

Discurso del Sr. Presidente del 85º Congreso Argentino de Cirugía

Juan Pekolj

Autoridades presentes de la Asociación Argentina de Cirugía, de las Sociedades que nos acompañan en este Congreso, del Hospital Italiano de Buenos Aires y de San Justo, Consocios, Señoras, Señores, Amigos y Familia:

Muy buenas tardes. Tengo que presentar e inaugurar el 85º Congreso Argentino de Cirugía, y aquellos que el año pasado estuvieron en la ceremonia de Clausura del 84º Congreso de Cirugía seguramente se sorprendieron con el anticipo que hicimos con el Comité Congreso mediante un video que tenía música de Bon Jovi con sugerencias y novedades que se desarrollarían en este encuentro.

Agradezco profundamente al Dr. Luis Chiappetta Porras la introducción y la presentación de mi persona, en la que mostró algunas cualidades de mi accionar que tendrán reflejo en esta presentación y en el Congreso.

Quiero agradecer a los distintos Capítulos de la AAC que colaboraron para desarrollar este Congreso. El ser Capítulo les permitió designar a distintos cirujanos de la región para algunas actividades, por ejemplo las sesiones de videodiscusiones. Las becas destinadas a médicos residentes las adjudicaron –según méritos– también los Capítulos. Creemos que contar con los Capítulos de nuestra Asociación es la mejor forma de estar en contacto, conocer cuáles son las realidades y necesidades de cada región y ayudar a vehicular las posibles soluciones.

El Congreso no lo organiza una persona, sino un Comité y una Institución. Por ello mi reconocimiento al Comité Congreso, integrado por la Srta. Ornela Normano como Secretaria, el Dr. Alejandro de la Torre como Vicepresidente, el Dr. Carlos Canullán como Secretario General, los Dres. Juan Manuel Fernández Vila, Martín Palavecino, Rodrigo Sánchez Clariá y Jorge Huerta como Secretarios; a los colaboradores, las Dras. Victoria Ardiles y Carina Sequeira, y los Dres. Enrique Pirchi, Carlos Raffa, Martín de Santibañes, y a los Dres. Carlos Lazzarino, Sebastián Martorell y Victoria Santa María, representantes de la AAMRCG. En total fuimos 16 miembros que concurrimos a reuniones semanales.

Mi agradecimiento al equipo de la AAC constituido por la Sra. María Inés Boquete, el Dr. Martín Mihura y el Dr. José Tortosa, que nos permitieron trabajar muy cómodos y aportaron toda su experiencia obtenida en acontecimientos previos.

A todas las Secretarías de la Asociación, Claudia, Sandra, María Cristina, Natalia, Belén, Mariela y Florencia, por su aporte de ideas y trabajo personal para el Congreso. A Martín Cantero a cargo de la asistencia y los avances en los aspectos informáticos, así como a Magalí, Oscar, Liliana y José María por su apoyo en las distintas actividades que implicó organizar este Congreso.

Un especial reconocimiento al Ministerio de Salud de la Nación y al Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de San Juan, que adjudicaron subsi-

FIGURA 1



Características del logo del 85º Congreso Argentino de Cirugía

dios para ayudar al desarrollo de este encuentro científico, en un año muy complejo desde el punto de vista económico.

Los auspiciantes o *sponsors* de este Congreso merecen también un particular agradecimiento. Ellos comprendieron las dificultades económicas que deberíamos enfrentar y la importancia para todos de estas clásicas jornadas científicas de la Cirugía Argentina. Nuestro reconocimiento y gratitud por su apoyo incondicional.

Me referiré a algunos aspectos de la imagen y el logo de este Congreso (Fig.1). ¡Cambiamos el color! Usamos el verde, ya que es un color que nos lleva para arriba en el accionar y es lo que necesitamos en un evento intenso como este. Coincide con el color verde que muchos utilizamos en los quirófanos, aunque allí el objetivo es disimular las gotas de sangre, que se destacan intensamente en un fondo blanco. Pueden observar que hay 6 líneas de colores distintos en el logo. Pero no tienen nada que ver con un arcoíris, ya que el tema central de este Congreso son las complicaciones de la cirugía: esos colores representan lo que ninguno de nosotros quiere ver en los drenajes que dejamos luego de una cirugía: rojo (sangre), blanco (pus y quilo), amarillo (orina y bilis), verde (bilis), marrón (contenido intestinal). ¿Y el azul? Ese color representa al azul de metileno que damos por vía oral tratando de confirmar una dehiscencia anastomótica, o una fístula enterocutánea posoperatoria.

