

Aspectos fundamentales e inéditos del trasplante de órganos abdominales. Experiencia personal en el Hospital Universitario Doce de Octubre

Enrique Moreno González



Reial Acadèmia Europea de Doctors
Real Academia Europea de Doctores
Royal European Academy of Doctors

BARCELONA - 1914



ENRIQUE MORENO GONZÁLEZ

Licenciado en Medicina y Cirugía (1962). Doctor en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Complutense (1972). Catedrático Numerario de Patología Quirúrgica. Hospital Universitario "Doce de Octubre", Madrid. (1992).

Director del Instituto de Cirugía Oncológica Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario "Doce de Octubre", Madrid. (2009).

Presidente del Consejo Superior de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Doctor *Honoris Causa* della Università degli Studi di Palermo (Italia), Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Universidad de Coimbra, Universidad de Málaga, Facultad de Medicina de la Santa Casa de Vitoria. Espirito Santo. Brasil, Constantinian University. Roma, Universidad Alfonso X El Sabio, Universidad de Extremadura, Universidad de Málaga, Universidad H. Frias Potosi, Universidad de Montevideo, Universidad de Buenos Aires

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, Académico de Honor de la Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote, Active Member European Academy of Sciences and Arts, Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Murcia, Académico de Honor de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, Académico Honorario de la Real Academia de Medicina de Cantabria. Miembro electo de New York Academy of Sciences.

Miembro honorario de la Academia Nacional de Medicina (Colombia), Academia Nacional de Medicina de Argentina, Sociedad Argentina de Cirugía, Sociedad de Cirugía de Costa Rica, Colegio de Cirujanos de Costa Rica, Sociedad Venezolana de Cirugía, Sociedad de Cirugía de Lyon, Sociedad de Cirugía de Costa Rica, Sociedad Europea de Trasplante de Órganos, Asociación Venezolana de Coloproctología, Sociedad Dominicana de Cirugía y Sociedad Brasileña de Cirugía Oncológica.

Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica (1999).

Premio Nacional de Cirugía "Pedro Virgili". Cortes de Cádiz (2011)

Aspectos fundamentales e inéditos del trasplante de órganos abdominales.

**Experiencia personal en el Hospital
Universitario Doce de Octubre**

Excmo. Sr. Dr. Enrique Moreno González

Aspectos fundamentales e inéditos del trasplante de órganos abdominales. Experiencia personal en el Hospital Universitario Doce de Octubre

Discurso de ingreso en la Real Academia Europea de Doctores, como
Académico de Honor, en el acto de su recepción
el 6 de marzo, de 2025

por el

Excmo. Sr. Dr. Enrique Moreno González
Doctor en Medicina y Cirugía

y contestación del Académico de Honor

Excmo. Sr. Dr. Francisco González de Posada
Doctor Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos

COLECCIÓN REAL ACADEMIA EUROPEA DE DOCTORES



Reial Acadèmia Europea de Doctors
Real Academia Europea de Doctores
Royal European Academy of Doctors
BARCELONA - 1914

www.raed.academy

© Enrique Moreno González
© Real Academia Europea de Doctores

La Real Academia Europea de Doctores, respetando como criterio de autor las opiniones expuestas en sus publicaciones, no se hace ni responsable ni solidaria.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante cualquier medio o préstamo público.

Producción Gráfica: Ediciones Gráficas Rey, S.L.

Impreso en papel offset blanco Superior por la Real Academia Europea de Doctores.

ISBN: 978-84-09-70068-4

D.L: B 5197-2025

Impreso en España –Printed in Spain- Barcelona

Fecha de publicación: marzo 2025

❖ INTRODUCCIÓN

Constituye un honor no esperado y menos aún merecido que se me haya dado el nombramiento de Académico de Honor de la Real Academia Europea de Doctores. Agradezco esta distinción al Excmo. Sr. Don Francisco González de Posada a cuya amistad y confianza, debo este gran honor, que hoy se me hace llegar como un regalo que guardaré siempre conmigo para que me sirva de iluminación y no me aparte del camino que mantenga mi espíritu en beneficio de los demás.

He elegido para esta ocasión un título que recuerde siempre el esfuerzo, la dedicación, de aquellos que han tratado de abrir la puerta de la esperanza en casos desesperados, condenados antes a una muerte cierta, por carencia de conocimiento y ausencia de posibilidades terapéuticas. Mi intención es dar a conocer el esfuerzo realizado para que puedan curarse aquellos que no tenían opción, buscando formas terapéuticas eficaces, que destierren de forma permanente en la enfermedad, causa indiscutible del fallecimiento.

Desde hace muchos años la idea para obtener la curación era sin duda la eliminación del órgano enfermo y cambiarlo por otro sano, que permitiera su funcionamiento, y con ello la vida del ahora sano durante todos los años que el resto de órganos o sistemas mantuviera.

Sin duda, tras múltiples exámenes y especialmente investigaciones para obtener el funcionamiento de órganos no vitales, que permitieran la reposición de su función, ya perdida como

prolegómenos de un proyecto más ambicioso que sustituyera órganos vitales que permitieran devolver la vida a aquellos pacientes condenados sin posibilidades terapéuticas de su enfermedad.

Inicialmente, el órgano seleccionado fue el riñón, para tratar la insuficiencia renal terminal. Sin embargo, el mayor problema radicaba en la obtención de una donación, aceptándose el cadáver, o el donante vivo, y muy especialmente el xenotrasplante. Quiere esto decir que años más tarde pudo demostrarse que se estaba utilizando un factor, el más importante, de una calidad discutible. En poco tiempo, donación y sistemas de mantenimiento del órgano constituyeron los dos factores de mayor relieve para obtener el éxito del trasplante. No obstante, deterioro funcional del órgano donado, infección y rechazo por parte del receptor, parecieron como los verdaderos problemas imposibles de superar, como una barrera que impedía su desaparición, necesaria para progresar, en las investigaciones que permitieran los cambios precisos para obtener las modificaciones que facilitarían un cambio sustancial en los conceptos, donación, perfusión de órganos, mantenimiento de sus estructuras, capacidad de recuperación funcional tras el implante, y estabilidad de la recuperación obtenida que permita la búsqueda y necesaria actividad funcional.

Ha de reconocerse, que, independientemente de los factores enunciados, cobra mayor importancia, como se mencionó al principio, inmunosupresión, terapéutica, antiinfecciosa, y preservación histológica. Hechos que cobran mayor importancia con el advenimiento de la ciclosporina, de tal forma que se aceptó, entonces, establecer a tenor de los resultados de su utilización, época pre y post ciclosporina, de resultados diferentes, hasta tal punto que se inicia la aceptación de este

inmunosupresor que anima a la mayor parte de los grupos a su utilización, cambiando, drásticamente, los resultados del trasplante de órganos sólidos, primero el riñón y a continuación el hígado.



ÍNDICE

Introducción	7
DISCURSO DE INGRESO	13
CRONOLOGÍA DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS ABDOMINALES EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	17
ACTIVIDAD CLÍNICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, APARATO DIGESTIVO Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS ABDOMINALES	18
Reutilización de injertos	18
Esteatosis hepática	18
Trombosis de la vena porta	20
Trasplante hepático, en pacientes de mayor edad	20
Utilización de injertos procedentes de donantes mayores de 70 años	21
Trasplante hepático durante el embarazo	22
Trasplante hepático y embarazo	22
Tratamiento de las complicaciones de la equinococosis mediante trasplante hepático	22
Trasplante hepático en la poliquistosis hepato-renal.....	23
Valor de la utilización de injertos procedentes de “Split” y “donante vivo”	25
Bases anatómicas en la selección para la partición hepática que permita la preparación de injertos segmentarios.....	27
Donante vivo y xenotrasplante	32
Técnica, posibilidades y esperanzas del xenotrasplante.	34
ANEXO CV Dr. Enrique Moreno González	37
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	65
DISCURSO DE CONTESTACIÓN	69
Publicaciones de la Real Academia Europea de Doctores	83



⊗ CRONOLOGÍA DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS ABDOMINALES EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Aunque todos los estudios experimentales que podemos establecer debido a su complejidad los iniciamos en el Hospital Clínico de Madrid (San Carlos), entre 1965 y 1970, continuamos en el Hospital Militar Gómez Hulla, entre 1970 a 1974, eligiendo este centro por las facilidades que ofrecían en cuanto a quirófanos, animalario, laboratorios y cuidados posoperatorios. Posteriormente hasta el año 1986, continuamos todos los pasos correspondientes al trasplante hepático en el Hospital 12 de Octubre, utilizando el perro como animal que permitía los estudios hemodinámicos y el cadáver para ajustar nuestra experiencia a la bomba de asistencia ventricular izquierda, que la considerábamos necesaria para permitir la retención del flujo sanguíneo en el círculo mayor y menor. Esa era la forma de utilizar un bypass veno-venoso, que desviara toda la sangre del territorio esplácnico a la vena axilar izquierda y a través de su luz acceder al tronco braquiocefálico y finalmente a la vena cava superior, continuando hasta la aurícula derecha y rellenando su cavidad, desviándose luego al círculo menor.

Sin embargo, pronto los anestesiistas aprendieron a controlar hemodinámicamente a los enfermos y a que estos fueran controlados por medios farmacológicos, demostrándose entonces las complicaciones, a veces especialmente graves, de la utilización del bypass porto-femoro-axilar y como demostró en su tesis doctoral el Dr. Pedro Dávila, el estudio prospectivo, comparando dos grupos con bypass y sin su utilización, que

demostraba peores resultados con la utilización de la bomba de asistencia ventricular izquierda, motivo por el cual dejamos de utilizarlo a partir del trasplante número 229.

Iniciamos el trasplante hepático en el mes de abril de 1986, eligiendo para ello a un enfermo trasplantado renal, que padecía cirrosis hepática posnecrótica, con insuficiencia hepática y hepatocarcinoma unicéntrico a nivel del lóbulo hepático derecho, ocupando la mayor parte de este. El posoperatorio evolucionó de forma extremadamente satisfactoria, aunque falleció seis meses después del trasplante debido a recidiva del hepatocarcinoma a nivel extrahepático. Posteriormente, dos pacientes fueron trasplantados a lo largo de un mes, un adulto de profesión médico, afecto de cirrosis posnecrótica con hepatocarcinoma unicéntrico (OKUDAI) y un niño de un año y medio de edad afecto de atresia biliar. Ambos enfermos tuvieron un posoperatorio excelente sometido al soporte mediante la “Bio-pump”, y tratándose para proteger la tolerancia con inmunosupresores, habituales, entonces: Ciclosporina, Cortisona y Atgam.

El hospital 12 de Octubre posee unas características esenciales, pues es el único hospital en el que se realizan todo tipo de trasplantes, a excepción de los trasplantes de segmentos anatómicos, cuyo ejemplo más evidente es el trasplante de miembros y el trasplante de cara. En cambio, posee en el departamento de cirugía un único grupo de cirujanos que realizan el trasplante hepático, pancreático, intestinal y cluster (trasplante de todos los órganos de la cavidad abdominal), “cluster”. Esta variedad de trasplantes acoge a todas las diferentes variedades (pediátricas, donante vivo, trasplantes segmentarios, etc.) constituyendo el único grupo de cirujanos que mantiene su actividad en el hígado, páncreas, intestino y cluster.

Iniciamos el trasplante hepático en adultos en el mes de abril de 1986 y en enfermos pediátricos un mes más tarde (mayo 1986). Comenzamos el trasplante hepático, Split, sobre dos enfermos adultos, que padecían fallo hepático fulminante, sin poseer donante para los dos pacientes (abril, 1991), siendo esta la utilización de este procedimiento por primera vez en Europa. En nuestro intento de conseguir el incremento de donaciones utilizamos por primera vez en Europa, la donación del lóbulo izquierdo de un hermano para tratar la insuficiencia hepática de su hermana (1995).

Continuando con el incremento del número de trasplantes, iniciamos el trasplante pancreático (1995), asociado a trasplante renal en pacientes diabéticos con insuficiencia renal recibiendo duodenopancreas y riñón, para tratar a enfermos diabéticos con nefropatía, sometidos a hemodiálisis.

En el año 2002 iniciamos el primer trasplante intestinal descrito en nuestro programa y constituyendo el primer yeyuno-ileal en nuestro país.

Dos años más tarde (2004) y tras los estudios experimentales en el laboratorio, realizamos el primer trasplante multivisceral “en racimo”, “cluster”, en el cual se trasplantaba en un solo bloque el esófago distal, hígado, vías biliares, páncreas, bazo, intestino delgado y colon derecho. Finalmente, dos años más tarde iniciamos la utilización de donantes en asistolia (enero 2006), incrementando el número de donaciones de órganos, de forma significativa, con características especiales: corta edad del donante, buena situación física, aunque con periodos de hipoxia difíciles de estimar y por ello, con daño orgánico irrecuperable, que daba lugar al fallo visceral fulminante, obligando a la realización de un retrasplante, como única posibilidad de recuperar al paciente trasplantado.

