

Absceso hepático amebiano complicado con rotura a la cavidad pleural derecha*

Cor. M.C. Mariana Aragón-Flores,¹ Tte. Cor. M.C. Claudia Esther Rodríguez-Montes,²
Tte. Cor. M.C. Salvador Amézquita-Pérez,³ Mayor M.C. Marco Antonio Loera-Torres⁴

Hospital Central Militar

RESUMEN

El absceso hepático amebiano representa una enfermedad frecuente en países tropicales y subtropicales, en vías de desarrollo y en inmigrantes en Europa y Estados Unidos. Se asocia con malas condiciones higiénicas y con un nivel socioeconómico bajo. La rotura intrapleural y el absceso subfrénico son complicaciones poco frecuentes, aun en países endémicos. Comunicamos el caso de un hombre de 83 años de edad con absceso hepático amebiano complicado con rotura a la cavidad pleural derecha, choque séptico irreversible y muerte.

Palabras clave: absceso, hepático, amebiano, complicación, rotura, intrapleural.

Amebic hepatic abscess complicated with rupture to right pleural cavity

SUMMARY

Amebic liver abscess is a common disease in tropical and subtropical countries, developing countries and in immigrants in Europe and the United States. It is associated with poor hygienic conditions and low socioeconomic status. However, intrapleural rupture and subphrenic abscess are rare complications, even in endemic countries. We report the case of an 83-year-old male with amebic liver abscess complicated with ruptured right pleural cavity, irreversible septic shock and death.

Key words: abscess, hepatic, amebic, complication, rupture, intrapleural.

Historia clínica

Mayor M.C. Marco Antonio Loera-Torres

Paciente masculino de 83 años de edad, que ingresó al servicio de Urgencias del Hospital Central Militar en malas condiciones generales, con vómito, dificultad respiratoria, dolor abdominal de 24 horas de evolución y pérdida de peso de 10 kg en el último mes, sin antecedentes médicos o quirúrgicos conocidos.

En la exploración física se encontró alerta, consciente, con presión arterial de 105/64 mmHg, frecuencia cardíaca de 101 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 ventilaciones por minuto y temperatura de 36.2°C. El paciente estaba deshidratado, sin ictericia, con aumento de volumen en la cara lateral derecha del cuello, provocada por una masa sólida, firme, no dolorosa y fija de 9 cm de diámetro mayor, localizada sobre el borde lateral del músculo esternocleidomastoideo derecho. Los campos pulmonares con murmullo

ventilatorio abolido en el hemitórax derecho, con aumento de la transmisión de la voz, estertores basales izquierdos, sin sibilancias. Los ruidos cardíacos rítmicos, con taquicardia y sin soplos. El abdomen distendido, sin cicatrices ni circulación colateral, con dolor a la palpación media y profunda del hemiabdomen derecho, con ruidos intestinales abolidos, sin irritación peritoneal ni edema de las extremidades.

Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis: 27,800/mm³, neutrofilia: 25,400/mm³, hemoglobina: 11.6 g/dL, hematócrito: 35.3%, plaquetas: 141,000/mm³, bilirrubinas totales: 0.61 mg/dL, ALT: 21 mU/mL, AST: 23 mU/mL, ALP: 529 mU/mL, glucosa sérica: 229 mg/dL, creatinina: 2.27 mg/dL, urea: 62.1, BUN: 29, INR: 1.3, TTP: 25.2", TP: 17.5", Na: 130.6 mEq/L, K: 3.8 mEq/L, Cl: 95.3 mEq/L. Gases arteriales con pH: 7.34, HCO₃: 14.6 mEq/L, CO₂: 27 mEq/L, BE: -11.2 mEq/L, lactato: 2.7 mg/dL. Examen general de orina con cuerpos cetónicos positivos, glucosa: 250 mg/dL,

* Sesión clínico-patológica del Hospital Central Militar, 22 de marzo de 2014, Hospital Central Militar, Ciudad de México.

Recibido: Enero 1, 2015

Aceptado: Febrero 27, 2015

sin nitritos, ni bacterias. Clasificación APACHE: 18 puntos. Se indicaron estudios de ultrasonido cervical y tomografía computada de cuello, tórax y abdomen con contraste intravenoso.

Comentario radiológico

Tte. Cor. M.C. Salvador Amézquita-Pérez

Se realizó ultrasonido en escala de grises, de hemicuello derecho (*Figura 1A*), en el que se observó, en localización lateral a la arteria carótida común y vena yugular interna, anterior al músculo esternocleidomastoideo (flecha) una imagen heterogénea, de predominio hipoeoico, con múltiples ecos en su interior, con artefacto en cola de cometa, bien delimitada, con dimensiones en corte longitudinal de 6.5 x 1.4 cm (*Figura 1B*), sin flujo doppler.

En corte axial cervical (*Figura 1C*), la tomografía mostró una masa de contenido líquido (asterisco), localizada por detrás de la glándula submandibular derecha y en corte coronal (*Figura 1D*) desplazamiento de la vena yugular interna derecha sin obliteración de la misma (asterisco).

La tomografía de tórax, en corte axial, coronal y ventana para mediastino, mostró opacidad en la base pulmonar derecha, con signo de la silueta positivo con el perfil derecho del corazón y con el diafragma ipsilateral, con obliteración del ángulo costodiafragmático derecho (*Figura 2A y B*) con nivel líquido en 50% del hemitórax ipsolateral. En la ventana para parénquima pulmonar (*Figura 2C*) se encontró hipodensidad generalizada con distorsión de su arquitectura.

El estudio tomográfico de abdomen, en fase simple (*Figura 3A*) y contrastada intravenosa (*Figura 3B*), mostró

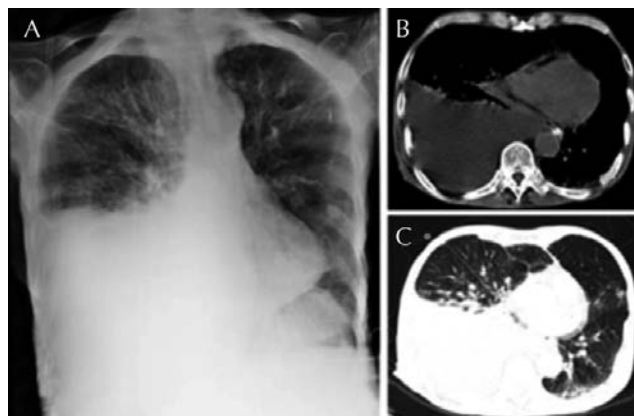


Figura 2. Tomografía de tórax en fase simple con ventana pulmonar y paramediastino.

una lesión heterogénea, hipodensa, localizada en el segmento VII y VIII, bien delimitada, con pared gruesa, reforzamiento periférico y solución de continuidad en su pared superior y hacia el hemidiafragma adyacente (flechas), demostrado en los cortes coronales (*Figura 3C*) y sagitales (*Figura 3D*).