Si ustedes observan, no hay paisajes ni monumentos en la iconografía del Congreso, sino la flor del ceibo. Buscamos algún símbolo u objeto que nos fuera común a todos, independientemente de donde vivamos, y por ello elegimos la flor nacional. Todos recordamos la leyenda de Anahí, la aborígena que fuera atada a un árbol y luego quemada por los conquistadores españoles, como castigo por haber asesinado a un soldado que quiso someterla. Para sorpresa de los soldados, al día siguiente el árbol incendiado estaba lleno de flores de un color rojo vivo e intenso. De allí que se dice que el ceibo es el símbolo de la valentía y la fortaleza; para mí, la inflorescencia del ceibo representa hoy a nuestra Asociación, y cada flor equivale a cada uno de los actuales y de los próximos 24 Capítulos de la AAC.

Este año sucedió algo muy interesante en la Asociación Argentina de Médicos Residentes de Cirugía General (AAMRCG). Inicialmente concurren como invitados al Comité Congreso, pero decidimos que formen parte estable y fija de este Comité. A su vez, también la AAMRCG fue incorporada como Capítulo y así ya están incluidos en la estructura de la Asociación.

Respecto del tema principal del Congreso, ¿por qué elegimos las complicaciones de la cirugía? ¡Porque todo aquel que opera las enfrenta día a día! No tiene complicaciones quien no opera o quien no las reconoce. Hoy escuchamos al Dr. Carlos Pellegrini en su conferencia sobre NSQIP, cuando se refirió a la calidad en cirugía y remarcó que los índices de complicaciones

son claros indicadores de nuestras prestaciones. Todos manejamos la clasificación de Clavien-Dindo para referirnos a la severidad de las complicaciones y hoy tenemos el honor de contar en este congreso con el Dr. Clavien, que se referirá a ese y otros asuntos relacionados con el tema seleccionado. Hay muchos libros escritos sobre complicaciones, pero uno en especial que a mí me gusta y que combina ciencia con humor. Sus autores son Moshe Schein y Danny Rosin, referentes en este tema. Hoy el Dr. Rosin está también con nosotros para comunicarnos su experiencia en el tema. Es decir que tenemos varios referentes mundiales en lo que a complicaciones se refiere. El informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos abrió los ojos de toda la comunidad con respecto al error en medicina. La teoría del error del sistema se resume en lo que se denomina la "teoría del queso suizo", y para discutir el error en cirugía hemos organizado el Simposio Queso Gruyere.

Las novedades en este congreso son varias: A) Luego de una prueba piloto del año pasado, hoy tenemos el programa como aplicación para teléfonos inteligentes, y forma parte del objetivo para este y los próximos congresos ir migrando progresivamente del formato papel al formato digital. B) En la página web del Congreso están disponibles, en formato pdf, 20 algoritmos para el manejo de las complicaciones posoperatorias más frecuentes, y son el complemento del libro *Complicaciones de la cirugía. Cómo manejarlas*. C) Concurriendo a los diversos *stands* del área comercial, podrán cambiar un *voucher* que tienen en su maletín del congreso por un ejemplar de dicho libro, que cada uno de ustedes recibirá sin cargo. Es una obra de 680 páginas y representa la actualización del Relato llevado a cabo por nosotros en el año 2003 sobre complicaciones de la cirugía abdominal. El libro es un emprendimiento del Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires, de la editorial de dicho hospital, y contó con el soporte y autorización de la Asociación Argentina de Cirugía. D) Tendremos dos sesiones nuevas de videos: los videos sin fin y los videos a la carta. Estas sesiones nos permitirán volver a disfrutar una sesión completa de videos en horarios definidos fuera de la sesión original, o ver un video determinado. De esta manera podremos tener acceso a videos que, por superposición con otras actividades, no pudimos ver.