⊗ ACTIVIDAD CLÍNICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, APARATO DIGESTIVO Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS ABDOMINALES

Hasta el 23 de diciembre del año 2020, realizamos 2094 trasplantes hepáticos y 251 trasplantes pancreáticos aislados o asociados a trasplante renal, 3 trasplantes yeyuno-ileales y 8 “cluster”. De los trasplantes hepáticos, 216 correspondían a la edad pediátrica, de los cuales en 23 enfermos se utilizó donante vivo. En trasplante hepático en adultos, en 56 de estos se utilizó donante vivo, en 45 trasplantes se asoció el trasplante renal (trasplante hepático-renal) y en tres enfermos, el trasplante hepático precisó la asociación de un trasplante cardíaco (trasplante hepato-cardíaco). En 82 enfermos se utilizó un injerto extraído con el procedimiento de “Split”, lo cual demostraba el esfuerzo realizado para aumentar el número de donantes, duplicándose este al utilizar lóbulo hepático derecho e izquierdo por separado o injertos más reducidos que incluía dos o tres segmentos, con las características de un donante vivo.

Hemos de rendir un permanente tributo a Thomas Starzl, quien realizó el primer trasplante hepático en EUA en el año 1963, a pesar del fallecimiento intraoperatorio de la receptora de tres años de edad. La intervención, primer trasplante hepático en el mundo, fue realizada en Dénver, Colorado, en el hospital Memorial.

Reutilización de injertos.

Existía, sin duda, el deseo de incrementar el número de donaciones, y, por ello, en tres casos en los que durante el posoperatorio se produjo hemorragia cerebral masiva, debido a una crisis hipertensiva, se extrajo el injerto hepático utilizándolo para trasplantar a otro receptor. El resultado de esta intervención fue semejante al obtenido en el primer receptor. Esta fue la primera y única reutilización de un injerto hepático, que nosotros practicamos en tres enfermos con buen resultado en todos.

Esteatosis hepática.

Inicialmente el depósito de grasa en el parénquima hepático alteraba funcionalmente este órgano. Tras el estudio de la influencia del hígado graso, cualquier depósito constituía un elevado riesgo para el injerto. Sin embargo, pronto la microesteatosis se consideró un factor que no contravenía funcionalmente la actividad del injerto. Poco después se aceptó que la macroesteatosis no suponía un riesgo para el receptor, permitiendo utilizar injertos con depósito de grasa hasta del 40 %. No obstante, por encima del 40 %, el 50 % de los injertos no llegaban a funcionar en el receptor, constituyendo un alto riesgo de inducir al fallo hepático fulminante. De cualquier forma, se aceptaba su utilización en casos extremos, tratamiento de la insuficiencia hepática aguda, grandes traumatismos con pérdida extensa del parénquima funcional, intoxicaciones, etc.

Trombosis de la vena porta.

Desde los principios del tratamiento de la hipertensión portal conocemos dentro de la evolución de los cambios hemodinámicos, las modificaciones en la presión del territorio esplácnico, reducción seguida de enlentecimiento del flujo intra-

vascular. Se acepta que estos cambios unidos al incremento de los factores de la coagulación constituyen la causa de la trombosis porto-mesentérica y porto-esplénica que se extiende, no excepcionalmente, al plexo venoso ileal o íleo-mesentérica, complicando los efectos terapéuticos de la obstrucción venosa portal.

La trombosis venosa, de mayor o menor extensión en el territorio esplácnico, constituyó al principio una contraindicación absoluta para realizar un trasplante hepático, que sería sin duda la mejor terapéutica para estos enfermos, que recuperarían funcionalmente al enfermo, al utilizar un injerto hepático, normo funcionante en un territorio esplácnico normalizado. Una de las experiencias más rigurosas en la terapéutica de esta grave complicación es, sin duda la nuestra, exponiendo los excelentes resultados de la trombectomía, asociada al implante de un injerto funcionante, que recuperará al paciente de forma completa. Por ese motivo, después de nuestra primera experiencia, iniciamos el estudio prospectivo de 95 casos, estudiados entre abril (1986) y Octubre (2008), que reunía 1.324 trasplantes hepáticos realizados en 1.247, lo cual suponía el 9,5 % de los enfermos trasplantados en ese periodo. La trombosis portal afectaba más frecuentemente al tronco venoso, extendiéndose a lo largo de las venas yeyunales, vena esplénica, y tronco de la vena porta.

La trombectomía se producía disecando la pared venosa y separando esta de la totalidad de los trombos producidos en los segmentos venosos aludidos. Una vez eliminados, se confirma su ausencia, lavando el interior de los vasos y rellenando el árbol vascular con suero heparinizado. El implante del injerto se realiza de la misma forma anastomosando el tronco de la vena porta del receptor al extremo de la vena porta aferente del injerto.

La supervivencia de los enfermos trasplantados era semejante a la obtenida en los pacientes intervenidos sin trombosis portal (77 % después del primer año de la intervención, 74,7 % de injertos funcionantes después de un año del trasplante).

Trasplante hepático, en pacientes de mayor edad

Se realizó un estudio de los pacientes intervenidos con mayor edad, realizando un estudio comparativo con el Registro Europeo de trasplante hepático. En 48 enfermos la edad de los donantes se encontraba entre 60 y 69 años, 32 pacientes entre 70 y 79 años y 25 entre 80 y 89 años. El periodo de estudio se mantuvo entre el mes de enero (1994) y Octubre (2000). El seguimiento de la evolución de pacientes injertos se limitó a 6 años y 10 meses.

La supervivencia más elevada se produjo en el grupo limitado entre 80 y 89 años (80%) y, asimismo, entre los 60 y 80 años. En el estudio comparativo con los datos obtenidos en el Registro Europeo, se mostró una diferencia a favor de nuestra experiencia superior al 10 %.

Utilización de injertos procedentes de donantes mayores de 70 años.

Aunque ha quedado suficientemente explícita la relación de nuestra experiencia, al respecto, la mejor aceptación, selección de donantes candidatos como medio terapéutico en las enfermedades hepáticas irreversibles, así como en el fallo hepático o agudo (FHA) con características de fulminante o subfulminante, defectos congénitos, enfermedades metabólicas, infección mantenida de la vía biliar que evoluciona hacia cirrosis biliar secundaria, hepatitis autoinmune, enfermedades autoinmunes, enfermedades benignas que afectan a la práctica totalidad

del hígado como la poliquistosis hepato-renal, adenomatosis multicéntrica, hemangioendotelioma, hemangioendotelioma multicéntrico y un extenso, etc., producen un importante incremento de las listas de espera, dando lugar a la aceptación de donantes de mayor edad, y en especial afectados por depósitos grasos, tumores benignos unicéntricos, donantes con injertos afectados por tumores localizados en el SNC sin afectación de otras localizaciones neurológicas.

La utilización de injertos extraídos de donantes en edad avanzada demostró que el parénquima hepático no envejece, precisando otros criterios para establecer su validez. Como hemos referido al principio, la afirmación de Hans Popper continúa siendo válida. “El hígado no tiene edad”.

Trasplante hepático durante el embarazo.

Pocos intentos han sido publicados de enfermas embarazadas con fallo hepático fulminante. En la experiencia mundial se utilizó el trasplante hepático como única posibilidad de recuperar la función hepática. Sin embargo, los tres casos publicados fallecieron en ese intento. El error fue la práctica de histerec-tomía, o la realización de injerto o donante auxiliar. Nosotros pensamos en el único caso de nuestra experiencia que estos pacientes poseen características que facilitaban el trasplante hepático. En primer lugar, el plexo venoso retroperitoneal que permite acceder a una conexión, necesaria, que consiente el flujo sanguíneo al círculo menor, con lo cual no debe utilizarse el bypass porto-femoro-axilar. Por otro lado, el feto se mantiene en el interior del útero protegido con el aislamiento de este mediante compresas húmedas templadas.

En nuestra enferma tratada se mantuvieron las mismas condiciones hemodinámicas durante la operación, de tal forma que

no se produjeron alteraciones que cambiaran estos parámetros, que se mantuvieron sin cambios durante el trasplante. Llegado el momento del alumbramiento se prefirió extraer al feto mediante una operación cesárea. 32 años más tarde, la enferma, trasplantada, y el hijo, se encuentran en perfecto estado haciendo una vida normal.

Trasplante hepático y embarazo

La primera enferma en nuestra experiencia, trasplantada a los cinco años de edad, fue embarazada a los 25 años, 20 después del trasplante. El embarazo tuvo un curso normal con un parto normal. Evolución normal encontrándose en perfecto estado, 14 años después del parto.

Las bases del procedimiento y nuestra experiencia total fue motivo de una tesis doctoral, demostrando en ella los cuidados necesarios, evitando complicaciones en la inmunosupresión.

Tratamiento de las complicaciones de la equinocosis mediante trasplante hepático.

Esta parasitosis, bien conocida en nuestro país, mantiene su agresividad en el hígado, evolucionando sobre el árbol vasculobiliar, causando obstrucción portal con grave hipertensión por afectación del árbol biliar con extensa diseminación de su distribución intrahepática.

Por las características de esta enfermedad, se ha demostrado que la superficie limitante de quiste unicéntrico está formado por una intensa fibrosis en la que microscópicos quistes siguen la evolución del crecimiento, extendiéndose de una forma diseminada para manifestarse como una enfermedad poliquística.

ca en la que está obligado extirpar esta pared para poder erradicar, mejor que detener la enfermedad. Como se ha referido, es fundamental la localización de las lesiones, toda vez que la evolución de este mal llamado “peri quística”, si contacta con el árbol vasculobiliar dará lugar a una obstrucción del árbol portal, causando la referida obstrucción del tronco de la vena porta o de sus ramas intrahepáticas. Sin embargo, el contacto con el árbol biliar extra o intrahepático, dará lugar a la penetración de las vesículas hijas en el interior de las estructuras biliares, ocasionando obstrucción biliar, infección, y colangitis de repetición, dando lugar al tratamiento quirúrgico de esta complicación, mediante drenajes percutáneos, transparietohepáticos o derivaciones bilioentéricas, que en el intento de salvar la vida del enfermo, al eliminar la sepsis, obligan a intervenciones que por su multiplicidad no llegan a causar la curación del enfermo.

Anteriormente, estas intervenciones solo poseían carácter paliativo, habiéndose modificado este pronóstico con la práctica del trasplante hepático, siempre lastrado por importantes dificultades técnicas, ya que son enfermos que han sufrido múltiples intervenciones quirúrgicas que han terminado, englobando superficie hepática, intestino yeyuno-ileal o colónico. De cualquier forma, el tratamiento definitivo es indudablemente el trasplante hepático, aunque no podemos evitar recordar que el tratamiento de la enfermedad es, sin duda, la profilaxis de su origen y evolución.

Trasplante hepático en la poliquistosis hepato-renal.

Esta enfermedad, poco frecuente, causa como complicación de mayor gravedad, la insuficiencia renal que obliga al tratamiento de esta, mediante hemodiálisis, que termina con el tratamiento

mediante trasplante renal. Sin embargo, la función hepática se mantiene a pesar de la extraordinaria transformación de la totalidad del parénquima hepático.

Existe aquí un problema de espacio causado por el extremo crecimiento del hígado y de ambos riñones, obligando a la extirpación de los tres órganos, permitiendo la implantación de los injertos hepático y renal. En este tipo de enfermos, una de las mayores dificultades es el acceso a la cavidad abdominopélvica y la movilización de los órganos enfermos, siendo preferente iniciar los tiempos quirúrgicos por la resección de ambos riñones, de menor gravedad y menor dificultad, facilitando luego la disección del hilio hepático y la movilización de la vena cava, especialmente en sus segmentos retrohepático y suprahepático, desplazadas por la extrema hepatomegalia, sufrida en el crecimiento y extensión de la enfermedad, acrecentada por la intensa adherencia de su pared al parénquima hepático.

Esta enfermedad en su desarrollo ha causado múltiples complicaciones, originadas más por afectación urinaria que hepática, pero, si se tiene experiencia en su terapéutica, la mayor parte de ellas son secundarias a la hemodiálisis, otro tipo de alteraciones durante su evolución.

Debe entenderse que en etapas finales de la evolución del enfermo, no padece ictericia, o alteraciones de la función hepática advertidas en las pruebas de laboratorio, que serían coincidentes con alteraciones histológicas o funcionales o en biopsias posteriores al trasplante hepático-renal. Lógicamente, el implante de los injertos es tal vez el que nos presenta una mayor facilidad al ofrecernos un campo quirúrgico de tanta extensión. Por este motivo no es explicable que se produzcan complicaciones intra o posoperatorias, siempre que se conozcan los distintos pasos de una técnica, generalmente bien establecida.

En nuestra experiencia, hemos realizado todos los tiempos de la terapéutica quirúrgica, especialmente bajo la idea de que el espacio retroperitoneal es especialmente conocido para los cirujanos generales, aceptando también que los primeros trasplantes renales fueron practicados por cirujanos generales, siempre que estos tuvieran la experiencia necesaria en cirugía vascular, aún adquirida en el trasplante hepático y también pancreático o intestinal.

Revisando nuestros resultados en el trasplante hepato-renal sincrónico, no se advirtieron diferencias en la morbi-mortalidad relacionada con el origen de la enfermedad, su localización, intensidad y complicaciones advertidas en ella. No obstante, si bien esto es verdad, podríamos postular que debemos aceptar una marcada dependencia con la experiencia de los cirujanos y más relación aún con la elección de los injertos que sustituirán el órgano enfermo. Como conclusión, en la terapéutica de esta enfermedad, podríamos afirmar que su terapéutica curativa constituye el tratamiento de elección desde que fue incorporada al armamentario habitual de esta entidad, ahora mejor conocida.