Además, se encontró dilatación de los conductos biliares intrahepáticos (flecha, *Figura 4A*), al colédoco con defecto de llenado en su porción intrapancreática (flechas), visualizado en corte axial (*Figura 4B*) y coronal (*Figura 4C*).

Los hallazgos de imagen demostraron absceso hepático roto a la cavidad pleural derecha con derrame pleural ipsolateral de 50%, imágenes sugerentes de probable coledocolitiasis *versus* neoplasia de la vía biliar y quiste del segundo arco branquial.¹⁻⁴

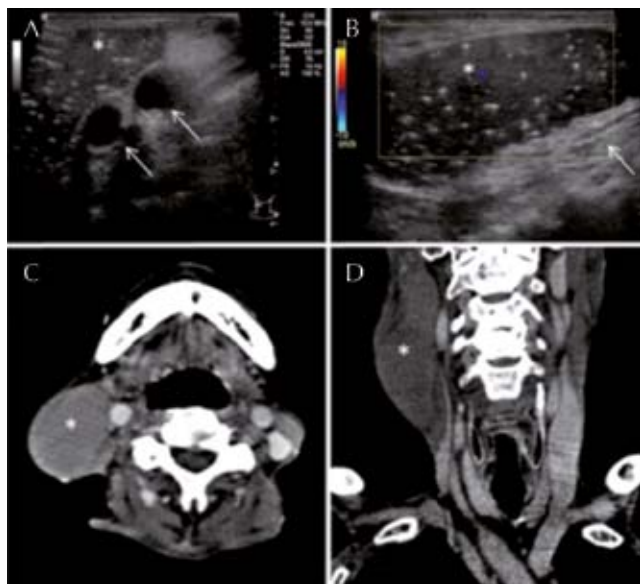


Figura 1. Estudio ecográfico y tomográfico de cuello.

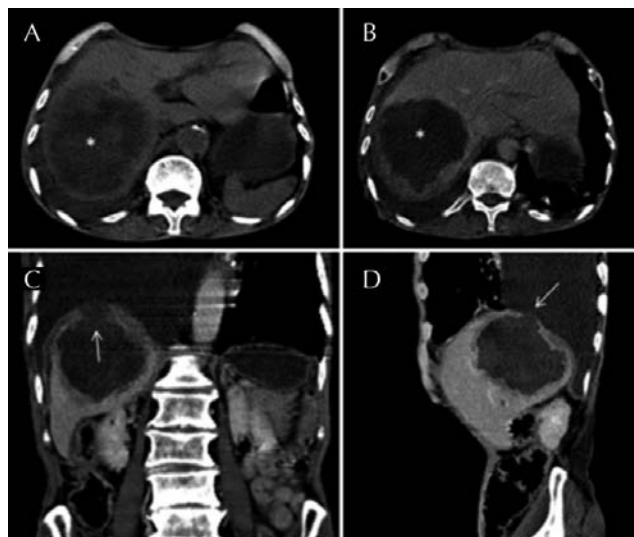


Figura 3. Tomografía abdominal en corte axial, coronal y sagital.



Figura 4. Imagen tomográfica que muestra dilatación de la vía biliar.

Continuación de la historia clínica

Mayor M.C. Marco Antonio Loera-Torres

Con base en la historia clínica y los hallazgos de imagen se estableció el diagnóstico de absceso hepático roto a la cavidad pleural derecha, empiema de 50%, derrame subfrénico y sepsis.

El paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos. Se instaló sonda pleural derecha y se realizó drenaje percutáneo del absceso. La sonda pleural drenó 900 mL de líquido purulento, de color salmón y el drenaje percutáneo drenó 410 mL de líquido de las mismas características. Se trató, además, con oxígeno suplementario, mascarilla facial, catéter venoso central, aminos vasoactivos, sonda urinaria, monitoreo continuo y doble esquema antibiótico con meropenem y metronidazol. Durante su segundo día en la Unidad de Cuidados Críticos, evolucionó hacia la hipotensión resistente a aminos vasoactivos, oliguria y salida de “pozos de café” a través de la sonda nasogástrica. Se realizó endoscopia digestiva alta urgente que evidenció esofagitis por *Candida* KODS II y gastropatía nodular de cuerpo y antro, sin hemorragia. En las horas siguientes se agregó insuficiencia respiratoria, acidosis metabólica severa y finalmente paro cardiorrespiratorio irreversible y muerte.

Comentario clínico

Mayor M.C. Marco Antonio Loera-Torres

Se trató de un hombre de 83 años de edad, sin antecedentes médicos o quirúrgicos conocidos, con manifestación atípica de absceso hepático amebiano roto y una complicación poco común de rotura a la cavidad pleural derecha.

El absceso hepático amebiano es frecuente en países subdesarrollados y se asocia con condiciones socioeconómicas de pobreza y mala higiene. Es la manifestación extraintestinal más frecuente de la amibiasis, aun en portadores asintomáticos de quistes de *Entamoeba histolytica*.⁵ Su incidencia se desconoce en Latinoamérica; sin embargo, múltiples series de casos en países endémicos reportan incluso 72 casos nuevos en tres años. En el Hospital Central Militar de México se realizó un estudio retrospectivo de cinco años, en el que se encontraron 69 pacientes con absceso hepático amebiano hospitalizados de 1994 a 1999, tratados con metronidazol y cefalosporina más drenaje percutáneo guiado por ultrasonido. En esta serie, los síntomas más frecuentes fueron dolor en el hipocondrio derecho (100%) y fiebre (91.3%), afectando principalmente a hombres (76.8%), con edad promedio de 47 años. Las complicaciones reportadas fueron poco frecuentes. Sólo 2% de los pacientes tuvieron rotura espontánea hacia la cavidad peritoneal y 1% rotura broncopulmonar.⁶ Otras series de nuestro hospital encontraron resultados similares.^{7,8}