Con respecto a las actividades sociales, representan para nosotros un objetivo importante de este Congreso. ¡Nos importa mucho lo que pasa fuera del Sheraton! Por ello los invito a participar en dos eventos sociales como son el After office con los profesores y la Cena de Clausura del Congreso. Las actividades sociales unen a la ciencia. La ciencia sin lo social puede llegar a ser aburrida. En esta era digital, los congresos científicos presenciales siguen existiendo, principalmente por el desarrollo de las actividades sociales que hacen más ameno el accionar científico, que permiten crear lazos de amistad y conocer personalmente a nuevos colegas. El tema que elegí para desarrollar en este discurso es

“Las amistades que nos da la cirugía”. Se preguntarán seguramente qué correlación puede existir entre ellas y la importancia del tema. Les hablaré de una historia, una vivencia, donde muestro la correlación entre ambas.

Las decisiones que cada uno de nosotros toma tienen estrecha relación con la generación a la que pertenece. Los cirujanos activos presentes hoy aquí correspondemos principalmente a alguna de estas tres generaciones: los *baby boomers*, la generación X y la Generación Y (Fig. 2).

Así vemos que los *baby boomers* somos tolerantes y emprendedores, pero nos cuesta el manejo de las nuevas tecnologías y adaptarnos a los cambios. ¿Por qué remarco esto? Porque la cirugía que nos tocó desarrollar y de cuya evolución fuimos partícipes nos condicionó una serie de problemas. Aunque cirugía es mucho más que operar, el acto operatorio domina el mundo quirúrgico. Cuando surgió la cirugía laparoscópica como una nueva técnica, comenzó y se desarrolló en forma errática, en centros no universitarios, que no eran necesariamente de referencia, con mensajes difíciles de interpretar basados en conceptos nuevos en contraposición a conceptos clásicos. Aprender esta técnica nos llevó a movilizarnos y comenzar un largo recorrido en busca de los nuevos conocimientos. Aquí me permito rendir mi reconocimiento a los primeros cursos complejos de Cirugía laparoscópica con cirugía en vivo a los que asistí en Bahía Blanca. Allí comprendí que la cirugía laparoscópica vino para quedarse y me embarqué en su aprendizaje, ejercicio y desarrollo. Las experiencias compartidas con el Dr. Mario Antozzi y su grupo nos marcaron a muchos de los hoy aquí presentes, y nos permitieron conocer a cirujanos de diferentes partes del país y del mundo, y comenzar a crear así una red de contactos con colegas, generando amistades y desarrollando un medio de consultas permanentes. Todo este desarrollo fue vertiginoso y por momentos anárquico, y creó la necesidad de que alguien se encargara de dirigir y normatizar el proceso. Entonces nació, como respuesta de la AAC, la Comisión de Cirugía Videoscópica, que rápidamente implementó la primera reunión de Consenso en relación con el Aprendizaje en Cirugía Laparoscópica en el año 1996. Vaya aquí mi homenaje y reconocimiento a este primer grupo de cirujanos expertos y colaboradores que se ocuparon y preocuparon del tema.

Este movimiento, que empezó como esfuerzos dispersos, rápidamente creó la red que contuvo y comunicó a todos los cirujanos del país, y entonces sucedió algo que es el núcleo de mi disertación. Una nueva cirugía nos llevó a desarrollar nuevas amistades, y a su vez estas nuevas amistades nos llevaron a desarrollar la nueva cirugía. ¡Una verdadera retroalimentación entre ambas! Cuando comenzó la cirugía laparoscópica partimos de nivel 0, nadie era profesor, sí teníamos referentes y pioneros entre nosotros. Eso nos llevó a intercambiar experiencias, conocimientos, detalles técnicos en forma desinteresada. En los inicios de la cirugía lapa-

