esta alteración genética.

En 1794 presentó su primer trabajo en la conocida sociedad Lit & Phil de Manchester. En ella, Dalton postulaba que "las deficiencias en la percepción del color se deben a anomalías del humor vítreo". Estaba convencido de que su globo ocular estaba teñido de azul.

Con el fin de comprobar su teoría, tras su muerte en 1844, el científico dejó encargado a su médico personal que le extrajera los ojos y los «desnudara», para aclarar el misterio que no pudo resolver en vida: ¿por qué él veía el mundo de manera distinta a los demás?

Como era de esperar, el color de los humores de sus ojos era completamente normal, aunque un análisis de su ADN realizado en 1995 (utilizando sus ojos como muestra), demostró que en realidad padecía un tipo de ceguera al color poco común: la deuteranopia, en la que los individuos afectados tienen una carencia de sensibilidad para la percepción del color verde.

Aún hoy día, en los sótanos del museo de Ciencia e Industria de Manchester hay una caja de cristal con unas pequeñas virutas que parecen fragmentos de piel seca. Estos restos (que mostramos en la imagen), es lo que queda de los globos oculares de John Dalton.

A pesar de que su teoría fue desacreditada con el tiempo, la investigación profunda y metódica que realizó sobre su propio problema visual, hizo que su nombre se convirtiera en el término común utilizado para designar la ceguera al color, el daltonismo. Una curiosidad mas sobre el daltonismo. Ya que estamos publicando en este medio, es obligado hablar de Mark Zuckerberg (el creador de Facebook), quien padece un particular daltonismo que le produce ceguera ante los colores rojo y verde. Esta es la razón por la que los marcos sobre los que está construido Facebook son azules.

<https://www.facebook.com/arqueologiamedicina/photos/a.708238035973592/1049962221801170/?type=3&theater>

JOHN LANGDON DOWN. EL MÉDICO QUE DESCRIBIÓ Y DIGNIFICÓ EL SÍNDROME DE DOWN

Todo comenzó cuando el Dr. Down era solo un niño: “... durante una tormenta de verano, me refugié en un cobertizo igual que lo hizo una niña con retraso mental. Me pregunté, entonces, si no se podría hacer nada por ella...” John Langdon Down (1828-1896).

Esta casualidad del destino despertó en el joven Langdon, el simple hijo de un tendero de pueblo, un gran interés. Estudió medicina y dedicó su vida a intentar descifrar el síndrome que hoy día lleva su nombre: el Síndrome de Down.

No fue una tarea fácil. Tuvo que luchar contra los prejuicios de una sociedad victoriana. En aquella época, si nacía un miembro de la familia con alguna “*aflicción*”, se le mantenía encerrado en el cuarto de los criados aislado y privado de educación.

En 1856 obtiene su doctorado en Londres donde le esperaba una carrera brillante en el hospital universitario pero, sorprendentemente prefiere trabajar como director médico en el *Royal Earlswood Hospital*; uno de los primeros “asilos para idiotas”, como eran conocidas estas instituciones en aquella época.

El propósito de estos centros, pioneros en aplicar técnicas de terapia ocupacional, era integrar a sus internos en la sociedad. Se les instruía para poder desempeñar un oficio: zapateros, sastres, carpinteros, granjeros, etc.

John Langdon Down, durante su estancia en el hospital, realiza una profunda labor de investigación y analiza esquemáticamente a todos y cada uno de sus residentes. Utilizar la fotografía como medio para recopilar datos y por primera vez se **realizan autopsias** a los pacientes fallecidos. Disecciona y examina mas de 100 cerebros en busca de una respuesta.

Llega a la conclusión de que existe un grupo de residentes con características físicas comunes: “... su cara es plana y ancha, los ojos están colocados oblicuamente y su nariz es pequeña”. Sin embargo, lo primero que le llamó la atención fue su lengua, ésta era mas gruesa de lo normal (*macroglosia*) y esta singularidad interfería en el habla.



Identificó el pliegue de piel en la esquina interna del ojo, que describió como **pliegues epicánticos**, y señaló que la oreja está situada más baja de lo normal. Observó así mismo

que la coordinación era pobre, la circulación débil y que había una tendencia a retrasar el crecimiento durante el invierno, lo que le sugirió que podrían padecer una deficiencia de la tiroides.

A este nuevo conjunto de signos y síntomas le llamó (por error) "idiotia mongoloide" o "mongolismo". Claramente influenciado por las teorías de la evolución de Darwin, pensó que aquellas personas a las que estaba describiendo eran parecidos a los mongoles, nómadas de la región central de Mongolia y que se trataba de un retroceso hacia un tipo racial más primitivo.