Un estudio, realizado por el Departamento de Cirugía de la Universidad de Calcuta, India, encontró en una revisión retrospectiva de 2005 a 2008, 72 casos de absceso hepático amebiano. Las complicaciones reportadas en esta serie fueron más frecuentes que las del estudio mexicano. La rotura pleuropulmonar afectó a 33% de los pacientes, seguida de la rotura intraperitoneal (26%). Otras complicaciones encontradas fueron: ictericia, ascitis y absceso subfrénico.⁹

Los síntomas y signos del paciente que presentamos fueron pérdida de peso de 10 kg en el último mes, candidiasis esofágica, vómito, dolor abdominal de apenas 24 horas de evolución, dificultad respiratoria, abolición de los ruidos respiratorios derechos y la evidencia tomográfica de una lesión ocupativa en el lóbulo hepático derecho, heterogénea, hipodensa, de paredes gruesas e irregulares que se reforzaron con la aplicación del medio de contraste, con solución de continuidad de la pared posterosuperior de la misma con comunicación hacia la cavidad pleural derecha e hidrotórax, que condicionó un agravamiento progresivo, sepsis grave, estado de choque, insuficiencia orgánica múltiple y muerte.

La manifestación atípica del absceso hepático, como de cualquier otra enfermedad infecciosa, es frecuente en los estados de inmunosupresión, condición asociada con edad avanzada, diabetes, insuficiencia renal, infección por virus de inmunodeficiencia adquirida, tratamiento antineoplásico, cáncer, tratamiento con inmunosupresores y trasplante. Los estados de inmunosupresión se distinguen por alteraciones de la inmunidad fagocítica, humoral o celular, que favorecen la aparición de infecciones por oportunistas, enfermedades linfoproliferativas y cáncer. Las complicaciones infecciosas en pacientes inmunosuprimidos implican mortalidad elevada, lo que se agrava por la aparición tardía de signos y síntomas de enfermedad.

El paciente del caso que comunicamos tuvo pérdida de peso de 10 kg en el último mes, lo que sugiere que el padecimiento infeccioso tenía un mes de evolución al momento del ingreso, con un estado proinflamatorio catabólico, subclínico, sin otra manifestación temprana de enfermedad detectable por la familia o por el mismo paciente que motivara la búsqueda de atención médica. Además, se demostró candidiasis esofágica, lo que sugiere un estado de inmunosupresión crónica, aunado a la edad avanzada.

Por lo general, los pacientes con absceso hepático tienen leucocitosis y 80% muestra fosfatasa alcalina elevada.¹⁰ Los estudios de laboratorio del paciente mostraron leucocitosis con neutrofilia y fosfatasa alcalina elevada, con aminotransferasas y bilirrubinas dentro de valores de referencia.

La localización más frecuente es el lóbulo hepático derecho en 74% y se manifiesta como absceso único en 77% de los casos. Según la clasificación de N'Gbesso, se trató de un absceso tipo II.¹⁰

Por el estado grave del paciente y la corta estancia hospitalaria, no se realizaron pruebas serológicas o microscopia fecal. Los dos son estudios importantes en el diagnóstico. En 18% de los casos la microscopia fecal logra identificar amibas en estado de trofozoítos o quistes y 99% tiene anticuerpos positivos, por lo que ambos estudios deben realizarse en estos pacientes. Aunque, de no contar con estos estudios, no debe retrasarse el diagnóstico.¹⁰

El 90% de los pacientes con absceso hepático amebiano tiene curación con monoterapia con metronidazol, a dosis de 500 a 750 mg intravenosos u orales tres veces al día durante 10 días.^{10,11} (Nivel de evidencia clase IV)

El patrón de referencia en el tratamiento es el drenaje percutáneo guiado por imagen, con éxito de, incluso, 87%. Las indicaciones absolutas para el drenaje son persistencia del dolor y fiebre, rotura inminente del absceso, absceso en el lóbulo hepático izquierdo, en mujeres embarazadas, contraindicación para la administración de metronidazol, complicaciones pleuropulmonares y falta de respuesta al tratamiento médico después de 72 horas del mismo.^{10,12} (Recomendación clase D)

La mortalidad por absceso hepático amebiano complicado es de 20% aun con tratamiento, pero se estima que la enfermedad complicada sin tratamiento y en presencia de factores de mal pronóstico es cercana al 100%. Los factores de mal pronóstico son: abscesos múltiples, volumen de la cavidad del absceso >500 cc, elevación del hemidiafragma derecho, derrame pleural, encefalopatía, bilirrubina total >3.5 mg/dL, hemoglobina <8 mg/dL, albúmina sérica <2 g/dL y diabetes mellitus o cualquier otro estado de inmunosupresión.¹⁰ (Nivel de evidencia clase IV).

Comentario de Anatomía Patológica

Los hallazgos relevantes en el estudio de autopsia fueron en la cavidad abdominal, con una lesión hepática localizada

en el lóbulo derecho que, al cortarla, contenía un material espeso marrón amarillento, el quiste medía 8 x 8 x 6.7 cm, de bordes bien definidos, rodeado por fibrosis (*Figura 5*). En los cortes microscópicos esta lesión estaba constituida por una cápsula fibrosa, tejido de granulación, necrosis con detritos celulares e infiltrado inflamatorio mononuclear con numerosos neutrófilos. Se identificaron cercanos a la pared del quiste múltiples formas ameboides (*Figura 6*).



Figura 5. Corte del hígado con lesión ocupativa del lóbulo derecho.

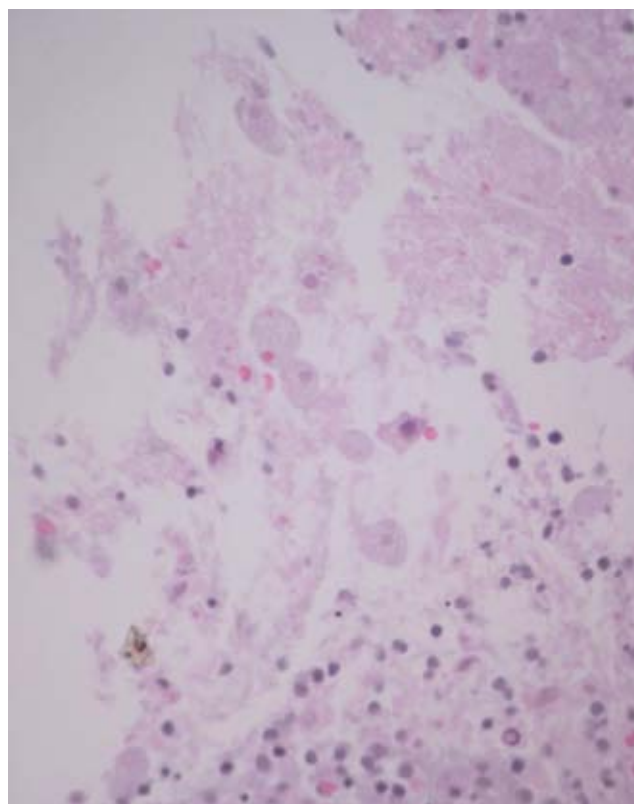


Figura 6. Trofozoítos en la pared del quiste hepático.