FIGURA 2

Generación	Baby Boomers	Generación X	Generación Y
Años de nacimiento	1946-1964	1965-1979	1980-2000
TOLERANCIA	+++++	++++	+++
MULTITAREAS	+++	++++	+++++
CREATIVIDAD	+++	++++	+++++
ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS	++++	++++	+++++
EMPRENDEDOR	++	++++	+++++
MANEJO DE TECNOLOGÍA	++	++++	+++++

roscópica debimos pararnos frente a los “patrones de la cirugía”. Muchos no creyeron en la cirugía laparoscópica y eso llevó al retraso de su desarrollo y aceptación. Debimos implementar procedimientos nuevos para ese abordaje, por ejemplo la exploración transcística de la vía biliar. Hubo que demostrar sus ventajas, normatizar su aprendizaje y acreditar la formación del cirujano. Todos estos temas fueron responsabilidades asimiladas por la entonces Comisión de Cirugía Videoscópica de la AAC, a través de las distintas actividades que organizó. Hoy todos contamos con colecciones de fotografías de aquellas épocas con los nuevos amigos, los nuevos referentes y los nuevos jefes, como pueden ser en mi caso los Dres. Eubanks, Ratner y Sopper presentes hoy aquí no por casualidad sino por causalidad.

Simultáneamente, múltiples grupos comenzamos a organizar cursos de entrenamiento, utilizando las unidades de medicina experimental que con el tiempo se convirtieron en verdaderos Centros de Entrenamiento y Simulación.

También debimos relacionarnos con otras sociedades, como fueron ALACE (Asociación Latino Americana de Cirugía Endoscópica), FELAC (Federación Latino Americana de Cirugía), SAGES (Sociedad de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos Americanos) y EAES (*European Association of Endoscopic Surgery*), con el fin de compartir experiencias, conocimientos, y contar con el soporte de expertos de todo el mundo. Así fue el desarrollo de la cirugía laparoscópica que nos tocó vivir y sentir a muchos de los presentes. Hoy está consolidada, se presta a poca discusión y ya no es novedad el abordaje como tal, aunque permanentemente surgen refinamientos de las técnicas y de la tecnología que se emplea.

¿Cuál es el nuevo desafío para los cirujanos jóvenes? ¿Qué pueden incorporar a su práctica asistencial como nueva herramienta? ¿Cuál es el nuevo nicho de mercado para ellos?

Las patologías que se seguirán manejando se-

rán las quirúrgicas, con una guía de imágenes distintas, y eso es lo que denominamos Cirugía Endoscópica Endoluminal.

Los cirujanos debemos comenzar haciendo un “mea culpa” en cuanto al poco interés que le prestamos a este abordaje. En la discusión de una publicación en *Annals of Surgery* de 2013 sobre lesiones de vía biliar, el Dr. Polk —en referencia a la importancia del abordaje endoscópico para el manejo de dicha complicación— dijo que “debemos aceptar que nadie nos robó este acceso, simplemente lo dejamos ir”. Por eso, el desafío para las generaciones de cirujanos actuales será involucrarse en estos procedimientos.

El Dr. Claudio Navarrete de Chile, conocido por todos nosotros, es un cirujano referente y pionero mundial en cirugía endoscópica endoluminal. Quiero en este momento rendirle un reconocimiento y agradecimiento a él por todo su empeño y predisposición para formar cirujanos de nuestro país y de todo el mundo en estas técnicas miniinvasivas. En una diapositiva que él me facilitó se pregunta: ¿En cuáles de los siguientes procedimientos endoscópicos de aplicación actual y rutinaria, estuvieron involucrados los cirujanos en su diseño y desarrollo? Enuncia: ¿Colonoscopia, control de hemorragias digestivas, polipectomías, colangiografía retrógrada, gastrostomía endoscópica, tratamiento endoscópico de várices, colocación de prótesis biliares? La respuesta es contundente: TODOS. Es decir que hasta razones históricas justifican que los cirujanos estemos involucrados en estas prácticas.

Debemos entender que el hecho de que los cirujanos hagamos procedimientos endoscópicos endoluminales no responde a un capricho personal, ni de la AAC: es simplemente una realidad mundial.