Esta denominación perduró durante 100 años, hasta que debido a sus connotaciones negativas, se cambió por el actual Síndrome de Down.

Unos años más tarde (en 1868), junto con su esposa y colaboradora Mary Crellin, abre el Hospital Normansfield. Un centro revolucionario en el cuidado de niños y adultos con dificultades de aprendizaje, en el que se fomenta la educación mediante la música y el arte. Llegaron a tener más de cien residentes de familias acomodadas, no obstante, el doctor Down siempre atendió fuera del hospital a niños de familias sin recursos.

Tras su muerte, sus dos hijos (Reginald y Percival Down), continuaron la tarea de su padre, en especial Reginald quien añadió una característica más la descripción del Síndrome: el pliegue transversal único en la palma de las manos.

En la imagen vemos un retrato familiar de Reginald con sus hijos Stella, Elspie y John Langdon (llamado así por su abuelo) y que curiosamente nació con síndrome de Down.

<https://arqueologiadelamedicina.com/2017/04/05/8849/>

NOBEL DE MEDICINA 2018



El norteamericano James P. Allison (Alice, estado de Texas, 1948) y el japonés Tasuku Honjo (Kioto, 1942) han ganado el Premio Nobel en Fisiología o Medicina de 2018 "por su descubrimiento de la terapia del cáncer por inhibición de la regulación inmune negativa", según ha expresado hoy en un comunicado la Asamblea Nobel en el Instituto Karolinska. El cáncer mata a millones de personas cada año, representa uno de los mayores desafíos para la salud humana. "Mediante la estimulación de la habilidad inherente de nuestro sistema

inmunológico de atacar las células tumorales, los laureados de este año con el Nobel han establecido un principio totalmente nuevo para la terapia del cáncer", prosigue el comunicado. El cáncer avanzado sigue siendo inmensamente difícil de tratar y, por ello, se necesitan desesperadamente nuevas estrategias terapéuticas.

En los años 90, el inmunólogo James P. Allison investigó una proteína conocida, CTLA-4, en su laboratorio de la Universidad de California en Berkeley. CTLA-4 es un receptor proteico que, funcionando como un punto de control inmunitario (*immune checkpoint*), disminuye las respuestas inmunitarias. "Se dio cuenta del potencial de soltar el freno, liberando de ese modo nuestras células inmunitarias para atacar los tumores".

En 1992, unos pocos años antes del descubrimiento de Allison, Tasuku Honjo descubrió PD-1, otra proteína expresada en la superficie de los linfocitos T o células T.

"Decidido a desentrañar su rol, exploró meticulosamente su función en una serie de elegantes experimentos desarrollados durante varios años en su laboratorio de la Universidad de Kioto".

Honjo finalmente reveló la función de esta proteína: también funciona como un freno, pero con un diferente mecanismo de acción.

"Allison y Honjo han demostrado cómo diferentes estrategias de inhibición de los frenos en el sistema inmunitario pueden ser usadas en el tratamiento del cáncer. Estos hallazgos fundamentales de los dos laureados constituyen un hito en nuestra lucha contra el cáncer", afirma la Asamblea Nobel en el Instituto Karolinska.

https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/actualidad/premio-nobel-medicina-2018-a-revolucionario-tratamiento-cancer_13241

PLAGIO DE LIBRO: ¿LUZ AL FINAL DEL TÚNEL?

“No me preocupa el grito de los violentos, de los corruptos, de los deshonestos, de los sin ética. Lo que más me preocupa es el silencio de los buenos”
Martin Luther King

Los señores directivos del Colegio Médico del Perú tienen la obligación de velar por el cumplimiento de las normas éticas y deontológicas de nuestra orden, desde hace un año la SCGP presentó la denuncia del plagio realizado por el médico Willian Campos Ardiles, debidamente documentado, entre ellas la carta enviada por él donde reconoce que “transcribió algunos de sus párrafos”

En forma no oficial se nos ha comunicado que el Comité de Vigilancia Etica del Consejo Regional III ha tomado a su cargo esta denuncia, no tenemos la menor duda que la verdad se impondrá sobre otros oscuros intereses por el bien de nuestra orden. Seguiremos atentos!



Dra. L. Cabani

Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú
Decana: Dra. Liliana Cabani Ravello
Consejo Regional III – Lima – Colegio Médico del Perú
Decano: Dr. Raúl Urquizo Aréstegui
Fondo Editorial Comunicacional del CMP:
Presidente: Dr. Ciro Maguiña Vargas
Comité de Vigilancia Ética y Deontológica:
Dr. José Pacheco Romero (Presidente)
Dr. Jorge Leiva Beraún (Secretario)



Dr. R. Urquizo

EL ORIGEN DE LA PALABRA DESAHUCIO

Es uno de los términos más utilizados en estos últimos días... todos sabemos a qué nos referimos al hablar de desahucios, ahora lo solemos utilizar con el añadido "hipotecario"... cuando una persona pierde su vivienda por no poder hacer frente a la hipoteca. Pero más difícil que decirla puede resultar escribirla... y más aún conocer su origen...