La superficie pleural derecha estaba despulida con material de aspecto fibrinopurulento, al corte de los pulmones, el pulmón derecho con zonas congestivas de mayor consistencia (Figura 7). En los cortes microscópicos, en la superficie pleural, había abundante fibrina con infiltrado inflamatorio crónico y agudo, fibrosis subpleural y múltiples trombos recientes, que ocasionaban necrosis isquémica con hemorragia intraalveolar del parénquima pulmonar (Figura 8). Las áreas residuales del pulmón derecho y el parénquima pulmonar izquierdo mostraban enfisema.



Figura 7. Superficie pleural derecha despulida con material de aspecto fibrinopurulento.

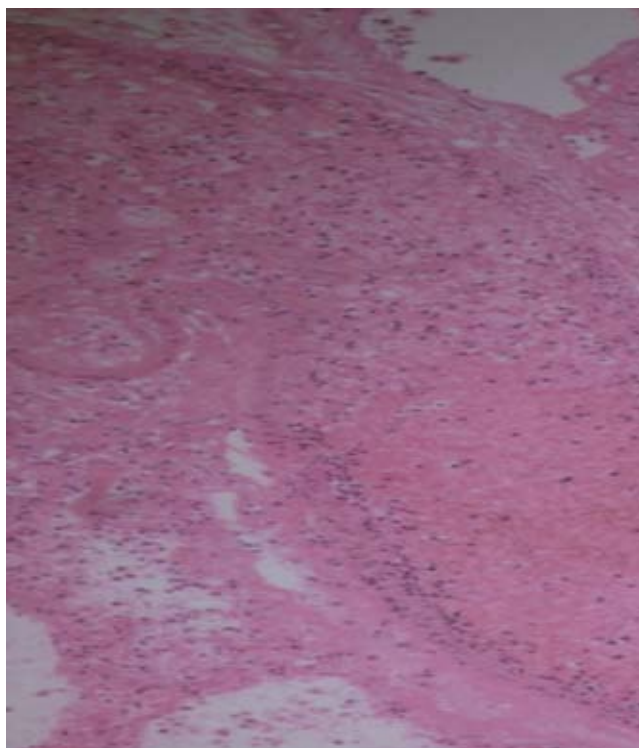


Figura 8. Trombos recientes en el parénquima pulmonar derecho con zonas de necrosis isquémica.

Los demás órganos mostraron los siguientes hallazgos: ampulla de Vater con adenoma de tipo intestinal, quiste del segundo arco branquial derecho, gastritis crónica activa asociada con *Helicobacter pylori*, pielonefritis crónica, cistitis crónica y cambios anatomopatológicos de estado de choque.

Comentario final

El absceso hepático amebiano aparece en menos de 1% de los pacientes con amebiasis intestinal, es 7 a 10 veces más común en hombres que en mujeres, a pesar de que la distribución por sexo de la amebiasis intestinal es aproximadamente igual. Su localización más frecuente es en el lóbulo derecho y como absceso único. La ruta de acceso es a través del sistema porta, por extensión directa o diseminación linfática a partir de la mucosa colónica. El factor de riesgo más importante es la inmunosupresión y condiciones que afecten la inmunidad celular, como extremos de la vida, embarazo, tratamiento prolongado con corticoesteroides, neoplasias y desnutrición. Las complicaciones del absceso hepático varían de 2 a 30% y son: rotura hacia el peritoneo, cavidad pleural o pericardio y compresión de la vía biliar con ictericia obstructiva.¹³⁻¹⁶

Referencias

1. Dusaj IS, Jaiswal A, Chokhani R. Amoebic liver abscess rupturing into the chest: ultrasonographic appearance. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1990;32:243-249.
2. Koeller K, Alamo L, Adair C, Smirniotopoulos J. Congenital cystic masses of the neck: radiologic-pathologic correlation. From the archives of the AFIP. *Radiographics* 1999;19:121-146.
3. Ken J, VanSonnenberg E, Casola G. Perforated amoebic liver abscess: successful percutaneous treatment. *Radiology* 1989;170:195-197.
4. Webb R, Brant W, Major N. Fundamentos de TAC BODY. 3ª ed. Marbán, 2007;222-230.
5. Haque R, Huston CD, Hughes M, et al. Current concepts: Amebiasis. *NEJM* 2003;348:1565-1573.
6. Valadez M, Martínez-López H, Guerra C, Aguilar-Ramírez J. Absceso hepático amebiano: experiencia en los últimos cinco años en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Mil* 2000;54:145-147.
7. Gómez-Maganda S, Torres-Valadez F, Aguilar-Ramírez J. Absceso hepático amebiano. Experiencia durante los últimos cinco años en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Mil* 1985;43:157-159.
8. Aguilar-Ramírez J, Villegas C, Reyes-Dorantes A, Quintana J. Absceso hepático amebiano. *Rev Sanid Mil* 1987;43:269-271.
9. Mukhopadhyay M, Kumar A, Sarkar A. Amoebic liver abscess: presentation and complications. *Indian J Surg* 2010;72:37-41.
10. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano no complicado. México: Secretaría de Salud, 2014.
11. Ugajin T, Miyatani H, Watanabe Y, Nishida J, Yoshida Y. Pictures in clinical medicine. Perforated amoebic huge liver abscess successfully treated with metronidazole. *Intern Med* 2008;47:879-880.
12. Meng XY. Perforated amoebic liver abscess: clinical analysis of 110 cases. *South Med J* 1994;87:985-990.
13. Kumate J, Muñoz O. Manual de Infectología Clínica. Decimosexta edición. Méndez Editores, 2001;59-65.
14. Hughes M, Petri W. Amoebic liver abscess. *Infect Dis Clin N A* 2000;14:565-582.
15. Cano F, Restrepo J. Absceso hepático roto a pericardio. *Trib Med* 1977;55:32-34.
16. Espinosa-Cantellano M, Martínez-Palomo A. Pathogenesis of intestinal amebiasis: from molecules to disease. *Clin Microbiol Rev* 2002;13:318-331.