“Yo creo que los cirujanos deben considerarse perfectamente calificados para realizar intervenciones, incluso aquellas realizadas con endoscopios, a través de orificios naturales o abordajes percutáneos.” Esta frase no es de mi autoría aunque la comparto en su totalidad, sino que es parte del contenido del discurso del Dr. Carlos Pellegrini al momento de asumir la Presidencia del *American College of Surgeons* en el año 2013. En ese mensaje se refiere a la disolución de las barreras entre las distintas especialidades de la medicina, a la desaparición de compartimentos estancos que separan una especialidad de la otra. Ya en el año 1997 los Dres. Gadalniuk y Polk hacen referencia a ese fenómeno en su publicación “Dissolution of traditional surgical disciplinary boundaries”, donde describen los distintos roles que los cirujanos iremos asumiendo con el transcurso del tiempo y las especialidades elegidas. Así nos describen como radiólogos, gastroenterólogos, intensivistas, oncólogos, genetistas, economistas, hepatólogos, nefrólogos, endocrinólogos, neumonólogos, trasplantólogos, pero principalmente como guardianes del manejo de la patología quirúrgica.

En otra publicación, en el año 2001, el Dr. Carlos Pellegrini hizo referencia a la importancia del accio-

nar y la cooperación de las diversas sociedades científicas en estas circunstancias. Tomemos como ejemplo a SAGES que, ante el advenimiento de la cirugía laparoscópica, desarrolló un programa de educación denominado FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery). Hoy este programa es requisito de formación en las residencias de Estados Unidos.

En la actualidad, SAGES desarrolló otro programa denominado FES (Fundamentals of Endoscopic Surgery), que tiene como objetivo el aprendizaje de los procedimientos endoscópicos. Es un programa con evaluación del conocimiento y las habilidades en endoscopia flexible gastrointestinal. Involucra en el proceso de validación a cirujanos generales, cirujanos coloproctólogos y gastroenterólogos. La teoría consiste en material didáctico disponible en la plataforma específica en la página web, con modelos de simulación. La evaluación consiste en un examen con respuestas múltiples, y la medición de habilidades “hands on” durante los distintos acontecimientos científicos de la sociedad.

Está contemplado que, a partir del año 2017, un cirujano para ser certificado por el *American Board of Surgery*, deberá acreditar tener aprobado el FES. Es decir que existe una “política de Estado”, y ello lleva a que las residencias deberán adecuar su currículo.

¿Qué ha hecho al respecto la Asociación Argentina de Cirugía? Desde el año 2013, a través del Comité de Cirugía Videoendoscópica y Miniinvasiva se abordó el tema y se organizaron diferentes actividades docentes como: un Curso Anual de Endoscopia, tres sesiones “hands on” de Cirugía Endoscópica, un Curso Precongreso “hands on” de Endoscopia y un Curso intracongreso denominado “Endoscopia para Cirujanos, por Cirujanos”. En el año 2014 desarrolló las mismas actividades pero elevando la complejidad del curso anual al referirse a Endoscopia Terapéutica.

Con respecto al desarrollo de estas actividades quiero agradecer personalmente a los Dres. Luis Caro, Cecilio Cerisoli y a todo el personal de Gedyt por su dedicación y predisposición para organizar, trabajar y colaborar en estas actividades, dando un ejemplo claro de lo que se logra con la sinergia y la inteligencia colectiva más allá de qué especialidad ejerza cada uno. Hago extensivo el agradecimiento a los Dres. Carlos Macías Gómez y Federico Marcaccio del Servicio de Gastroenterología del Hospital Italiano por su colaboración en tales actividades. Estos son claros ejemplos de que podemos aliarnos y no pelearnos.

El Comité de Cirugía Videoendoscópica y Miniinvasiva también ha creado una Subcomisión de Cirugía Endoscópica Endoluminal, con el fin de coordinar y profundizar estas actividades, normatizar el aprendizaje, así como nuclear y convocar a cirujanos con experiencia en el tema e interés de participar en las actividades.

El año 2015 será para la AAC un año bisagra en este tema, ya que uno de los Relatos Oficiales del 86º Congreso Argentino de Cirugía será “Endoscopia flexible para cirujanos. ¿Un nuevo desafío?” y estará a cargo

de tres cirujanos con experiencia en el tema, los Dres. Baron Buxhoeveden, José Nápoli y Juan Patrón Uriburu. ¿Qué hará en el futuro al respecto la AAC? Deberá definir y defender las competencias de los cirujanos, bregar por una adecuada formación de los cirujanos en estas técnicas y defender el pago de las prácticas realizadas. Trabaja en colaboración con las Sociedades y colegas que estén interesados en el proyecto y realizar las gestiones correspondientes ante el Ministerio de Salud de la Nación.