Valor de la utilización de injertos procedentes de “Split” y “donante vivo”

Ventajas aparentes (tal vez reparos) de la utilización de injertos procedentes de sección del parénquima hepático, tratando de obtener de uno a tres injertos de un solo hígado.

Las características anatómicas del hígado permiten que lóbulos o segmentos, pueden separarse manteniendo la irrigación arterial y venosa, así como el drenaje biliar y vascular a través de las ramas del plexo venoso que drenarán su contenido en los troncos sagitales. Esta preparación no es fácil, requiere un

conocimiento anatómico perfecto de la distribución de las ramas arteriales de la arteria hepática, de árbol portal y del árbol biliar.

A pesar de las dificultades, el objetivo es, sin duda, obtener varios hígados de distinto tamaño en los que podamos obtener un tronco principal de la vena porta, otro de la arteria hepática y el correspondiente al árbol biliar. Con ello, en cada hígado de tamaño reducido, habremos obtenido el parénquima hepático, preciso para sustituir el hígado enfermo, que aumentará luego sus diámetros, dando lugar a su hipertrofia hasta alcanzar la masa hepática necesaria para recuperar al paciente receptor y enfermo.

De esta forma obtendremos dos o más injertos de un solo hígado, evitando la pérdida de los segmentos hepáticos, que no se utilicen para su posterior implante. En esta técnica, mediante la cual al menos se duplica el número de donaciones, disminuye la lista de espera, aunque obliga a que probablemente se requieran dos grupos de cirujanos y puedan darse las mejores condiciones para actuar por separado en el donante y en el receptor.

Estos conceptos de lo que podemos denominar “partición hepática” serán también en la utilización de donante vivo, aunque en este tipo de donantes solo se extraerá un solo injerto, ya que el donante, que no debe padecer ningún riesgo, resistiría como máximo la donación del lóbulo hepático derecho o izquierdo. Por otro lado, en el procedimiento denominado Split, la mayor parte de las extracciones serán realizadas “ex situ”, y en el donante vivo “in situ”, siendo más precisa y con menos riesgo en la preparación para estos casos.

Bases anatómicas en la selección para la partición hepática que permita la preparación de injertos segmentarios.

Uno de los factores de mayor importancia en la utilización de segmentos hepáticos es, sin duda, el conocimiento anatómico minucioso de los elementos que conforman los detalles que también se han denominado unidad hepática, y de forma más grosera y accesible a una comunidad de alto nivel técnico y menos dotado para la investigación biológica. Este conocimiento se adquiere mediante la disección aludida en las primeras reflexiones de este párrafo Y obligan a la práctica de las difíciles búsquedas de los elementos que conforman los tres árboles, venoso, arterial y biliar.

Actualmente, los cirujanos poseen, para evitar las disecciones difíciles por la consistencia frágil de los elementos que los componen, los moldes del vaciado de cada uno de los elementos anatómicos. Esta forma de obtener esta representación es favorecida con el endurecimiento del material que introducido a través del tronco de la vena porta, hepato-colédoco y arteria hepática, todos ellos identificados y aislados a nivel extrahepático.

Uno de los pioneros en la utilización de este sistema de aprendizaje fue sin duda J. Terblanche, quien desde la Universidad Surafricana de Cape Town realizó una de las mejores contribuciones para difundir todos los detalles correspondientes al árbol biliar. Sin embargo, las mejores contribuciones utilizadas luego en el trasplante hepático requerían el conocimiento de la triada completa, (distribución vascular, venosa y arterial) completada con el árbol biliar.

La utilización del donante vivo constituye una de las opciones de mayor rendimiento y utilidad en el trasplante hepático. Si

bien la experiencia ha demostrado la realidad de este aserto, la donación por personas sanas que demuestran previamente las condiciones físicas y funcionales perfectas para la donación en su etapa inicial han involucrado a cirujanos, expertos en ética y trasladando la responsabilidad al propio donante, que en definitiva es el responsable de la selección anatómica más conveniente.

Si bien la utilización de este “donante ideal” ha reducido de forma ostensible las listas de espera en países con un alto grado de organización como EUA, en los países del Este de Europa ha constituido el sistema básico para permitir la donación y por ello el trasplante.

Países bien desarrollados sanitariamente en la UE como Francia, Italia o Alemania han obtenido un 2 % a un 3,5 % de donación en vivo.

En nuestro país, a pesar de los buenos resultados de la Organización Nacional de Trasplantes (la cifra más elevada del mundo en donación por parte de donantes con muerte encefálica), la utilización de donantes vivos alcanzaba un 2,5 %, básicamente como en los países de nuestro entorno, aunque en ellos, la donación de fallecidos por muerte encefálica, es menor.

Un ejemplo que confirma estos datos se produce en Checoslovaquia, Hungría o Rumanía, en cuyas organizaciones sanitarias, la cifra de donaciones en cadáver es la más baja y la donación en vivo la más alta.

Uno de los factores que reduce la obtención de donante vivo es el conocimiento por parte de la sociedad del buen funcionamiento de las estructuras sanitarias y la exposición de los

resultados de la donación en cadáver, hechos que hacen pensar en los derechos y prioridades que les motivan para mantener la espera, evitando que un familiar generalmente sea involucrado en el estudio para selección de sus condiciones como donante y posteriormente ser intervenido para extraer “in situ” el segmento, segmentos o lóbulo que haga la donación, extracción e implante factible, obteniendo el resultado esperado, que demuestra la buena relación, el afecto y también obligaciones obtenidas absolutamente altruistas entre donante y receptor.

La donación “en vivo” tiene una serie de connotaciones, que podemos remarcar éticas, como hemos expuesto al principio, familiares por su relación que evita intereses desconocidos, discusiones o apropiaciones, de elementos de cualquier índole, de mayor o menor valor, que pueden calificarse de donaciones que en elementos valiosos pueden, si son conocidos por los equipos quirúrgicos, solicitar o recomendar suspender la donación en vivo.

Países aparentemente más libres (deberían calificarse como más esclavizados), como China o Sudeste asiático, no poseen comités que protejan al donante de su propia familia o centro de trabajo, o de relaciones políticas, que generalmente poseen más fuerza que las previas.

Un ejemplo que debería separarse de la afirmación referida es, sin duda EUA, que demuestra en sus estructuras sociales, en los 51 estados de la unión, diferencias en ocasiones abismales. El trasplante de órganos es una organización siempre privada, por el pago directo de los costes a través de donaciones, compañías privadas, grupos religiosos, y un largo, etc. Es una forma de establecer las obligaciones de los ciudadanos que están

absolutamente convencidos de la imposibilidad de afrontar los gastos del proceso más costoso que puede realizarse en un hospital.

De esta forma, el pago de los gastos correspondientes al donante y el receptor son asumidos por entidades ya referidas. En cuanto a la donación “en vivo” en EUA se acepta la indicación en la urgencia estudiándose todas las características del donante en 24 o 36 horas como máximo. Es importante recordar que en nuestro país un donante vivo no puede estudiarse en un periodo inferior a dos o tres semanas, o tal vez un periodo más largo de cuatro semanas al menos. El donante que decide después de conocer las ventajas, inconvenientes y riesgos de la donación, ha de comunicar su disposición. Una vez estudiado, el equipo médico (generalmente los cirujanos) acepta al donante (o donantes si son varios los que se postulan a esta ayuda), se dará cuenta de estas decisiones al equipo coordinador de trasplantes del propio hospital y éste al comité de ética (en el Hospital Doce de Octubre, ninguno es experto, no existe evidencia de que sus miembros tengan conocimiento de lo que representa un donante vivo, o hayan asistido a una intervención quirúrgica, negando en ocasiones la libertad del donante para participar en la donación). Por otro lado, este peculiar comité obliga a que se envíen los datos del posible donante dos semanas antes de que pueda discutir la buena actuación del equipo quirúrgico, añadiendo estas dos semanas al cómputo total de la espera, llegando a las cuatro semanas o a sobrepasar ampliamente este periodo.

Por los motivos expresados en el párrafo anterior, podemos calificar la actuación, fruto del interés, que me obligó a solicitar el cambio de nuestro comité a otro más experto de estudio, más correcto, en el hospital de Getafe. Tristemente los fundamentos

expresados finalizaron en las páginas de periódicos conocidos y bien informados, sin la participación o apoyo de la ONT (Organización Nacional de Trasplantes), entidad que debía entonces apoyar el esfuerzo de los integrantes de los equipos actuantes.

Es evidente que en ese país tan denostado la sociedad tiene capacidad para organizarse, prevaleciendo para su mejor decisión el conocimiento de los resultados del trasplante y de esta forma conocer por decisión personal, en qué centro tendrían una mejor acogida y teóricamente unos mejores resultados. Como hemos referido el principal escollo en aquel país es sin duda el coste económico del procedimiento. Sin embargo, este tipo de organización, aunque aparentemente injusta, permite el mantenimiento de centros como el Instituto T.H. Starzl de Trasplante de Órganos, en el que puede afirmarse sus buenos resultados clínicos y de investigación (véase su programa de investigación y estudios clínicos experimentales en xeno trasplante). Este ejemplo de reproducción, imposible en Europa, y menos aún en los mencionados países del este de nuestro continente.

De cualquier forma, debido a nuestros criterios aceptando la organización gubernamental y potenciándola, nos conforta asegurar que la sanidad y cómo no, los trasplantes se hallan libres de gastos, tranquilizándonos, al asegurar que todos los enfermos y posibles donantes carecen de privilegios que les diferencia por su trabajo, patrimonio económico, estrato social en el que viven o capacidad general de afrontar unos gastos no cuantificados. La pregunta, aunque de contestación incierta, sería el resultado comparativo de los dos sistemas u organizaciones. La respuesta, aunque tímida podría apreciarse estudiando el funcionamiento y el mantenimiento de organizaciones

bien conocidas (ténganse en cuenta los ejemplos como el Jackson Memorial de Florida, el departamento de cirugía de la Universidad de Rochester de Nueva York en trasplante hepático y el departamento de Mineápolis Minnesota en trasplante pancreático con más de 200 trasplantes pancreáticos en un año). Otro ejemplo fue especialmente llamativo, en el departamento mencionado de la Universidad de Rochester (Nueva York) en el que Amadeo Marco inició a su llegada desde Madrid (España) y Venezuela (Universidad de Caracas), iniciando el programa de trasplante hepático, superando las 200 intervenciones con donante vivo. Poco tiempo después, ante este éxito, fue contratado como “Director Clínico” del instituto I.H. Starzl de Pittsburgh (Pensilvania). A esta rápida movilidad se debían en gran medida los excelentes resultados en el trasplante hepático, especialmente en la utilización de donante vivo. Posteriormente, A. Marco dedicó gran parte del tiempo dedicado a la investigación en xenotrasplante.

Si estudiamos en las posibilidades inmunológicas del donante, vivo, observando las posibilidades de mayor tolerancia del injerto procedente de este donante, lo que le permite una importante tolerancia. Por estas características, los resultados de su implante, especialmente los injertos hepáticos, fue muy superior a los obtenidos utilizando injertos procedentes de donantes con muerte encefálica.

Donante vivo y xenotrasplante

La utilización de estas formas supone una de las mejores terapéuticas de suficiencia, llegan los órganos, sin duda vitales, como el hígado o el riñón. Se ha especulado de forma reiterada primero con las ventajas ya conocidas de la sustitución de órganos por injertos procedentes de donante vivo, los cuales

se ha considerado como la mejor opción terapéutica. En nuestro país se ha considerado una opción, seleccionada para casos determinados. De esta forma, como única posibilidad, se inició en Kioto el programa de trasplante hepático por Shimane en 1989, debido a que la utilización de donante cadáver no se había aceptado en Japón, hasta tal punto que se utilizaban dos segmentos hepáticos del lóbulo hepático izquierdo, generalmente utilizando como donante a la madre del paciente enfermo. Solo en receptores de escaso tamaño, se utilizó el lóbulo hepático izquierdo que aportaba masa hepática suficiente para compensar la pérdida del hígado enfermo.

Sin embargo, no se podía realizar esta terapéutica entre adultos, debido a que la masa parenquimatosa no era suficiente para compensar o equilibrar la pérdida hepática causada por la extracción de hígado enfermo.

De cualquier forma, en Occidente se iniciaron otros programas utilizando injertos procedentes de donante vivo (Raia San Pablo, Brasil, 1989), primer trasplante en el mundo utilizando los segmentos II y III y (Ch. Broelsch, Chicago, USA, 1991), trasplante pediátrico, primer trasplante pediátrico, utilizando puntas de aponeurosis del diafragma del donante, para favorecer la hemostasia en la pared cruenta de la superficie hepática de sección.