En cuanto a lo primero... sí, porque esa H intercalada muchas veces es puesta en el lugar que no va... pues bien, se sitúa entre la "a" y la "u"... así que es frecuente ver mal escrita la palabra.

Y en cuanto a lo segundo, el origen de la palabra desahucio... aquí está...

Todo proviene de la palabra “ahuciar”. O sea, desahuciar es lo que parece: una palabra compuesta del prefijo “des” y del verbo ahuciar.

Ahuciar es uno de estos vocablos que existen pero nadie emplea. Es un sinónimo, según el diccionario de la Real Academia Española, de “esperanzar o dar confianza”. De ahí que su contrario, desahuciar, signifique precisamente “quitar a alguien toda la esperanza de conseguir lo que se desea”.

Su segunda acepción alude a la salud: “admitir que un enfermo no tiene posibilidad de curación”.

La tercera y última responde a la tragedia que nos ocupa y preocupa en estos días: “despedir al inquilino o arrendatario mediante una acción legal”.

Ahora bien... ¿cuál es el origen de la palabra “ahuciar”? Del castellano antiguo “afiuciar” o “afuciar”. Este dato nos ayuda a entender la posición de la dichosa “hache intercalada”.

En el fondo, es una evolución de la letra “efe”, que enmudece como tantas otras veces ocurre en el idioma de Cervantes: el “ferro de don Quijote” se convirtió en hierro, la “fermosura de Dulcinera” en hermosura, y así muchos ejemplos.

La culpa de todo la tienen los romanos. Me explico... Afiuciar (o afuciar) procede del término “fides”, que en latín significa fe y envuelve todo el campo semántico de la confianza, de la esperanza, etc, etc. O sea, justo lo que nos falta ahora.

<http://noticiasinteresantes.blogcindario.com/2012/11/02807-el-origen-de-la-palabra-desahucio.html>

Charles Darwin



ARMAS

Charles Robert Darwin, (1809-1882)

Fue un naturalista inglés reconocido por ser el científico más influyente por el planeamiento de la evolución biológica a través de la selección natural, tal como figura en su obra cumbre *El Origen de las Especies*, con numerosos ejemplos extraídos de la observación de la Naturaleza. La evolución natural por medio de la selección natural fue considerada como la explicación primaria hasta el año 1930.

E V E N T O S

DDI WEEK 2018 18th Annual Surgery of the Foregut Symposium / Cleveland Clinic Florida

16 al 20 de Febrero del 2019 *Fort Lauderdale – Florida

<http://my.clevelandclinic.org/florida>

XVI Congreso Internacional de Cirugía General / Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

26 al 29 de Marzo del 2019 * Lima – Perú

www.scgp.org

XXXIII Congreso Brasileiro de Cirugía / Colegio Brasileiro de Cirujanos

01 al 04 de Mayo del 2019 * Brasilia – Brasil

www.cbc.org.br

XIV Jornada Internacional de Coloproctología / Hospital Británico

20 y 21 de Junio del 2019 * Buenos Aires – Argentina

www.hospitalbritanico.org.ar

IX Congreso Internacional de Cirugía del Aparato Digestivo / Asociación

Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo

31 de Julio al 3 de Agosto de 2019 * México – México

www.amcad.mx

45° Congreso Nacional de Cirugía / Asociación Colombiana de Cirugía

20 al 23 de agosto de 2019 * Bogotá – Colombia

www.ascolcirugia.org

105rd Annual Clinical Congress / American College of Surgeons

27 al 31 de Octubre del 2019 * San Francisco – USA

www.facs.org

XIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA FELAC 2019 / Sociedad de Cirugía del Uruguay

1 al 4 de Diciembre del 2019 * Punta del Este – Uruguay

ESTAMOS EN YOUTUBE (www.youtube.com)
SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERÚ
TODAS LAS CONFERENCIAS A SU DISPOSICIÓN

SUSCRIPCIÓN

Todos los interesados en recibir el Boletín Electrónico de la SCGP, órgano electrónico oficial de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, de edición mensual, sólo tienen que hacerlo escribiendo a informes@scgp.org.

Si no desea recibir este Boletín, por favor escribanos a esta misma dirección y coloque en asunto "No Deseo".

¡SIGUENOS EN FACEBOOK!

Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

Eventos SCGP