¿Qué puedo proponerles a los cirujanos que se involucren en este nuevo desafío? Usen la fórmula que a nosotros nos dio grandes resultados: desarrollen amistades a través de la cirugía, que ellas los ayudarán seguramente a desarrollar estos nuevos procedimientos.

Las dos generaciones que se moverán en el desarrollo de estos procedimientos son distintas de los "baby boomers" (Fig. 2). La generación X se entiende muy bien con la tecnología, se adapta muy bien a los cambios; sus integrantes son multitareas y menos tolerantes que los "baby boomers". La generación Y viene con todo. Son multitareas y creativos, se adaptan a los cambios, son emprendedores y se entienden con la tecnología. Estas características son la garantía de que podrán llevarlos adelante.

En el país ya hay muchos cirujanos que realizan procedimientos endoscópicos endoluminales y estoy seguro de que ayudarán y apoyarán al desarrollo de este nuevo proyecto.

¿Qué les podemos aportar los "baby boomers" como apoyo para este proyecto? Tenemos el "know how" para manejarnos en estas situaciones. Y sirvan como ejemplo algunas situaciones en las que debimos actuar. En un momento resultó tema de discusión con los radiólogos, si los cirujanos podíamos y debíamos hacer la ecografía intraoperatoria o usarla como guía para procedimientos quirúrgicos. ¡Hoy es un tema que ya no se discute! La ecografía es un instrumento más que utiliza el cirujano en su práctica diaria independientemente de la especialidad que desarrolle. De igual manera sucedió con los procedimientos percutáneos, principalmente los abdominales. En la actualidad muchos de los cirujanos jóvenes en nuestro país emplean estos procedimientos en su práctica diaria. Y con la cirugía laparoscópica sucedió algo similar.

¿Qué nos queda por hacer entonces? Similar a lo que hicimos con el desarrollo de la cirugía laparoscópica. Tendremos que pararnos frente a "los patrones" y usar las estrategias necesarias para aliarnos y no pelearnos. Debemos desarrollar nuevos procedimientos y definir sus indicaciones y remarcar sus ventajas ante las opciones terapéuticas actuales. La AAC nuevamente tendrá un papel protagónico para normatizar su aprendizaje y acreditar la formación de los cirujanos.

También debemos asumir que seguramente habrá resistencia y oposición a este pensamiento, por parte de otras Sociedades o colegas. A propósito de realizar este año un curso "hands on" de endoscopia

flexible para cirujanos, dos sociedades no quirúrgicas trataron de impedir su desarrollo enviando cartas muy duras a los organizadores y directores del curso. Rápidamente la Comisión Directiva de la AAC expresó su apoyo incondicional a los organizadores y directores. El Curso se desarrolló con absoluta normalidad y se cumplieron todas las actividades programadas. Me permitire reproducir algunos conceptos vertidos en dicha carta: "Como cirujanos entendemos también, que la endoscopia es una práctica invasiva y que el endoscopio flexible es un instrumento más de todo nuestro arsenal terapéutico equivalente al laparoscopio, mediastinoscopio, etc.". (...) "Un cirujano moderno emplea para su accionar el bisturí clásico, el laparoscopio, la ecografía, agujas, catéteres, alambres guías, etc. ¿Por qué no habría de emplear un endoscopio flexible habiendo recibido un entrenamiento y formación para su aplicación?". "Es decir que el tema de discusión ha dejado de ser quién lo hace, ya que la respuesta es que lo debe hacer quien lo sabe hacer bien, independientemente de la especialidad básica que tenga". "El tema a discutir en las diversas Sociedades es cómo formar los recursos humanos" (...) "por ello la Asociación Argentina de Cirugía pregona que el cirujano actual esté bien formado en los diversos abordajes para la patología que maneja, y busca definir claramente sus competencias".

Como mensaje final respecto de nuestra postura en este tema, creo que una frase de Albert Einstein es muy apropiada: "Nosotros pensamos diferente porque lo que puede ser imposible para otros puede ser posible para nosotros" (Diapositiva gentileza del Dr. Claudio Navarrete). Y este pensamiento lo refuerzo con dos frases que uso ante las adversidades: "Impossible is nothing" y "Just do it".