En nuestra experiencia practicamos la primera intervención entre adultos. El donante, hermano de la receptora, permitió la extracción del lóbulo hepático izquierdo, el cual fue implantado a nivel subfrénico. Previamente se realizaron los estudios y medidas para calcular el volumen del lóbulo izquierdo y conocer con exactitud que este lóbulo compensaría la pérdida de la totalidad del hígado enfermo. Esta intervención constituyó

la primera utilización en Europa del lóbulo hepático izquierdo entre adultos. Si bien los resultados fueron excelentes hasta el 210 día del posoperatorio, en este límite se inicia una enfermedad de injerto contra huésped que obligó a la resección subtotal del asa yeyunal utilizada en forma de “Y” mejorando hasta empeorar con rechazo resistente al cambio de la inmunosupresión asociada a corticoterapia. (E. Moreno, 1995).

Técnica, posibilidades y esperanzas del xenotrasplante.

Si revisamos detenidamente la historia de los trasplantes de órganos, observamos las mayores contribuciones, en especial en la utilización del riñón procedente de babuino, macaca mulata y otras especies que también incluyen el cerdo y otros animales con mejor tolerancia, y por ello, aparentemente motivando una línea de mayor esperanza con función renal recuperada durante semanas o meses. En el otro extremo del xenotrasplante renal, se dan hechos tan controvertidos como el mantenimiento de la excreción urinaria en un periodo inferior a 24 horas en el cual se llegó a excretar 50 litros, falleciendo los receptores en ese corto periodo de tiempo, sin posibilidad de reponer las pérdidas inducidas por el xenotrasplante.

Uno de los efectos más favorables fue el obtenido con el primer xenotrasplante hepático practicado en Denver (Colorado, U.S.A.) en 1974. El donante fue un macaca mulata, utilizando la totalidad del hígado con drenaje mediante asa yeyunal aislada (hepático-yeyunostomía). El receptor sobrevivió por espacio de 21 días, falleciendo por infección biliar (colangitis aguda), sin signos de rechazo.

En la actualidad, las condiciones han mejorado para obtener un resultado más adecuado con los fármacos actuales y el enfren-

tarse al tratamiento inmunosupresor, asociando la profilaxis de la frecuentemente grave infección biliar. A pesar de esta teórica mejoría los resultados del xenotrasplante no mejorarían en los últimos años, siendo más frecuente conseguir supervivencia del receptor inferior a los dos a cuatro días, teniendo como principal motivo del fracaso el rechazo.

El xenotrasplante ha buscado otros caminos más relacionados con la tolerancia inmunológica en la búsqueda de animales transgénicos que se adaptan todo lo posible al humano. Un sinnúmero de publicaciones cambiaron las ideas sobre el xenotrasplante. Desde el premio Nobel, Sir Peter Medawar, quien definía tal vez con excesivo optimismo, que la utilización de cerdos transgénicos se hallaba “a la vuelta de la esquina” aunque no se conocía la distancia establecida entre esos dos puntos.

De cualquier forma, las investigaciones se hallan concentradas en conseguir un donante genéticamente manipulado, que podría hallarse almacenado después de clasificarse con los estudios pertinentes dispuesto a su utilización inmediata, dependiendo siempre de la necesidad que el receptor tiene de ser trasplantado. Al igual que puede utilizarse este tipo de donante, los efectos sobre la reacción inmunológica permitirán, sin duda, cambiar el paradigma del trasplante, evitando las oficinas de coordinación, los viajes intempestivos, la coordinación de equipos de trasplante multifactoriales, utilización de aviones y ambulancias para los distintos grupos de cirujanos, gastos económicos a veces desorbitados, olvidando el sistema actual para transformarlo en otro más asequible y rentable.

Podemos asegurar, sin duda, que el sistema cambiará tal vez en el curso de los próximos meses, y podrán entonces asimilar los cambios referidos, como se aceptó la modificación de la inmu-

nosupresión, de tal forma aceptada con la denominación de época pre y pos-ciclosporina tras la trascendental investigación de Borel y el esfuerzo asociado de James Hardy (Jacksonville) con la realización del primer xenotrasplante cardíaco, con fallecimiento intraoperatorio del receptor.

Sólo me queda reiterar el agradecimiento por el alto honor que me concede la Real Academia Europea de Doctores y ofrecerle con sumo gusto la colaboración que estime oportuna.

He dicho



⊗ ANEXO: CURRICULUM VITAE PROF. ENRIQUE MORENO GONZALEZ

TITULOS ACADÉMICOS Y DE ESPECIALIDAD:

1. **Licenciado en Medicina y Cirugía.** Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, 1962. (Sobresaliente).
2. **Doctor en Medicina y Cirugía.** Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, 1972. (Sobresaliente, Cum Laude).
3. **Especialista en Cirugía General.** Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, 1967.
4. **Especialista en Cirugía Digestiva.** Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, 1969.
5. **Especialista en Cirugía Pulmonar.** Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, 1971.

PUESTOS DOCENTES DESEMPEÑADOS:

1. **Jefe del Servicio de Cirugía General.** Hospital Infantil de San Rafael, 1968.
2. **Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.** Hospital “Doce de Octubre”. Departamento de Cirugía, 1973. Docencia Posgrado.

3. **Profesor Agregado Contratado.** Universidad Complutense. Facultad de Medicina. Hospital Universitario “Doce de Octubre”, 1980-1985. Docencia Pregrado y Posgrado.
4. **Jefe del Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Organos Abdominales.** Hospital “Doce de Octubre”. Departamento de Cirugía, 1986, en activo en la actualidad. Docencia Posgrado.
5. **Profesor Titular Numerario.** Universidad Complutense. Facultad de Medicina. Area: Cirugía. Hospital Universitario “Doce de Octubre”, 1985.
6. **Catedrático Numerario de Patología Quirúrgica.** Universidad Complutense. Facultad de Medicina. Hospital Universitario “Doce de Octubre” Madrid. 1992, continua en la actualidad. Area: Cirugía.
7. **Director del Instituto de Cirugía Oncológica Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante de Organos Abdominales.** Hospital Universitario Doce de octubre. Madrid. 2009.
8. **Profesor Honorífico de la Universidad Complutense de Madrid.** 2013.

PRESIDENTE (EN LA ACTUALIDAD):

1. Presidente del Consejo Superior de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
2. Presidente del Consejo Rector de la Fundación Mutua Madrileña (2003-2012).

SOCIEDADES MÉDICAS A LAS QUE PERTENECE

1. Asociación Española de Cirujanos. (Director de la Revista, 1982-1990; 2º Vice-Presidente, 1994; 1º Vice-President, 1996).
2. Academia Médico-Quirúrgica Española (Académico de Número).
3. Sociedad Gallega de Patología Digestiva (**Miembro Honorario**).
4. American College of Surgeons (**Miembro Honorario**), 1992.
5. American Surgical Association (**Miembro Honorario**), 1996.
6. Sociedad Portuguesa de Cirugía (**Miembro Honorario**), 1990.
7. Association Française de Chirurgie (**Miembro Honorario**).
8. Società Italiana di Chirurgia (**Miembro Honorario**), 1984.
9. Colegio Brasileiro de Cirurgioes (**Miembro Honorario**), 1988.
10. Colegio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (**Miembro Honorario**), 1989.
11. Sociedad Bolivariana de Cirugía (**Miembro Honorario**), 1982.
12. Interamerican College of Surgeons (1978).
13. International College of Surgeons CIC (Vice-Presidente)
14. International College of Digestive Surgery (Comité para

- la enseñanza posgraduada 1976) (Miembro del Comité Ejecutivo 1984).
15. International Society for the Study of the Diseases of the Esophagus ISDE (Presidente de la Federación Europea, 1988. Miembro del Comité Ejecutivo, 1989; Vicepresidente, 1992; Presidente Electo, 1995).
 16. Sociedad Panameña de Cirugía (**Miembro Honorario**).
 17. Sociedad de Cirujanos de Chile (**Miembro Honorario**).
 18. Board International Academy of Proctology (Membro y Diplomado-Board).
 19. Alimentary Tract Surgical Society (Miembro Electo), 1981.
 20. Society for Surgical Oncology. Edwin Foundation (Miembro Electo), 1982.
 21. European Society for Surgical Research. (Miembro Electo)
 22. Hepato-bilio-pancreatic Surgical Society (Miembro del Comité Ejecutivo (H.P.B.S.S.) (1984- 1992). Presidente del Congreso Mundial, Mayo 1998.
 23. International Biliary-Pancreatic Association (Miembro del Comité Ejecutivo)(1984-1989).
 24. International Society of Cardio-Thoracic Surgeons (Japan) (Miembro Fundador).
 25. Asociación Española de Investigación en Cáncer (ASEICA) (Miembro del Comité Ejecutivo) (Miembro Fundador).
 26. Asociación Española de Cirugía de Urgencia (**Miembro Honorario**).

27. International Gastro-Surgical Club (Miembro Fundador 1982) (Presidente de la Sección de Cirugía 1990)(Presidente de la Sociedad, 1994).
28. Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante.
29. Universidad Nacional de Córdoba. (**Miembro Honorario**).
30. Societas Internationalis Universitaria Chirurgorum Colonis et Recti, 1984.
31. Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia (Académico Correspondiente), 1967.
32. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid (Académico Correspondiente), 1989.
33. Real Academia de Medicina y Cirugía de Zaragoza (Académico de Honor)
34. North-american Esophageal Club (1979).
35. Sociedad Canaria de Patología Digestiva (**Miembro Honorario**), 1984.
36. Universidad de L'Aquila (Italia). (**Docente Honorario**).
37. New York Academy of Sciences. (Miembro Electo), 1995.
38. Real Academia Nacional de Medicina (España) (**Académico de Número**), 1997.
39. Academia Nacional de Medicina (Colombia) (**Miembro Honorario**), 1998.
40. Ilmo Colegio de Médicos de Badajoz (**Colegiado de Honor**)
41. Academia Nacional de Medicina de Argentina (**Miembro Honorario**)

42. Sociedad Argentina de Cirugía (**Miembro Honorario**)
43. Sociedad de Cirugía de Costa Rica (**Miembro Honorario**)
44. Colegio de Cirujanos de Costa Rica (**Miembro Honorario**)
45. Sociedad Venezolana de Cirugía (Miembro Honorario)
46. Sociedad de Cirugía de Lyon (Miembro Honorario)
47. Sociedad de Cirugía de Costa Rica (Miembro Honorario)
48. Sociedad Europea de Trasplante de Órganos (Miembro Honorario)
49. Asociación Venezolana de Coloproctología (Miembro Honorario)
50. Sociedad Dominicana de Cirugía (Miembro Honorario)
51. Sociedad Brasileña de Cirugía Oncológica (Miembro Honorario)

PROFESOR VISITANTE

1. Universidad de'l Aquila. Italia, 1976, 1980.
2. Universidad de Roma. Policlínico Umberto I. Italia, 1977, 1979, 1981.
3. University of Kiyushu. Second Department of Surgery. Fukuoka. Japan, 1978, 1982.
4. Facultad de Medicina de Oporto. Hospital San Joao, Portugal, 1980-1982.

5. Universidad Autónoma. Universidad Católica de Guadalajara. México, 1980.
6. Universidad de Santo Domingo. República Dominicana, 1981.
7. Universidad de Illinois. Chicago (U.S.A.), 1983.
8. Universidad de Valparaiso. Chile, 1983.
9. Pontificia Universidades Católica de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Dept. de Clínica Cirúrgica (Brasil). FCM-PUCCAMP. 1983.
10. Universidad de Cartagena (Cartagena. Colombia). Consejo Académico de la Universidad de Cartagena, 1983.
11. Hospital Sta. María. Universidad de Lisboa. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Serviço de Clínica Cirúrgica, 1983, 1984, 1985, 1988.
12. Toranomom Hospital. Tokyo, 1984.
13. Facultad de Medicina de Bogotá. Hospital San Pedro Claver. Colombia, 1984.
14. Universidad de Santiago. Dept. de Cirugía. Hospital "José Aguirre". Chile, 1985.
15. Facultad de Medicina de Panamá. Panamá, 1985.
16. Universidad de Amsterdam. Academisch Medisch Centrum. Department of Surgery. Amsterdam. Holanda, 1985.
17. Morioka University. Iwate Medical University School of Medicine. Japón, 1986.
18. Kurume University. The First Department of Surgery. Kurume University School of Medicine. Japón, 1986.

19. University of Hadassah. Department of Surgery. Tel Aviv. Israel, 1986.
20. Sociedad Mexicana de Cirujanos de Colon y Recto. Universidad Católica de México, 1986.
21. Universidad de Rosario. Facultad de Medicina. Argentina, 1988.
22. Universidad de San Francisco (U.S.A.), 1990.
23. Presbyterian Pacific Hospital. Liver Transplant Unit. San Francisco. California (USA), 1990.
24. Departamento de Cirugía. Universidad de Rochester. New York (USA) 1991.
25. Royal Postgraduate Medical School. Hammersmith Hospital. Department of Surgery. Londres. 4-8 Noviembre 1991.
26. Universidad de Eppendorf. Hamburgo. Alemania.
27. Facultad de Medicina. Universidad de Alabama. Departamento de Cirugía. Birmingham. 2009.