Escuela Médico Militar ¡75 años de egresados!, primer caso en 98 años de historia

Mayor Médico Cirujano Antonio **Moreno-Guzmán** MSc

Escuela Médico Militar

RESUMEN

Como hecho inédito, que ocurre por primera vez en la historia de la Escuela Médico Militar, no sólo uno, sino tres integrantes de la primera generación que alcanzó a cumplir 75 años de haber egresado de la misma estuvieron presentes en la ceremonia que conmemoró, en esta ocasión, los 98 años del inicio de cursos en la Escuela Médico Militar.

Palabras clave: historia, Escuela Médico Militar, 75 años de egresados.

75 years of having graduated from the Military Medical School! First case in 98 years of history

SUMMARY

As a fact and for the first time in the history of the Military Medical School, Mexico, not only one, but three members of the first generation, who have 75 years of graduating, were present at the ceremony that commemorated, in this occasion, 98 years of the initiation of courses in the Military Medical School.

Key words: Military Medical School, history, 75 years graduates.

El 15 de marzo de 2015, la Escuela Médico Militar conmemoró su nonagésimo octavo aniversario del inicio de cursos y, en el marco de sus festejos, se celebró, como es costumbre, a las generaciones que cumplieron 50 y 25 años de haber egresado de la Escuela. Pero en este marzo de 2015, por primera vez y como hecho insólito, tres integrantes de la generación que cumplió 75 años de haber egresado llegaron con una muy fructífera vida a esta significativa fecha.

Los miembros de la XIX generación realizaron sus estudios de enero de 1935 a diciembre de 1940 y, como hecho también insólito y anecdótico en la historia de la Escuela que vale la pena destacar, ingresó el mismo número de alumnos que egresó seis años más tarde, es decir, los mismos 22 alumnos que iniciaron la carrera en 1935 se graduaron en su totalidad en 1940 (*Figuras 1 y 2*).

Los miembros de la generación XIX fueron, en orden alfabético:

1. Álvarez Gutiérrez José
2. Álvarez De los Cobos Salvador
3. Batalla Zepeda Agustín
4. Benavides Vázquez Lázaro
5. Bustamante Vasconcelos Juan Ignacio
6. Cabrera Macía Guillermo
7. Carrillo Abascal Ernesto
8. Echeverría Álvarez Eduardo
9. Espinosa Ogarrio Fernando
10. Fierro Del Río Leonel
11. Galván López Salvador
12. Higareda Gudiño Ramón
13. Jiménez López Ricardo
14. Lara y Lara Eduardo
15. Martín del Campo Barba Ramón
16. Moreno Mayrón Héctor
17. Moreno Valle Rafael
18. Olalde Hernández Eusebio

Profesor Adjunto de Cirugía I y II, Escuela Médico Militar, México, DF. Secretario de la Comisión de Estudios Históricos de la Escuela Médico Militar. Vicepresidente de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina A.C.

Correspondencia: Mayor Médico Cirujano Antonio Moreno Guzmán MSc
José Linares 1635-4. 03100 México, DF
amorenoguzman@prodigy.net.mx

Recibido: Enero 1, 2015

Aceptado: Febrero 27, 2015



Figura 1. XIX generación de la Escuela Médico Militar (1935-1940). Anuario de Graduados de la Escuela Médico Militar, Gral. Brig. M.C. S. Eusebio Marbán Arcos.¹¹



Figura 2. XIX generación de la Escuela Médico Militar (1935-1940). Anuario de Graduados de la Escuela Médico Militar, Gral. Brig. M.C. S. Eusebio Marbán Arcos.

19. Raynaud Acosta Roberto
20. Rivera Toro Manuel
21. Sánchez Palomera Enrique
22. Vdales Flores Carlos

Dada la escasez de fuentes de información, para poder hacer una breve mención de cada uno de ellos, me permitiré citar cercanamente a lo textual al Dr. y Gral. Jesús Lozoya Solís, en su magnífica obra La Escuela Médico Militar de México,¹ así como de la información obtenida a través de entrevistas personales que tuvieron la gentileza de concederme los doctores Lázaro Benavides Vázquez, Rafael Moreno Valle y Enrique Sánchez Palomera.

José Álvarez Gutiérrez. Famoso en su época de cadete por haber detenido “pistola en mano” a un ladrón que irrumpió en una de las casas vecinas a la Escuela, de la que gritaron solicitando auxilio y él acudió al llamado exponiendo su vida; el hecho mereció, desde luego, el reconocimiento tanto de los vecinos como de sus compañeros y autoridades de la Escuela y Sanidad Militar.

Salvador Álvarez de los Cobos. Destacado cirujano general, quien por su destreza quirúrgica y calidad humana tuvo la distinción de ser designado el primer jefe de residentes e internos del Hospital Central Militar en 1947. Fundador, además, de los bancos de sangre y de soluciones electrolíticas del Hospital Central Militar.

Lázaro Benavides Vázquez. Ver más adelante.

Juan Ignacio Bustamante Vasconcelos. Radicó en la tierra que le vio nacer, Oaxaca, Oax., en la que se dedicó en cuerpo y alma a su labor de médico y a cultivar la historia y la antropología, de sus trabajos destaca uno realizado en compañía de otros médicos oaxaqueños, en el que demostraron que unas de las “estelas” de Monte Albán, que hasta ese momento habían sido consideradas simplemente una suerte de “bufones”, realmente representaban algunas alteraciones anatomopatológicas y que eran utilizadas por los herbolarios o curanderos para ejercer su oficio y quizá para la venta de sus medicamentos.

Eduardo Echeverría Álvarez. Otro cirujano general de excelencia perteneciente a esta generación, dotado de gran destreza quirúrgica que le ganó la fama de contar con una velocidad quirúrgica extraordinaria, con el reconocimiento del gremio quirúrgico nacional. A él se debe la introducción de los estudios endoscópicos de calidad en nuestro medio médico militar, en el Hospital Infantil de México y el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE; en esta última institución fue uno de los profesores cirujanos más destacados y organizador y jefe durante muchos años del Servicio de Cirugía General. Asimismo, fungió como profesor de la Escuela Médico Militar y Jefe de Servicio de Cirugía en el Hospital Central Militar.