Dejé para el final mis agradecimientos a nivel personal. En primer lugar, quiero agradecer a mi familia y a mis padres, ambos inmigrantes que me enseñaron lo que es la honestidad, el sacrificio, la superación, la voluntad y el agradecimiento. A la Universidad Nacional de Cuyo que me formó como médico y a la que llevo permanentemente en mi corazón. A mi mejor amigo de esos momentos estudiantiles, el Dr. Jorge Mera, hoy aquí presente como disertante especialista en infectología radicado en Estados Unidos. Al Hospital Italiano de Buenos Aires, que desde hace 30 años me alberga y me formó como cirujano y permitió desarrollar todos los proyectos que llegué a presentar a la conducción. Un agradecimiento al Dr. Enrique Beveraggi, que fue quien me entrevistó al momento de presentarme para un puesto en la residencia y me eligió para ocupar una de las posiciones. Mi agradecimiento al grupo de trasplante hepático liderado por el Dr. Eduardo de Santibañes, quien es mi mentor. En cirugía hepatobiliar (HPB) soy lo que soy, mucho por lo que aprendí de él. Desarrollamos juntos el primer *fellowship* de la especialidad en el país, otros muchos proyectos juntos, y sufrimos situaciones de orden personal también juntos. Hoy seguimos firmes juntos. En ese mismo grupo agradezco

todo lo que me enseñaron a los Dres. Jorge Sívori, Miguel Ciardullo y al Dr. Juan Matera, compañero, amigo y consejero. Una mención a los cuatro jefes de Servicio que tuve: los Dres. Enrique Beveraggi, Fernando Bonadeo, Enrique Sívori y Eduardo de Santibañes. A los jóvenes "HPB" del Servicio, un gran soporte para mi accionar, los Dres. Oscar Mazza, Rodrigo Sánchez Clariá y Martín de Santibañes, con quienes nos queda todavía un largo camino para recorrer y para desarrollar a pleno la cirugía HPB por vía laparoscópica. En el Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano, quiero agradecer a todos sus cirujanos cuanto me enseñaron en estos años compartidos. A los residentes y *fellows* por ser un motor que nos lleva a mantenernos activos, actualizados y vitales. A Cecilia, mi secretaria administrativa, por su dedicación, consejos y contención. A mis cuatro instrumentadoras en los diversos momentos de mi accionar quirúrgico, que fueron Griselda, Nadia, Luciana, y ahora Romina por su asistencia y apoyo permanente. También quiero agradecer al Hospital Italiano de San Justo y en especial al Ingeniero Ciocarelli y su actual director el Dr. Esteban Langlois, quienes me permitieron desarrollar otra faceta que disfruto profundamente: la docencia a jóvenes y el desarrollo de un Centro de En-

trenamiento de Cirugía Miniinvasiva. Dos discípulos y amigos, los Dres. Guillermo Arbúes y Martín Palavecino, son los principales artífices de los logros allí obtenidos.

Dicen que los dedos de una mano alcanzan para numerar los reales amigos. Quiero mencionar aquí a dos amigos de la vida que nada tienen que ver con la profesión que ejercemos cada uno, como son Ciril y Carlos. Con ellos compartimos muchos momentos de suma importancia familiar y personal, o simples como los cotidianos de los reales amigos. Otro amigo es el Dr. Steve Eubanks, sin duda el mejor amigo que me dio la cirugía laparoscópica hace 20 años. De él también aprendí mucho de lo que hoy sé y hago.

Menciono a Tatiana, Ivana y Milenka, mis tres hijas, que son mis anclas en la vida y motor para hacer todo lo que hago día a día. Para ustedes, en las fotos, las tres son iguales, pero en realidad son completamente diferentes. Cada una con su ángel, virtudes y logros, todo lo que me hace sentir orgulloso de las hijas que tengo.

Finalmente quiero decirle muchas gracias a Tatiana Husulack, con quien compartimos nuestra vida desde hace un año, y que me mostró que la vida da otra oportunidad.

De esta manera doy por inaugurado el 85° Congreso Argentino de Cirugía. ¡A disfrutarlo!