PRESIDENTE CONGRESOS MUNDIALES

1. Presidente, 4º Congreso Mundial del I.G.S.C. (1993)
2. Presidente, 3er Congreso Mundial de la I.H.P.B.A. (1998)
3. Presidente, 9th World Congress of the ISDE (2004)
4. Presidente, 16º World Congress of the IGSC (2006)

OTROS PREMIOS

1. Medalla de Oro del Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirujanos (Milan, 1988)
2. Ambroggino de Oro. Assoziacione Comunale Milan (1983)
3. Ambroggino de Oro. Assoziacione Comunale Milan (1985)
4. Ambroggino de Oro. Assoziacione Comunale Milan (1989)
5. Medalla de Plata de la Universidad de Bolonia (1989)
6. Medalla de la Universidad de Palermo Sicilia
7. Profesor Honorario de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)
8. Doctor Honoris Causa della Università degli Studi di Palermo (Italia)(1998)
9. Medaglia del Città di Palermo Sindaco di Palermo (Italia) (1998)
10. Medaglia della Università degli Studi di Palermo (Italia) (1998)
11. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina (1998)
12. **Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica** (1999)
13. Medalla de Oro del Excmo. Ayuntamiento de Madrid. (2000)
14. Medalla de oro de la Junta de Extremadura. (2000)
15. Extremeño de Hoy (2001)

16. Cruz de Oro de San Juan Evangelista (2003)
17. Gran Cruz de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)
18. Medalla de Honor al Fomento de la Investigación. Fundación Juan Cabrerizo (2005)
19. Placa de Plata de la Sanidad Madrileña (2007)
20. Excelencia Profesional. Fundación Caja Rural de Zamora (2007)
21. Master de Oro. Forum de Alta Dirección (2008)
22. Doctor Honoris Causa. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (2008)
23. **Doctor Honoris Causa Universidad de Coimbra.** (2009)
24. Caballero de la Sacra y Militar Orden Constantiniana de San Jorge (2009)
25. Medalla de Honor de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid (2009)
26. Premio Virgili de la Sociedad Catalana de Cirugía (2009)
27. Gran Cruz de la Sanidad Madrileña (2009)
28. Académico de Honor de la Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote (2010)
29. Premio Nacional de cirugía “Pedro Virgili”. Cortes de Cádiz (2011)
30. Miembro Consejo Asesor Internacional del Campus de la Excelencia de la Universidad de Oviedo (2011)
31. Miembro del Patronato del Museo de la Medicina Infanta Margarita (2011)

32. Premio Gigante Extremeño (2012)
33. Doctor Honoris Causa. Universidad de Málaga (2012)
34. Torsón de Oro de la orden del Torsón de Santiago (2012).
35. **Doctor Honoris Causa. Facultad de Medicina de la Santa Casa de Vitoria.** Espirito Santo. Brasil. (2013).
36. **Doctor Honoris Causa. Constantinian University.** Roma (2013)
37. European Academy of Sciences and Arts (Active Member) (2013)
38. Caballero del Corpus Christi. Ilustre Capítulo Hispano Americano (2014)
39. Doctor Honoris Causae Universidad Alfonso X El Sabio
40. **Doctor Honoris Causae Universidad de Extremadura**
41. **Doctor Honoris Causae Universidad de Málaga**
42. **Doctor Honoris Causae Universidad H. Frias Potosi**
43. **Doctor Honoris Causae Universidad de Montevideo**
44. **Doctor Honoris Causae Universidad de Buenos Aires**
45. Miembro de Honor de la Universidad Española de Trasplantes
46. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Murcia
47. Académico de Honor de la Real Academia de Medicina de Zaragoza
48. Académico Honorario de la Real Academia de Medicina de Cantabria

EDITOR

Hepato-Gastroenterology (1985/en la actualidad)

Cirugía Española (1982-1990)

MIEMBRO DEL COMITE EDITORIAL

1. Journal of the American College of Surgeons
2. World Journal of Surgery
3. British Journal of Surgery
4. Colon and Rectal Diseases
5. Digestive Surgery
6. Annal du Chirurgie
7. Diseases of the Esophagus
8. Chirurgische Gastroenterologie mit Interdisziplinären Gesprache
9. Annali Italiani de Chirurgia
10. The Croatian Journal of Gastroenterology and Hepatology
11. Cirugía española.
12. Surgery
13. Hepatology & Gastroenterology
14. Hepatobiliopancreatic Journal Of Surgery
15. Internacional Journal of Colorectal Diseases
16. European Clinics of Digestive Diseases
17. Chirurgia Gastroenterologica

18. Italian Journal of Surgical Sciences
19. Gullet (An Internacional Journal of Oesophageal Disease)
20. Vídeo-Revista de Cirugía
21. Intergastro
22. Hepatología-Gastroenterología
23. Cirugía Colombiana
24. Revista de la Sociedad Española de Cirugía de Urgencias
25. Research in Surgery
26. Revista Española de Oncología
27. Revista española de enfermedades digestivas
28. Medicina clínica
29. Trasplante
30. Cirugía laparoscópica y endoscópica
31. Italian Journal of Colo-Proctology
32. Internacional Journal of Gastric Cancer
33. Clinical & Translational Oncology

LIBROS PUBLICADOS

Actualización en Cirugía del Aparato Digestivo (12 volúmenes desde 1983 a 2012) Enfermedades Digestivas (4 volúmenes, 1989)

Hepatobiliary and Pancreatic Malignancies (1989)

Neoplasie maligne el fegato, vie biliari, pancreas. Diagnosi, tratamiento médico-chirurgical (1990) Manejo Perioperatorio del trasplante hepático (1992)

Malignancies of the Liver. European Clinics in Digestive Surgery (1993) Proceeding Fourth World Congreso Gastrointestinal Club (1994) Avances en el trasplante de Organos Abdominales (1997)

Proceedings Third World Congress International hepato-pancreato-Biliary Association (1999)

Traumatismos (2005)

Proceedings IX World Congress International Society for Diseases of the Esophagus. (2006)

Proceedings 16th World Congress of the International Association of Surgeons & Gastroenterologists. (2006)

PROGRAMAS DE INVESTIGACION

1. 1968-1972 Instituto Cajal del Consejo Superior de Investigaciones Cientificas (Dr. Carrato Ibáñez). Programmes:
 - 1) Homologous orthotopic liver transplantation in dogs. Utilization of the whole graft.
 - 2) Experimental heterotopic liver transplantation. Utilization of whole graft.
 - 3) Mesenterico-cava interposition of autologous venous graft(internal jugular vein) inpre-hepatic portal hypertension in dogs (Assistant Physician).
2. 1969-1970 Medical Center University of Colorado. Denver. U.S.A. (Prof. T.E. Starzl). Orthotopicliver transplantation. Renal transplantation (Assistant surgeon).
3. 1972-1973 Veterans Administration Medical Center (Dr. I. Penn). Laboratory of animal research.
Assistant surgeon. Total liver transplantation. Liver graft viability (Assistant surgeon).
4. 1976-1979 University Hospital La Paz. Experimental Surgery Department. Assistant surgeon (Dr. E. de Miguel). Experimental total liver transplantation in the dog. Utilization of bilio-jejunal by-pass by means of central cholangio-jejunostomy (Principal investigator).
5. 1980-1982 University Hospital La Paz. Experimental Surgery Department. Assistant surgeon.

- 1) Experimental partial pancreas autotransplantation in the dog 2) Partial orthotopic liver homotransplantation -versus- heterotopic (Investigator).
6. 1983-1986 Military Hospital Gomez Ulla. Assistant surgeon.
1) Heterotopic partial liver transplantation.
2) Partial pancreas autotransplantation (Investigator).
7. 1982-1986 University Hospital. Experimental Surgery Department. Department of Surgery (Prof.J.L. Balibrea).
1) Portal hypertension
2) Partial pancreas autotransplantation.
3) Partial liver homotransplantation (Investigator).
8. 1986-1988 Experimental Research Center. University Hospital Gomez Ulla. Liver transplantation in induced hepatic failure (Principal investigator).
9. 1988-1990 University Hospital San Carlos. Experimental Surgery Department. Department of Surgery. Provoked portal hypertension in dogs. Action of Somatostatine 14 (Investigator).
10. 1990-1991 University Hospital Doce de Octubre. Experimental Surgery Department. Multi-organ transplantation (Principal investigator).
11. 1992-1994 University Hospital Doce de Octubre. Study of hepatitis C virus infection (HCV) in orthotopic liver transplantation. Application of the amplification techniques of nucleic acids (PCR) (Principal investigator).
12. 1993-1995 University Hospital Doce de Octubre. Study of the prognostic value of Aminogram in the evolution of patients who underwent liver transplantation (Principal investigator).
13. 1997- University Hospital Doce de Octubre. Living donor liver transplantation. Experimental study in relation with graft type, preservation, procedure and function. Clinical applications. (Principal investigator)

RESUMEN DE ACTIVIDAD CIENTIFICA

CAPITULOS PUBLICADOS EN LIBROS NACIONALES: 254

CAPITULOS PUBLICADOS EN LIBROS INTERNACIONALES: 46

TRABAJOS PUBLICADOS EN REVISTAS NACIONALES: 263 (192 indexadas)

TRABAJOS PUBLICADOS EN REVISTAS INTERNACIONALES: 354 (todas indexadas)

ABSTRACTS PUBLICADOS EN REVISTAS, PROCEEDINGS, LIBROS NACIONALES: 441

ABSTRACTS PUBLICADOS EN REVISTAS, PROCEEDINGS, LIBROS INTERNACIONALES: 228

COMUNICACIONES Y PONENCIAS PRESENTADAS A CONGRESOS NACIONALES: 636

COMUNICACIONES Y PONENCIAS PESENTADAS A CONGRESOS INTERNACIONALES: 362

CONFERENCIAS DICTADAS EN CONGRESOS NACIONALES: 54

CONFERENCIAS DICTADAS EN CONGRESOS INTERNACIONALES: 344

CONFERENCIAS DICTADAS EN CURSOS NACIONALES: 293

CONFERENCIAS DICTADAS EN CURSOS INTERNACIONALES: 349

PARTICIPACIONES EN MESAS REDONDAS NACIONALES: 327

PARTICIPACIONES EN MESAS REDONDAS INTERNACIONALES: 382

CURSOS Y SEMINARIOS IMPARTIDOS: 78

CURSOS Y SEMINARIOS RECIBIDO: 28

ESTANCIAS EN HOSPITALES EXTRANJEROS: 23

BECAS, AYUDAS Y PREMIOS RECIBIDOS: 85

TESIS DOCTORALES DIRIGIDAS O CO-DIRIGIDAS

- 1. “Estudio experimental sobre la derivación esplenorrenal distal selectiva con injerto autólogo de vena yugular interna”**. D. Juan Hebrero San Martín. Sobresaliente Cum Laude. Premio Extraordinario. 1977 (Co-Director).
- 2. “Dinámica de la obstrucción parcial del tránsito esófago-gástrico. Modelo experimental y su comparación en la clínica”**. D. Javier Calleja Kempin. Sobresaliente Cum Laude. 1986 (Director).
- 3. “Aspectos experimentales, fisiológicos y clínicos de la condrectomía subpericondral en el tratamiento de las deformidades parieto-torácicas”**. D. Manuel Hidalgo Pascual. Sobresaliente Cum Laude. 1987 (Director).
- 4. “Estudio de un modelo mixto de la hipertensión portal en el perro. Valoración comparativa de la actividad de la Somatostatina sobre la hemodinámica portal tanto en perros normales como en perros portadores de dicho modelo”**. D. Javier Arias Díaz. Sobresaliente Cum Laude. 1987 (Co- Director).
- 5. “Bases clínicas y experimentales en las indicaciones del trasplante de hígado. Estudio comparativo entre el trasplante segmentario ortotópico y heterotópico”**. D. José María Jover Navalón. Sobresaliente Cum Laude. 1987 (Co-Director).

6. **“Estudio experimental en un nuevo modelo de trasplante segmentario heterotópico de páncreas. Importancia de la anastómosis pancreato yeyunal en la función endocrina y exocrina del injerto”**. D. Manuel Gómez Gutiérrez. Sobresaliente Cum Laude. 1987 (Co-Director).
7. **“Sustitutos esofágicos. Estudio comparativo clínico y funcional”**. D. Julio Santoyo Santoyo. Sobresaliente Cum Laude. 1988 (Director).
8. **“Estudio experimental y clínico sobre el fallo hepático fulminante. Posibilidades actuales de tratamiento mediante trasplante hepático”**. D^a María Pilar Sevilla Molina. Sobresaliente Cum Laude. 1989 (Director).
9. **“Problemática de la revascularización arterial en el trasplante hepático”**. D. Guilherme Berenhauer Leite. Sobresaliente Cum Laude. 1989 (Director).
10. **“Introducción de la Ph-metría de 24 horas en el estudio del paciente con reflujo gastroesofágico (estudio clínico y experimental)”**. Dr. Ramón Gómez Sanz. Sobresaliente Cum Laude. 1990 (Director).
11. **“Gastritis alcalina por reflujo (Medición de ácidos biliares en cavidad gástrica y estudio del vaciamiento gástrico, como factores de diagnóstico y tratamiento)”**. Dr. José Figueroa Andollo. Sobresaliente Cum Laude. 1990 (Director).
12. **“Alteraciones de la hemostasia durante el trasplante hepático (valor pronóstico del estudio de hemostasia en la evaluación precoz de los pacientes)”**. D^a María del Carmen Ribera Casado. Sobresaliente Cum Laude. 1990 (Director).