En la medicina privada se desempeñó muchos años como director médico de un importante laboratorio químico-farmacéutico extranjero y su obra magna, en sociedad con otros médicos, fue la planeación, construcción y manejo del Hospital Mocel, que en su momento fue el hospital privado más exclusivo del Distrito Federal.

En el campo de la alta política médica del país, presidió la Asociación Civil para el Fomento de la Investigación Científica en la Escuela Médico Militar y de 1970 a 1976 presidió la Comisión de Estudios para la Contaminación del Ambiente y la Comisión de Estudios para la Coordinación de todos los Servicios Médicos Federales; en general, tuvo una destacada carrera en las altas esferas de la política sanitaria de México.

Es indudable que los lazos familiares con su hermano, el Lic. Luis Echeverría Álvarez, presidente de la República en

el sexenio de 1970 a 1976, contribuyeron en buena medida a que el proyecto de demolición del primer edificio de la Escuela Médico Militar de Lomas de Sotelo (1945-1975), con la edificación del actual en el mismo terreno, se hiciera realidad, con la consecuente inauguración de éste, en su momento, nuevo y moderno edificio, por el propio presidente Lic. Luis Echeverría Álvarez, el 15 de septiembre de 1976.

La demolición de ese edificio inició el 9 de febrero de 2015, para que, a semejanza de lo ocurrido hace 38 años, en el mismo terreno se levante, en tiempo récord, el nuevo edificio de la Escuela Médico Militar, esta vez como parte integral del Centro Militar de Ciencias de la Salud (Cemicsa), proyectado y dispuesto por el Alto Mando del Ejército Mexicano, General Salvador Cienfuegos Zepeda en enero de 2014.

El doctor Echeverría estuvo unos años retirado del servicio activo, al que fue reingresado habiendo alcanzado la jerarquía de general brigadier M.C. el 20 de noviembre de 1976.

Fernando Espinosa Ogarrio. Se especializó en pediatría y fungió durante muchos años como administrador del Hospital Infantil de México.

Leonel Fierro Del Río. Acaso uno de los médicos internistas militares con más reconocido prestigio académico dentro y fuera del ámbito médico militar, don Leonel forma parte del selecto grupo de cinco alumnos de la Escuela Médico Militar que en toda su historia se han hecho merecedores a la Condecoración del Ejército al Mérito Facultativo de Primera Clase, otorgada a quienes obtienen el primer lugar durante los seis años de la carrera.

En la Escuela Médico Militar fue distinguido profesor y Jefe de Estudios, así como Jefe de Servicio en el Hospital Central Militar, como todo buen académico, también participó activamente en la Asociación Civil para el Fomento de la Investigación Científica en la Escuela Médico Militar. El doctor Lozoya lo refiere como “...una de las verdaderas glorias de nuestra medicina militar y mexicana distinguido...”

Ramón Higareda Gudiño. Al parecer, pasó a la historia por sus extraordinarias dotes vocales.

Rafael Moreno Valle. Ver más adelante.

Eusebio Olalde Hernández. Destacado estudiante y deportista, radicó en el puerto de Mazatlán, Sinaloa, en donde fue director del ISSSTE.

Roberto Raynaud Acosta. Hizo del laboratorio clínico su especialidad, llegando a ser director médico de un importante laboratorio químico-farmacéutico. En el Hospital Central Militar, a partir de 1947, una vez implantado el sistema de internado y residencias médicas, se desempeñó durante varios años como el primero y único residente de investigación.

Manuel Rivera Toro. Personaje muy carismático y alegre desde su etapa de estudiante, al él le debe la Escuela

Médico Militar haber creado a “San Ueo” (Figura 3), mítico personaje y extraña criatura quimérica que, desde su creación en el decenio de 1930, forma parte importante en el ideario colectivo de los alumnos de la Escuela, habiendo, incluso, egresados que aseguran deberle a esta “deidad” el haber conseguido aprobar las materias más difíciles, merced a la devoción por él profesada. Organizador, promotor y animador de prácticamente todos los bailes de su generación. En los últimos años de su vida profesional, antes de ser sorprendido por una muerte relativamente prematura –comparado con sus compañeros presentes en la ceremonia–, ocupó la Dirección Médica de un gran laboratorio químico-farmacéutico extranjero.

Enrique Sánchez Palomera. Ver más adelante.

De los doctores Agustín Batalla Zepeda, Guillermo Cabrera Macía, Ernesto Carrillo Abascal, Salvador Galván López, Ricardo Jiménez López, Eduardo Lara y Lara, Héctor Moreno Mayrón, Ramón Martín del Campo Barba y Carlos Vidales Flores, desafortunadamente no hay mayor información.²



Figura 3. Altar de “San Ueo” en Arcos de Belén. La devoción. Archivo Fotográfico de la Comisión de Estudios Históricos de la Escuela Médico Militar.

De todos ellos (*Figura 4*), los únicos tres supervivientes y que nos hicieron el honor de estar presentes en los festejos del 98° aniversario de la Escuela Médico Militar, son, en orden alfabético:

Tte. Cor. M.C. Lázaro Benavides Vázquez (*Figura 5*).

Es el mayor de sus compañeros de generación, nació el 6 de marzo de 1914, es decir, tiene actualmente 101 años de edad y, parafraseando al comercial de televisión de la década de 1970, "...como don Sebas... sigue tan campante", alumno brillante desde antes de su ingreso a la Escuela, una vez egresado fue comisionado como mayor médico cirujano



Figura 4. 16 de septiembre de 1937. La Compañía de Alumnos de la Escuela Médico Militar desfilando frente a Palacio Nacional. Archivo Fotográfico de la Comisión de Estudios Históricos de la Escuela Médico Militar.



Figura 5. Lázaro Benavides Vázquez, cadete de la Escuela Médico Militar. Colección particular del Tte. Cor. M.C. Lázaro Benavides Vázquez.

al batallón ubicado en El Salto, Durango, y posteriormente tuvo la oportunidad de ser integrante de la primera generación de Médicos Internos del Hospital Infantil de México, y este grupo de médicos también fue el primero que recibió una formación académica completa en pediatría, pues antes de la inauguración del Hospital Infantil de México, la enseñanza de la pediatría, al igual que el resto de las especialidades médicas en México, era tutelar.