13. **“Gastritis hemorrágica aguda experimental. Evolución de las lesiones y composición de fosfolípidos en aspirado y mucosa gástrica, según aporte energético”**. D. Ángel de la Calle Santiuste. Sobresaliente Cum Laude. 1990 (Director).
14. **“Trasplante hepático en pacientes con antígeno de superficie de virus B de la hepatitis. Estudio clínico y virológico”**. D. Carmelo Loinaz Seguro. Sobresaliente Cum Laude. 1991 (Director).
15. **“Monitorización prolongada del Ph esofágico y gástrico. Valores de normalidad y aplicaciones quirúrgicas”**. D. José Seoane González. Sobresaliente Cum Laude. 1991 (Director).
16. **“La influencia del factor edad en los resultados clínicos del homotrasplante ortotópico de hígado”**. D. Carlos Jiménez Romero. Sobresaliente Cum Laude (Director).
17. **“Estudio clínico comparativo de los resultados del trasplante hepático ortotópico realizado con y sin bypass venoso”**. D. Javier Ibáñez Aguirre. Sobresaliente Cum Laude. 1992 (Director).
18. **“Estudio de los resultados funcionales de la anastomosis íleo-anal con reservorio. Análisis comparativo según etiología causal y técnica de anastomosis”**. D. Pedro Rico Selas. Sobresaliente Cum Laude. 1992 (Director).
19. **“Estudio experimental de la aplicabilidad de la implantación de hepatocitos aislados en peritoneo y en bazo”**. D. Ignacio González-Pinto Arrillaga. Sobresaliente Cum Laude. 1992 (Director).
20. **“Trasplante hepático ortotópico del adulto: Indicaciones, manejo y utilidad de los fármacos vasoactivos (Dopa-**

- mina, Dobutamina, Metoxamina y Adrenalina) durante la fase anhepática y la reperfusión del injerto**". D. Pedro Dávila Muñoz. Sobresaliente Cum Laude. 1992 (Director).
21. **"Alteraciones hemodinámicas y metabólicas durante la reperfusión del injerto en el Trasplante Hepático del Adulto"**. D. Dámaso Riaño Carrera. Sobresaliente Cum Laude. 1992 (Director).
 22. **"Estudio secuencial morfológico e inmunohistoquímico del hígado trasplantado en pacientes HBsAg seropositivos"**. Dña. Nuria Alberti Masgrau. Sobresaliente Cum Laude. 1993 (Director).
 23. **"Factores que afectan al rechazo agudo corticorresistente en el trasplante hepático"**. D. Julio Bercedo Martínez. Sobresaliente Cum Laude. 1993 (Director).
 24. **"Trasplante de intestino delgado aislado y asociado a otros órganos abdominales"**. D. Harry Bonet Furgeri. Sobresaliente Cum Laude. 1994 (Director).
 25. **"Estudio clínico del Trasplante Hepático Ortotópico en función del volumen de sangre transfundido intraoperatoriamente"**. D. Juan Carlos Palomo Sánchez. Sobresaliente Cum Laude. 1994 (Director).
 26. **"Factores pronósticos en el desarrollo de la disfunción primaria del injerto y su influencia en los resultados del Trasplante Hepático"**. D. Carlos Moreno Sanz. Sobresaliente Cum Laude. Marzo 1996 (Director).
 27. **"Factores relacionados con la esteatosis, influencia de ésta sobre la función del injerto en el Homotrasplante Ortotópico de Hígado"**. D. Miguel Angel García Ureña. Sobresaliente Cum Laude. Abril 1996 (Director).

28. **“Factores que influyen sobre la mortalidad del Trasplante Hepático”**. D. Fermin Palma Carazo. Sobresaliente Cum Laude. Noviembre 1996. (Director).
29. **“Análisis multivariable de la pérdida del injerto en el trasplante hepático ortotópico de adultos”**. D. Diego Hernández García Gallardo. Sobresaliente Cum Laude. Noviembre 1996. (Director).
30. **“Factores predictivos de mortalidad tardía en receptores de trasplante”** D. Antonio González Chamorro. Sobresaliente Cum Laude. Mayo 1998
31. **“Trasplante hepático en hepatopatía crónica etílica”**. D. Dolores Rodríguez Romano. Sobresaliente Cum Laude. Mayo 1999.
32. **“Estudio clínico y factores pronóstico en receptores de retrasplante hepático”**. D Juan Carlos MeneuDíaz. Sobresaliente. Cum Laude. Octubre 1999
33. **“Factores pronósticos de resecabilidad, morbimortalidad y supervivencia en los tumores de la confluencia biliar”**. Dña. Marina Manzanera Díaz. Sobresaliente Cum Laude. Marzo, 2000.
34. **“Influencia de la cirugía antirreflujo en el control de los trastornos motores asociados al esófago de Barrett”**. D. Federico Ochando Cerdán. Sobresaliente Cum Laude. Mayo, 2000.
35. **“Esófagofunduplicación endoscópica. Estudio experimental y posibilidades de aplicación clínica”**. D. Tomás Martínez Serna. Sobresaliente Cum Laude. Junio, 2000.

36. **“Complicaciones infecciosas graves en receptores de trasplante hepático infectados por el virus VHC: análisis comparativo de cohortes.** D. Manuel Abradelo de Usera. Sobresaliente Cum Laude. Septiembre, 2001.
37. **“Factores de riesgo cardiovascular en el seguimiento a largo plazo de pacientes trasplantados hepáticos”.**Dña. Rosa Marta Sanz García. Sobresaliente Cum Laude. Junio, 2002.
38. **“Influencia del rechazo agudo y la inmunosupresión en la evolución de los pacientes con trasplante hepático ortotópico por cirrosis por VHC”.** D. Oscar Alonso Casado. Sobresaliente Cum Laude. 2002. (Director)
39. **“Valoración de los factores pronóstico en el resultado del tratamiento del hepatocarcinoma mediante trasplante o resección”.** D. Baltasar Pérez Saborido. Sobresaliente Cum Laude (2004). (Director). Premio de Doctorado de la Fundación López Sánchez 2004 (Real Academia Nacional de Medicina).
40. **“Estudio comparativo a largo plazo entre Neoral en triple terapia y Tacrolimus en doble terapia en trasplantados hepáticos”.** D. Luis Miguel Marín Gómez. Sobresaliente Cum Laude. (2005). (Director).
41. **“Resultados del trasplante hepático ortotópico en los pacientes con trombosis portal”.** D. Francisco Alberto Gimeno Calvo. Sobresaliente (2005). (Director).
42. **“Estudio de las lesiones mucosas orales y factores asociados en pacientes trasplantados hepáticos tratados con inmunosupresores”.** D. Lorenzo de Arriba de la Fuente. Sobresaliente Cum Laude. (2005). (Director).

43. **“Utilidad de la ecografía intraoperatoria en la resección de las lesiones hepáticas. Estudio prospectivo comparativo pre, per y postoperatorio”**. Dña. María de los Santos Gallego Gallego. Sobresaliente Cum Laude. Marzo, 2005.
44. **“Estudio sobre la influencia de los donantes mayores de 60 años en los resultados del trasplante hepático”**. Dña. Marta Clemares del Amo. Sobresaliente Cum Laude. (2005). (Director).
45. **“Resultados del trasplante hepático con injerto procedente de donante vivo”**. Dña. Almudena Moreno Elosa-Olaso. Sobresaliente Cum Laude. (2005). (Director). Premio Extraordinario. Premio de Doctorado de la Fundación López Sánchez 2005 (Real Academia Nacional de Medicina).
46. **“Colestasis en el trasplante hepático”**. D. Camilo J. Castellón Pavón. Sobresaliente Cum Laude. (2006). (Director).
47. **“Estudio comparativo morfofuncional entre la hepático-yeyunostomía en “Y-Roux” y la interposición hepático-yeyuno-duodenal”**. D. Alberto Rodríguez Cañete. Sobresaliente Cum Laude. (2006). (director).
48. **“Análisis multivariante de los factores predictivos del resultado de la funduplicatura de Nissen”**. Dña. Gloria Paeseiro Crespo. Sobresaliente Cum Laude. (2006). (Director).
49. **“Utilización de un sistema de soporte hepático artificial “MARS” en pacientes con insuficiencia hepática aguda grave. Valoración de su indicación como puente a trasplante hepático o en la recuperación de la función de hígado nativo”**. D. Juan Carlos Montejo González. Sobresaliente Cum Laude. (2006). (Director).

50. **“Control anestésico de los pacientes cirróticos con insuficiencia renal sometidos a cirugía del trasplante hepático. Comparación con función renal normal.”** D. Francisco Pérez-Cerdá Silvestre. Sobresaliente Cum Laude (2007). (Director).
51. **“Estudio de las manifestaciones clínicas y cambios biológicos (expresión de P53 y aneuploidia en mucosa esofágica) como consecuencia de reflujo gastroesofágico ácido y biliar. Importancia en la selección terapéutica del esófago de Barrett.”** D. Carlos Jesús Miliani Molina. Sobresaliente Cum Laude (2007). (Director).
52. **“Resultados del trasplante hepático utilizando injertos procedentes de bipartición SPLIT”.** Dña. Yiliam Fundora Suárez. Sobresaliente Cum Laude (2008). (Director).
53. **“Factores pronósticos de la trombosis venos del injerto en el trasplante de páncreas”.** D. Alejandro Manrique Municio. Sobresaliente Cum Laude (2010). (Director).
54. **“Correlación de los hallazgos clínicos y las pruebas complementarias en pacientes estudiados por enfermedad por reflujo gastroesofágico”.** D. Lazlo Bor. Sobresaliente Cum Laude (2010). (Director).
55. **“Trasplante hepático e infección por virus de la hepatitis C: Factores pronósticos asociados al desarrollo de lesión hepática grave del injerto”.** Dña. Ana García Reyne. Sobresaliente Cum Laude(2010).(Director).
56. **“Factores pronósticos de la trombosis venos del injerto en el trasplante de páncreas”.** D. Alejandro Manrique Municio. Sobresaliente Cum Laude (2010). (Director).

57. **“Correlación de los hallazgos clínicos y las pruebas complementarias en pacientes estudiados por enfermedad por reflujo gastroesofágico”**. D. Lazlo Bor. Sobresaliente Cum Laude (2010). (Director).
58. **“Trasplante hepático e infección por virus de la hepatitis C: Factores pronósticos asociados al desarrollo de lesión hepática grave del injerto”**. Dña. Ana García Reyne. Sobresaliente *Cum Laude* (2010). (Director)
59. **“Trasplante hepático como tratamiento del carcinoma hepatocelular. Estudio descriptivo y evaluación de los factores pronósticos que condicionan los resultados a largo plazo”**. Dña. María Donat Garrido. Sobresaliente Cum Laude (2011). (Director)
60. **“Tromboelastometría en el trasplante hepático con injerto en asistolia frente al de muerte cerebral”**. D. Adolfo García Gutiérrez. Sobresaliente Cum Laude (2011). (Director)
61. **“Monoterapia inmunosupresora con micofenolato mofetilo en enfermos trasplantados de hígado con neuropatía crónica por anticuacineurínicos”**. Dña. Patricia Ortega Domene. Sobresaliente Cum Laude (2011). (Director)
62. **“Trasplante intestinal y multivisceral en pacientes adultos. Análisis de la primera experiencia en España”**. D. Jorge Calvo Pulido. Sobresaliente Cum Laude (2011). (Director)
63. **“Resultados del trasplante hepático con injerto procedente de donante a corazón parado no controlado”**. D. Santos F. Jiménez de los Galanes Marchán. Sobresaliente Cum Laude (2012). (Director)

64. **“Valoración de la Influencia del Trasplante Hepático en la Fecundación y la Gestación. Experiencia del Hospital Universitario 12 de Octubre.”**. D. Ignacio Palomo Álvarez.. Sobresaliente Cum Laude (2012). (Director)
65. **“Estudio comparativo entre receptores de trasplante hepático mayores y menores de 60 años. Resultados a largo plazo”**. D. Iago Justo Alonso. Sobresaliente Cum Laude (2013). (Director)
66. **“Variaciones hemodinámicas durante la fase anhepática del trasplante hepático en el adulto: efectos de una modificación de la técnica de oclusión del flujo hepático”**. Dña. Isabel Real Navacerrada. Sobresaliente Cum Laude (2013). (Director)

TESINAS DE LICENCIATURA DIRIGIDAS

1. **“Enfermedad de Hirschprung. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento quirúrgico”**. D. Arturo García Ocaña. Sobresaliente. 1976.
2. **“Posibilidades de conservación del mecanismo esfinteriano en la cirugía ablativa del recto-sigmoides”**. D. Pedro Rico Selas. Sobresaliente. 1976.
3. **“Técnicas quirúrgicas menos frecuentes en el tratamiento de la hipertensión portal”**. D. Gonzalo García-Blanch de Benito. Sobresaliente. 1977.
4. **“Problemática actual de las derivaciones selectivas en el tratamiento quirúrgico de la Hipertensión Portal”**. D. Javier Calleja Kempin. Sobresaliente. 1980.