En el Hospital Infantil de México ocupó prácticamente todos los peldaños académicos, desde Médico Interno hasta Subdirector, partiendo de 1943 y hasta 1967, año en que planeó y proyectó junto con el Arq. Pedro Ramírez Vázquez[†], y a solicitud de la Sra. Doña Guadalupe Borja de Díaz Ordaz, el en ese entonces Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), hoy Instituto Nacional de Pediatría, inaugurado el 6 de noviembre de 1970, siendo nombrado el doctor Lázaro Benavides Vázquez director fundador del mismo por el Presidente de la República, Lic. Gustavo Díaz Ordaz.

El doctor Benavides obtuvo el grado de Maestro en Salud Pública por la Universidad de Tulane en 1957, haciéndose acreedor al reconocimiento como el mejor estudiante de su generación en ese curso con la imposición de la medalla Delta Omega.

Fue presidente de la Sociedad Mexicana de Pediatría y el 23 de octubre de 2000, el Presidente de la República, Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, le otorgó el Premio a la Excelencia Médica, consistente en un diploma con la acreditación correspondiente y una medalla conmemorativa: "por sus contribuciones fundamentales al desarrollo de la pediatría en México y ser considerado el mejor pediatra del siglo XX".

Posteriormente, el 26 de abril de 2010, la Sociedad Mexicana de Pediatría instituyó la medalla Dr. Lázaro Benavides Vázquez, como reconocimiento a los médicos pediatras más distinguidos de México.

Desde 2013, a instancias de los médicos pediatras miembros de la Academia Mexicana de Pediatría y del Instituto Nacional de Pediatría, se está promoviendo ante la Secretaría de Salud la iniciativa para designar al Instituto Nacional de Pediatría con el nombre de este distinguido médico militar mexicano y querido maestro, Dr. Lázaro Benavides Vázquez, como un justo reconocimiento a su trayectoria profesional y a toda una vida dedicada al beneficio de la niñez de México.³

En el medio médico militar alcanzó la jerarquía de teniente coronel médico cirujano (*Figura 6*), grado con el que se retiró después de 24 años de servicio activo. En la Escuela Médico Militar fue profesor *Cum Laude* de las cátedras de Clínica Pediátrica (1947-1964) y de Epidemiología (1964-1970).⁴

Gral. de Bgda. M.C. Rafael Moreno Valle (*Figura 7*)

Al recibirse como mayor médico cirujano, el Dr. Moreno Valle, merced a la intermediación del Dr. Gustavo Baz



Figura 6. Tte. Cor. M.C. Lázaro Benavides Vázquez. Colección particular del Tte. Cor. M.C. Lázaro Benavides Vázquez.



Figura 7. Mayor M.C. Rafael Moreno Valle, 1940. Archivo Fotográfico de la Comisión de Estudios Históricos de la Escuela Médico Militar.

Prada, fue enviado al Carrie Tingley Hospital for Crippled Children de Hot Springs y al Charity Hospital de Luisiana en Nueva Orleans, en donde permaneció como residente de Traumatología y Ortopedia, en el que, por su notable desempeño, fue designado jefe de residentes, siendo el primer mexicano en ocupar ese puesto; incluso, recibió una formal invitación para quedarse como cirujano adscrito con la nacionalidad estadounidense; él declinó la invitación y regresó a nuestro Hospital Central Militar, trayendo consigo, desde luego, los conceptos innovadores en ese campo, llegando a ser Jefe de Servicio y profesor titular de Traumatología y Ortopedia; posteriormente alcanzó la jerarquía de general brigadier M. C. (Figura 8) y fue designado director del Hospital Central Militar de 1956 a 1958, puesto al que renunció para iniciar una brillante carrera como político, fungiendo inicialmente como senador por su estado natal, Puebla, de 1958 a 1964, después tuvo el honor de ser nombrado por el presidente de la República, Lic. Gustavo Díaz Ordaz, titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de 1964 a 1968, año en el que renunció para aceptar la candidatura para la gubernatura por el estado de Puebla y fungió como gobernador constitucional de ese estado de 1969 a 1972. Finalmente, a los 82 años de edad, ocupó el último de sus puestos político-administrativos; la presidencia nacional de la Cruz Roja Mexicana.



Figura 8. Gral. de Bgda. M.C. Rafael Moreno Valle. Retrato al óleo por Anna Zarnecki. <http://www.annazarnecki.com/inicio/obra-pictorica/retrato> 7 de febrero de 2015.

El general Rafael Moreno Valle ha dedicado prácticamente toda su vida al servicio de la medicina nacional y del pueblo de México.⁵

Cor. M.C. Enrique Sánchez Palomera (Figura 9)

Conocido por sus alumnos de generaciones posteriores a la suya como el “Tulane”, por su vasta formación en el extranjero. Desde alumno, el doctor Sánchez Palomera se distinguió por su seriedad y dedicación a las labores académicas, posteriormente a su graduación se le presentó y aprovechó la oportunidad para prepararse en la Universidad de Minnesota bajo la tutela del doctor Owen H Wangensteen, habiendo obtenido, después de cinco años, el PhD en cirugía (Figura 10); concluida su preparación en Minnesota, retornó al Hospital Central Militar en donde se desempeñó como jefe de residentes de la tercera generación de internos y residentes del Hospital Central Militar en 1949;⁶ posteriormente fue cirujano adscrito y Jefe de Servicio y revolucionó las vetustas prácticas quirúrgicas que a fines del decenio de 1940 aún persistían en nuestro Hospital Central Militar en la década de 1950.

Por lo que respecta a la política médico-sanitaria del país, el Dr. Enrique Sánchez Palomera se desempeñó durante 12 años como Director Médico de Petróleos Mexicanos y como subjefe de la Comisión de Estudios para la Contaminación del Ambiente, cuando ésta fue presidida por el Dr. Eduardo Echeverría Álvarez.⁷



Figura 9. Mayor M.C. Enrique Sánchez Palomera. Colección particular Cor. M.C. Enrique Sánchez Palomera.

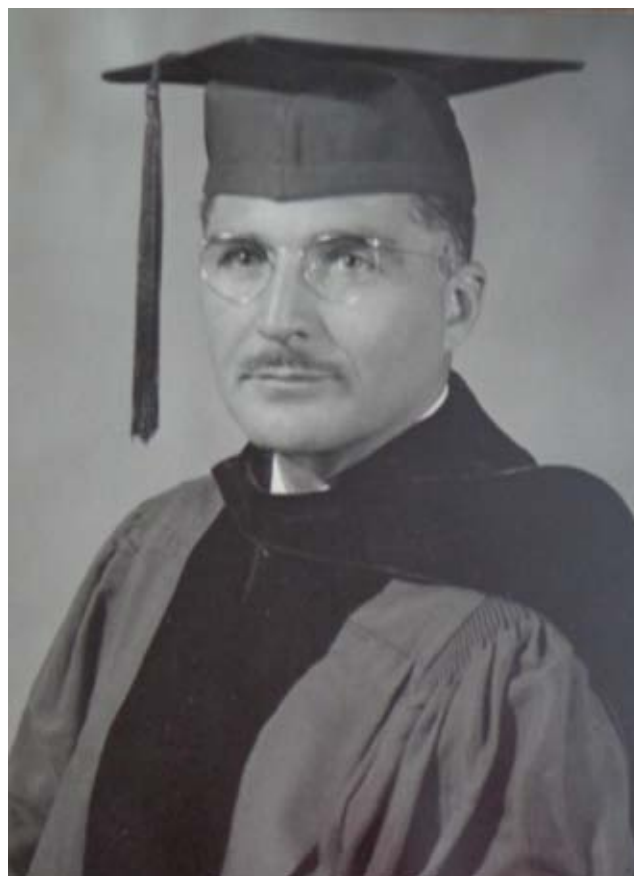


Figura 10. Mayor M. C. Enrique Sánchez Palomera, PhD en cirugía, Universidad de Minnesota. Colección particular Cor. M.C. Enrique Sánchez Palomera.

Durante la ceremonia, a cada uno de ellos se le entregó un reconocimiento especial a su destacada trayectoria y labor en pro de la medicina mexicana.

Esta generación cursó toda la carrera en el edificio ubicado en el que fuera el Parque de Ingenieros de Arcos de Belén (Figura 11), lugar al que fueron trasladados la Escuela Médico



Figura 11. Fachada de la Escuela Médico Militar de Arcos de Belén (1930-1945). Archivo Fotográfico de la Comisión de Estudios Históricos de la Escuela Médico Militar.

Militar y el Hospital Militar de Instrucción en septiembre de 1930,⁸ denominándose a partir de ese entonces y hasta 1942, como Hospital General Militar y sus prácticas las realizaron en su totalidad en ese antiguo Hospital General Militar de las calles de Dr. Lavista (*Figura 12*), que estaba ubicado atrás del edificio ocupado por la Escuela Médico Militar y la Dirección General de Sanidad Militar y que se comunicaban entre sí a través de una puerta en la barda metálica que existía como división entre el Hospital propiamente dicho y la Escuela.⁹

Aún no se había instaurado en ningún sitio de nuestro país el moderno sistema de internado y residencias médicas, como parte de los sistemas para mejorar la enseñanza de los médicos mexicanos, por esa razón es mas loable aún la brillante trayectoria médica de los integrantes de esta generación, ellos tuvieron la oportunidad histórica, con la que se comprometieron en cuerpo, mente y alma, de ser parte de una auténtica revolución académica médica en el país, gracias a la cual la calidad de los médicos mexicanos militares y civiles, en las siguientes décadas, pronto pudo equipararse con la de Estados Unidos, cuyas instituciones desde esos años y hasta nuestros días detentan la hegemonía en el campo de las ciencias de la salud.

Debemos recordar que ellos egresaron cuando prácticamente iniciaba la segunda Guerra Mundial; este hecho trajo consigo la oportunidad para algunos médicos mexicanos, civiles y militares, de ocupar los puestos vacantes de residentes de los médicos estadounidenses que fueron enviados al frente con motivo de la conflagración.



Figura 12. Fachada del Hospital General Militar (1930-1942). Archivo Fotográfico de la Comisión de Estudios Históricos de la Escuela Médico Militar.

Cuando los médicos mexicanos regresaron a nuestro país replicaron, en la medida de las posibilidades, el sistema académico de enseñanza en el que estuvieron inmersos durante sus años de internos y residentes en las Universidades y Hospitales de Estados Unidos e implantaron el primer internado y residencia médica a finales de 1942 en el Hospital General de México y meses más tarde fueron secundados por el Hospital Infantil de México (fundado y dirigido en ese momento por médicos militares) y, por supuesto, el Hospital Central Militar.¹⁰ Tal fue el comienzo... el resto es historia.

Los presentes en esta ceremonia hemos tenido la oportunidad sin igual de tener ante nosotros a médicos militares de excelencia, miembros de la generación XIX (1935-1940), que forjaron en buena medida la medicina en México, de estrechar sus manos y de vernos proyectados en el reflejo de sus inteligentes miradas plétóricas de experiencia, sabiduría y gratitud.

¡Larga vida a la Escuela Médico Militar!

Referencias

1. Marbán Arcos, Sabino Eusebio. Anuario de Graduados de la Escuela Médico Militar. Editorial del autor. México, 2006.
2. Lozoya Solís J. La Escuela Médico Militar de México. Editorial del autor. México, 1977;124-127.
3. Lozoya Solís J. La Escuela Médico Militar de México. Editorial del autor. México, 1977;127.
4. Moreno Guzmán A. Teniente Coronel M.C. Lázaro Benavides Vázquez. Pediatra del Siglo XX. Decano del Cuerpo Médico Militar. Rev Sanid Milit Mex 2014;68:61-66.
5. Entrevista con el Tte. Cor. M.C. Lázaro Benavidez Vázquez, realizada por el mayor M.C. Antonio Moreno Guzmán, el 21 de marzo de 2014, en su domicilio particular. Ciudad de México.
6. Entrevista con el Gral. de Bgda. M.C. Rafael Moreno Valle, realizada por el mayor M.C. Antonio Moreno Guzmán, el 19 de octubre de 2013, en su domicilio particular. Ciudad de México.
7. Moreno Guzmán A. La formación de los cirujanos militares mexicanos, 1947-1970. Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias, UNAM. México, 2013;134.
8. Entrevista con el Cor. M.C. Enrique Sánchez Palomera, realizada por el mayor M.C. Antonio Moreno Guzmán, el 31 de julio de 2014, en su domicilio particular. Ciudad de México.
9. Moreno Guzmán A. XC Aniversario de la Escuela Médico Militar. Rev Sanid Milit Mex 2007;61:118-112.
10. Moreno Guzmán A. Historia del binomio Escuela-Hospital y la Medicina Militar en México. Rev Sanid Milit Mex 2012;3-12.
11. Moreno Guzmán A. La formación de los cirujanos militares mexicanos, 1947-1970. Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias, UNAM. México, 2013;103.