5. **“Modelo de costes de trasplante hepático en el Hospital Primero de Octubre”**. D. Rafael Ramos Martínez. Sobresaliente. 1987.
6. **“Estado actual del homotrasplante ortotópico de hígado en el humano”**. D. Francisco Javier Sánchez Manuel. Sobresaliente. 1987.
7. **“Utilidad de la biopsia en el trasplante hepático”**. D. Carlos Casado Álvaro. Sobresaliente. 1988.
8. **“Estado actual del tratamiento quirúrgico de los tumores hepáticos primitivos”**. D. Jesús Antonio Álvarez Sánchez. Sobresaliente. 1988.
9. **“El test de Kayne. Estudio del reflujo posprandial”**. D. I. Seoane González. Sobresaliente. 1994.



⊗ BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Moreno González, E.: Actualización en Cirugía del Aparato Digestivo. V XI. Jarpyo Editores S.A. ISBN 80992 70. 2004.
2. Lygidakis, N.J.; Moreno González, E.; Sugimachi, K.: International Hepato Pancreato Biliary Association. Hepato-Gastroenterology. Vol. 45, 1998.
3. Lygidakis, N.J.; Clarsen, M.; Moreno González, E.: Malignancies of the Liver. Vol. 1, 1-304. New York.
4. Moreno González, E.: Presente y Futuro del trasplante de Órganos Abdominales II. Patología del Aparato Digestivo Gastrum. 1996.
5. Emond, I.C.; Postleweit, J.C.: Reduced size orthotopic liver transplantation use in the management of children with chronic liver disease. Hepatology 1889, 867-872.
6. Moreno González, E.; Mennini G.; Silecchia, G.: Aggiornamenti in chirurgia del Aparato digerente. Athena Editrice, Roma, 1986.
7. Jiménez, Carlos; Riaño, Dámaso; Moreno, Enrique; Jabbour, Nicholas: Avances es Trasplante de Órganos abdominales. Cuadecon. Ed., Sock Ed. 1997.
8. Moreno González, E.: La evolución de los trasplantes de Órganos Abdominales. R.A.N.M.E. Madrid, 2020.
9. Asensio-González, J.A.; Moreno González, E.: Traumatismos. Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento; copyright. 2005-2009

10. Moreno González, E.: I.A.S.G; 16 World Congress of the I.A.W.C.I.A.S. and G. 2009
11. Riaño, D.; Dávila, P.A.; Jiménez, C.; Moreno González, E.: Manejo perioperatorio del trasplante hepático. Arán Ed. copyright. 1993.
12. Moreno González, E.: Académie Nationale de Médecine. Strasbourg Mai. 2006
13. Moreno González, E.: La transplantation hépatique a donneur vivant a l'Hospital 12 de Octubre, Madrid (Espagne). Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2006, 190.9, 1867-1915.
14. Moreno González, E.: Actualización en Cirugía del Aparato Digestivo. 1981. Jarpyo Ed. ISBN 36-19,7
15. Moreno González, E.: Avances adquiridos en el trasplante hepático desde su inicio hasta la actualidad. Instituto de España. R.A.N. de Medicina de E. 1998. Discurso de recepción de Académico Numerario.
16. Moreno González, E.; Cooperman, A.M.; Camberlain, R.: The pancreas Revisited, I, Diagnosis, Chronic Pancreatitis: The Surgical Clinics of North America, 81, 2, 2001, 4.
17. Moreno González, E.: Current medical and Surgical Trends Hepato-Gastroenterology. CHGE. Update Medical Publishing, Stuttgart 0172 54, June 2007, 0984, 1304.



Discurso de contestación

Excmo. Sr. Dr. Francisco González de Posada

❖ ACERCA DEL LUGAR QUE OCUPA EL DR. ENRIQUE MORENO GONZÁLEZ EN LA HISTORIA DE LA CIRUGÍA ESPAÑOLA

Debo comenzar agradeciendo a nuestra Real Academia Europea de Doctores la distinción que me concede al designarme como representante en su nombre del Discurso de Contestación en esta toma de posesión como Académico de Honor del insigne cirujano español Enrique Moreno González.

El doctor Moreno nos ha entusiasmado en su presentación con una espléndida lección científica, técnica y lingüística acerca de su quehacer, y lo ha hecho a modo de *memoria* de sus relevantes haceres durante unos 50 años, construyendo una historia, y en ella su propia historia, de los trasplantes de órganos. ¡Cuánta precisión!, ¡cuánto valor!, ¡cuánta entereza!, ¡cuánto progreso! Y de forma tan clara, tan bella y tan descriptiva que me evita el introducirme, desde mi condición de no médico, en los berenjenales anatómicos, fisiológicos e histológicos de los órganos tratados, así como de las consideraciones de naturaleza quirúrgica. Complementariamente ha narrado también su historia personal en el continuado proceso de mejora de las técnicas y de incremento del número de órganos trasplantados, en diferentes situaciones y de manera prolija.

He de recordar, por lo que a mí afecta, que ingresamos en la Real Academia Nacional de Medicina de España en el año 1998, él a comienzos y yo a finales del mismo. Nuestros sillones están muy cercanos, nos permiten comunicarnos. Tuve la

enorme suerte así de encontrarme con el hoy nuevo académico de la Real Academia Europea. He aprendido mucho de él y, obviamente, del resto de nuestros compañeros, pero, compréndase, no tanto como para atreverme a hacer juicios concretos sobre el valor de sus sucesivos logros, tarea que corresponde a los colegas médicos y especialmente a los cirujanos.

Hasta ese año de referencia común, 1998, el Dr. Moreno portaba un admirable *curriculum* como científico y técnico, introductor de novedades quirúrgicas en España y pionero de otras. Su fama lo colocaba a la cabeza de la profesión, de tal manera que, al año siguiente, 1999, se le concedería el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica. Hasta ese momento, quizás lo más relevante de su hacer en perspectiva social, era el hecho de que por primera vez en Europa había realizado un trasplante hepático en 1986 al que siguieron numerosos otros. He aquí el texto del Jurado en la concesión de dicho premio, compartido con el Dr. Ricardo Mileni:

“En el caso del Dr. Moreno sus trabajos sobre la hipertensión portal y tumores malignos digestivos y el desarrollo de técnicas quirúrgicas innovadoras para esta patología, incluyendo el trasplante hepático, han contribuido de forma decisiva a la lucha contra estas enfermedades.

El Jurado desea ejemplificar en los premiados la complementariedad esencial de la investigación médica en sus facetas básica, clínica y de desarrollo tecnológico tanto farmacológico como quirúrgico.

Los Premiados son figuras de referencia en sus campos respectivos y maestros universitarios con reconocimiento mundial, sobre todo en el ámbito iberoamericano.

Las líneas de investigación de los galardonados han sido cultivadas de un modo especial en México y España y representan una base para el progreso del conocimiento y tratamiento de procesos de gran importancia clínica y social.

Oviedo, 9 de junio de 1999”

Pocos años más tarde, nos encontraríamos de modo especial en su nombramiento como Académico de Honor de la Academia de Ciencias, Ingenierías y Humanidades de Lanzarote y con ocasión del Premio Nacional de Cirugía Pedro Virgili en Cádiz.

Como hemos sugerido, su Discurso ha constituido una memoria de la historia de los trasplantes de órganos, en la que ha desempeñado un papel singular, de tal modo que, de hecho, son historias paralelas. Así, por señalar unas ideas concretas, posteriores al significativo reconocimiento, pueden destacarse: a) En 2002 realiza el primer trasplante de intestino, el primer yeyuno ileal; b) en 2004, el primer trasplante multivisceral ‘en racimo’, “cluster” -esófago distal, hígado, vías biliares, páncreas, bazo, intestino delgado y colon derecho; c) en 2006 utiliza donantes en asistolia; d) de tal manera que hasta 2020 había realizado 2094 trasplantes hepáticos, 251 pancreáticos, 3 yeyuno-ileales y 8 cluster; y e) mirando al inmediato futuro desde el actual presente, su equipo del ‘12 de Octubre’ al que ha dedicado el Discurso “es el único grupo que mantiene actividad en hígado, páncreas, intestino y cluster”. Nos quedamos así en esta panorámica sociométrica e histórica sin caer en la osadía de penetrar en los entresijos específicos de la cirugía.

Cambiamos, pues, de tercio. “**Conmemorar** es recordar ... sí ... pero recordar con vistas al futuro”, decía el filósofo español Ortega y Gasset. Se trata hoy de conmemorar la figura del Dr.

Enrique Moreno, día de fiesta, y en esta solemne conmemoración de la cirugía española, deseo situar históricamente la figura excepcional del nuevo académico. En tanto que modesto conocedor de la historia de la ciencia en España deseo ensalzar unas figuras de nuestro pasado de tal modo que, aunque éste no fuera en general glorioso, sí conviene recordar y celebrar a los que surgieron del páramo científico de siglos precedentes. Algunos lograron avances notables, en un marco de insuficiencias generalizadas: figuras personales en un contexto de carencia colectiva. Desde la condición de no médico, sí me atrevo a contextualizar e historiar la cirugía española, así como hacer una valoración social de la misma.

Parece oportuno hacer una **referencia contextual** en la que situar nuestra visión del profesor Enrique Moreno, con recursos a la historia para un mejor conocimiento y valoración del presente. He participado recientemente en dos acontecimientos que constituyen un adecuado marco para valorar la vida y tarea del nuevo académico de honor.

Un recuerdo, en primer lugar, al nacimiento de la cirugía española situada ya en el ámbito de la ‘ciencia moderna’ tras Galileo y Newton, en la figura de Pedro Virgili y de su tarea de Director del Real Colegio de Cirujanos de la Armada en Cádiz creado en 1748. De esto hemos escrito en reiteradas ocasiones con motivo de nuestras tesis doctorales de Medicina e Historia referidas al siglo XVIII español, así como en diferentes libros y artículos. Pero he aquí unas reflexiones en torno a otros dos acontecimientos más recientes en el ámbito de la cirugía.

Primer acontecer reciente. En el pasado año 2024 la Real Academia Nacional de Medicina de España organizó una exposición sobre **Federico Rubio y Galí (1827-1902)** al cumplirse los 150 años de su ingreso, en 1874.

Llevada la exposición a El Puerto de Santa María (Cádiz), lugar del nacimiento, con ocasión de los CXXV años de la creación de la Academia de Bellas Artes Santa Cecilia, tuve el honor de dictar la conferencia inaugural el pasado 16 de enero de este 2025. Nos recreamos con la vida y obra del Dr. Rubio, eminente cirujano que cubrió, como figura máxima de la cirugía en España, la segunda mitad del siglo XIX, presentándose de modo glorioso en los inicios del siglo XX, de modo que alcanzó 28 años de vida académica.

¿Qué deseamos recordar en esta brevísima biografía del Dr. Federico Rubio como introductoria de la del Dr. Moreno? He aquí una síntesis.

Vivió en una época aún con dificultades para la introducción de la ciencia moderna en España. Estudia la carrera de Medicina y Cirugía en Cádiz en los años 1846-1850, en el entorno, pues, de los cien años de la creación del Real Colegio de Cirugía de la Armada dirigido por Pedro Virgili. Como tantos otros intelectuales que de diferentes formas se integrarían en distintos momentos en la Institución Libre de Enseñanza, captaría los mensajes intelectuales y científicos respectivamente de Karl Kraus (1781-1832), ideal de la humanidad, y del *Origen de las especies* (1859) de Charles Darwin

Siendo aún estudiante publicó *Manual de Clínica Quirúrgica* (1849). La oposición fallida a cirujano del Hospital de Sevilla le condujo al ejercicio libre de la Medicina y a la participación política con expresión de ideas revolucionarias, que le condujeron a sucesivos exilios que aprovechó para cursar en los mejores centros europeos con relevantes profesionales: en Londres con Ferguson en el King's College, en París con Velpau en el Charité y con Broca en Necker; y en Breslavia con Purkinge.

En Sevilla de regreso alcanzó la fama, en tiempos tan tempranos de su vida como 1860 en el tratamiento quirúrgico de los tumores y quistes de ovario, de manera que en 1860 realizaría la primera ovariectomía (extirpación de ovario) en España y en 1861 la primera histerectomía (extirpación de matriz o útero), etapa que concluiría con la creación de una ‘Escuela Libre de Medicina y Cirugía’ en la capital andaluza, publicando *Apuntes de mi práctica sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico y quirúrgico*, en 1868.

El contexto del ‘sexenio revolucionario’: la ‘revolución gloriosa’, el destronamiento de Isabel II, el reinado de Amadeo de Saboya, la I República, ... fueron de intensa participación en la política: diputado a Cortes (1869), senador (1872-73), embajador en Londres con la República, etapa en la que viaja a EE UU visitando los hospitales de Chicago, Filadelfia y Nueva York., ... pero quedando vacunado de toda tentación política, aunque impreso de la Institución Libre de Enseñanza.

En esta nueva etapa, con el compromiso personal de renuncia a todo cargo político, pero no de su preocupación social, con dedicación exclusiva a la Cirugía, realizaría en 1874 la primera nefrectomía (extirpación de riñón) en España y, a nuestros efectos, ingresaría en nuestra (no Real) Academia (sí Nacional, de concepción) de Medicina de Madrid. En 1878 realizaría la primera laringectomía en nuestro país.

Ya en la gloria de la cirugía española, en 1880 fundaría el Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa donde enseñaba las especialidades quirúrgicas. Y en 1886 funda en La Moncloa el Instituto de Terapéutica Operatoria (El “Instituto Rubio”) y en él la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, que se considera la primera Escuela laica de enfermeras.

En 1900 sería nombrado Miembro de Honor del Real Colegio de Cirujanos de Londres (Royal College of Surgeons).

En síntesis: extraordinaria vida académica, sí, pero no vida universitaria.

Segundo acontecimiento reciente. En la ocasión de la celebración del XIV DÍA DE LAS LETRAS DE CANTABRIA en el que la Sociedad Cántabra de Escritores me concedía el alto honor de la ‘Estela de Oro de las Letras de Cantabria’. El acto solemne de dicho festival cultural, 19 de febrero, como corresponde a la fiesta de San Beato de Liébana, el primer escritor cántabro, de este 2025, se celebraba en el municipio de Vega de Pas.

A finales del siglo XIX y primer tercio del siglo XX descolló otra singular figura de la cirugía española **Enrique Diego-Madrado y Azcona** (Vega de Pas, 28 de febrero de 1850; Santander, 8 de noviembre de 1942). A este, recuperado de la memoria de nuestra dedicación a los ‘médicos de Cantabria’ en 1984, nos hemos acercado especialmente por su condición de natural de Vega de Pas. Recuerdo así que estamos conmemorando el 175 aniversario de su nacimiento.

Estudió en la Universidad de Valladolid, y en la de Madrid acabó sus estudios en 1870 obteniendo el doctorado. Estamos en el momento central del ‘sexenio revolucionario’. En Francia y Alemania conoce técnicas modernas de cirugía europeas y muestra intenciones de introducirlas en los ambientes institucionales españoles.

En fecha tan temprana como 1876 regresa a España. Oposita a la cátedra de Cirugía en 1877, que obtiene, pero se la invalida el Ministro del ramo, por sus ideas presupuestamente ‘liberales,

republicanas y socialistas'. En el Ejército, como médico militar le ocurre algo análogo y abandona. Así, ejerce libremente la medicina en Madrid.

En 1881 se le nombra catedrático de Patología Quirúrgica en Barcelona, sintiéndose a gusto en el ejercicio de la docencia, aunque sus ideas médico-quirúrgicas, ya bien implantadas en Europa, no se las aceptan y renuncia a la cátedra ante la falta de medios y la imposibilidad de aplicar los nuevos métodos de enseñanza que siempre defendió.

En 1894 regresa a Vega de Pas para fundar un *Sanatorio* en ambiente rural, de suma tranquilidad y aire limpio.

Y en 1896 análogamente crea otro *Sanatorio* en Santander, que se considera como punto de referencia por sus instalaciones y técnicas médicas. Entre sus discípulos destacó Juan Herrera Oría, que pasaría tres años en el Instituto Rubio de Madrid y otros dos en el Sanatorio Quirúrgico del Dr. Madrazo en Santander, relacionando así a las dos figuras que cursan en paralelo parte de sus vidas.

En el centro del doctor Madrazo empezaron a aplicarse por primera vez en España de manera rigurosa las medidas asépticas y antisépticas sin las que hoy sería imposible entender la cirugía. No sólo por las técnicas médicas en sus sanatorios aplicadas, sino que también se procuró disponer de buenos laboratorios, adelantándose varias décadas en las definiciones de diagnósticos respecto de la situación media del ambiente médico del momento: se constituyó en referente. Su forma de hacer cirugía la expuso primero en las *Lecciones de Patología Quirúrgica*, publicada en 1888.

En síntesis, vida universitaria, sí, aunque corta ... pero no vida académica.

Estos acontecimientos recordados se refieren a dos representantes destacados de la historia de la cirugía española. Uno del Sur, otro del Norte. Y de dos generaciones sucesivas, pero en parte coincidentes. Ofrecen unas notas comunes:

- 1) Apertura intelectual, alta preocupación social.
- 2) Preclaros cirujanos innovadores.
- 3) En una España cuyas universidades no permiten la excelencia basada en tareas pioneras.

Dos figuras intelectualmente ‘progresistas’ el primero en tanto que cirujano que representa la ida desde Sevilla a Madrid (a la civilización) el otro desde Madrid a Cantabria (a la naturaleza). Sus vidas con sus quehaceres quirúrgicos y sus proclamas ideológicos vitales, hicieron sus hospitales: Dr. Rubio y Dr. Madrazo.

Dos **referentes de la Cirugía en España**. Sus hospitales fueron sucesiva y conjuntamente referentes en España: los ‘Sanatorios Quirúrgicos’ en Vega de Pas (1894) y Santander (1986) de Madrazo y el ‘Instituto de Fisioterapia Terapéutica’. **Los dos quisieron hacer una medicina de alto grado, educados parcialmente en el extranjero e introduciendo nuevas técnicas.**

El uno valentía, decisión, osadía, novedad, ...

El otro, seguridad, aire puro y asepsia, con la finalidad de evitar las infecciones hospitalarias.

Acerquémonos al presente y en éste situemos al Dr. Enrique Moreno.

¡Cómo no recordar al Dr. Schüller, rector de la Complutense y Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, preci-

samente en su Discurso de Contestación al Dr. Moreno en su ingreso en ésta en 1998: “[el Dr. Moreno] ganó el concurso-oposición a la plaza de Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital 1° de Octubre, en el Departamento de Cirugía dirigido por el Prof. Dr. D. Felipe de la Cruz Caro, hospital que se vinculó como Asociado a la Universidad Complutense en virtud del convenio firmado entre ésta y el Insalud, que permitía ampliar el número de camas hospitalarias y de docentes y, por tanto, posibilitaba mejorar las enseñanzas clínicas. Una vez más, la Universidad se comporta generosamente, concede el título de Universitario al Hospital al que le llegan numerosas “venias docendi” y, más allá de titulaciones, el Hospital adquiere una nueva “forma de ser”, el estilo universitario, que debe perpetuarse para conseguir óptimas metas y capacidad para prevalecer y superar difíciles avatares”.

Detectamos así un loable encuentro de Universidad y Hospitales clínicos en la actualidad. Novedad radical en la historia científico-médica española, de la que no habían podido disfrutar los cirujanos recordados en la España de su tiempo. La Universidad, a pesar de sus muchas deficiencias, es ciertamente otra. No exige la externalidad de los mejores, sino que puede integrarlos perfectamente. Y aquí radica parte del éxito del Dr. Enrique Moreno en su pertenencia al Hospital 12 de Octubre y a la Universidad Complutense. El contexto de su quehacer es radicalmente distinto del de los doctores Rubio y Madrazo, y a este nuevo marco supo adaptarse de manera magistral.

La situación de finales del siglo XX y primer cuarto del siglo XXI se caracteriza por la abundancia de hospitales prestigiosos que portan la condición de universitarios. El referente de la cirugía española de este tiempo, se llama Enrique Moreno,

figura relevante del mayor prestigio, con alto reconocimiento internacional,

Para datos biográficos del Dr. Moreno, aparte de su curriculum, puede recurrirse al citado Discurso de Contestación del Dr. Schüller. Destacaré sólo unas ideas: “En la trayectoria profesional de Enrique Moreno González se han cumplido las tres premisas esenciales: Poseer un inquebrantable ideal, una firme fe en la ciencia médica, en el hombre y en la cirugía. Gozar de ánimo y tenacidad sobrados para aportar el generoso esfuerzo del estudio permanente y, por último, contar con adecuados profesores y maestros. Efectivamente, elevados ideales y fe en ellos no le faltaron ni nunca los regateó, como tampoco lo hizo en cuanto al trabajo, y disfrutó de excelentes escuelas médicas y quirúrgicas para poder aprender”.

Para la **adquisición de conocimientos** con criterios científicos es primordial contrastar saberes, y en **la cirugía**, además, **técnicas propias** con otras prestigiosas existentes en otros hospitales, universidades y centros de investigación internacionales, forma esencial y, quizás única, de obtener mayor universalidad a los conocimientos científicos. Ciencia, técnica y arte.

Poco más, en tanto que notas científicas, con reconocimiento de osadía por mi parte. Pero debo aproximarles a ustedes, queridos compañeros de la Real Academia Europea de Doctores, algo acerca de la personalidad de nuestro nuevo Académico de Honor. Es tarea difícil expresar la personalidad de un ser humano: observación de modos, de actitudes, de sentimientos explícitos, de conductas. En un intento de observación somático-psíquica, debo hacerlo y lo hago con sumo gusto. Unos apuntes acerca de sus cualidades humanas, sociales, intelectuales y profesionales (universitarias y académicas).

Es delgado, longilíneo, cuida su físico, ofrece elegancia, manifiesta seriedad, luce un loable saber estar. Caballero de exquisitas formas, amables modales, elegancia natural.

Escucha, reflexiona y escruta al interlocutor.

Su mirada es seria y severa. Habla con precisión, rigor y rico lenguaje. Sus conferencias son un prodigio de calidad visual y léxica.

Especialmente culto.

Patriota de estirpe extremeña: de su Extremadura, de su España, de su europeidad, del mundo.

Debo finalizar estas palabras de homenaje al Dr. Moreno dándole la bienvenida, en nombre de nuestra Real Academia Europea de Doctores, en su condición de nuevo Académico de Honor. Y con ella manifestar un ferviente deseo de que se encuentre a gusto entre nosotros y nos ofrezca los frutos de su sabiduría, la gloria de su humana nobleza y el valor de su integración en esta gran Academia generalista de marco internacional. La mejor de las felicitaciones a ti, estimado Enrique, ya nuevo académico de esta Institución, más que centenaria y venerable, que se congratula por tu incorporación, deseando cumplas dilatada, feliz y fructuosa función académica. Recibe la afable y cordial bienvenida plena de amistad de los que desde ahora son tus nuevos compañeros, y con ella mi personal satisfacción con un fuerte abrazo.

Y como conclusión de sensibilidad histórica: los Doctores Rubio y Madrazo fueron los cirujanos españoles que representan sus respectivas etapas: sexenio revolucionario y I Repú-

blica, el primero; la Restauración ambos en continuidad, uno tras otro. Desde mi perspectiva, afirmo que el Dr. Enrique Moreno González es el cirujano que representa la hoy casi cincuentenaria etapa histórica que denominamos 'la TRANSICIÓN' española.

He dicho.



PUBLICACIONES DE LA REAL ACADEMIA
EUROPEA DE DOCTORES

Publicaciones



Revista RAED Tribuna Plural





RANCISCO GONZÁLEZ DE POSADA.

Nació en Cádiz, el 5 de enero de 1942. Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos (1966) por la Universidad Politécnica de Madrid, doctorándose en 1973.

Licenciado en Filosofía y Letras por la Universidad Pontificia de Salamanca (1968).

Licenciado en Ciencias Físicas por la UCM (1971).

Catedrático de Fundamentos Físicos, Universidad de Cantabria (1977-87), de la que fue Rector (1984-86).

Fundador de la Asociación de Amigos de la Cultura Científica, de la que es presidente desde 1983. Catedrático de Física Aplicada. Universidad Politécnica de Madrid (1987-2012).

Medalla de Honor al Fomento de la Invención (1995). Dr. en Teología (2013). Dr. en Filosofía (2015). Dr. en Sociología (2018). Dr. en Medicina (2019).

Dr. en Filología Hispánica (2019). Dr. en Historia (2021). Dr. en Química (2022). Dr. En Economía (2023). Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España (1998) y Correspondiente de las Reales Academias Nacional de Farmacia (2002) y Bellas Artes de San Fernando (2002). Académico de Honor de las Reales Academias de Ciencias Médicas de Cantabria (2000), de Medicina de Santa Cruz de Tenerife (2009), de Cultura Valenciana (2014), de Ciencias, Bellas Artes y Buenas Letras de Écija (2015), Asambleísta de Honor de la Asamblea Amistosa Literaria (2007) y Fellow of the World Academy of Art and Science (2019). Académico de Honor de la Real Academia Europea de Doctores (2020). Académico de Número de la Real Academia de Doctores de España (2021). Académico de Honor de la Real Academia Nacional de Farmacia (2022). Promotor Académico Numerario de la Academia de Ciencias, Ingenierías y Humanidades de Lanzarote (2003). Biógrafo de Leonardo Torres Quevedo (Molledo, 1852; Madrid, 1936), es hijo adoptivo de Laredo y de Molledo, condición que comparte con Miguel Delibes. 'Estela de Oro de las Letras de Cantabria' (2025).



«El trasplante de órganos utilizando donantes fallecidos con muerte encefálica supone mantener la vida con la esperanza de perpetuarla».

«La donación de una parte de un órgano sano constituye un acto de valentía y altruismo, con el deseo de que otra vida mezcle su sangre y su espíritu haciendo nacer con fuerza la esperanza».

«El xenotrasplante busca la salud del enfermo y plantea una nueva vía de curación».

Enrique Moreno González

1914 - 2025

Colección Real Academia Europea de Doctores



**Generalitat
de Catalunya**

