

Doctor
Mario Rey
Editor Revista Colombiana de Gastroenterología

Apreciado doctor Rey:

La siguiente carta la envió en respuesta al Editorial aparecido en el Vol 20 N° 3 de julio-septiembre de 2005. Aprovecho la oportunidad para desearle éxitos como Editor de tan importante publicación científica.

Con sentimientos de aprecio,

Óscar Orlando González Vega

CARTAS AL EDITOR

La Revista Colombiana de Gastroenterología, publicación oficial de la Asociación Colombiana de Gastroenterología (A.C.G.), en los últimos años ha tenido una brillante gestión encaminada a cumplir con las recomendaciones internacionales dirigidas a las publicaciones científicas, como bien se describe en el Editorial del volumen 20, N° 3 de julio-septiembre de 2005. También es cierto que para llegar a ese punto se ha debido tener un suficiente soporte administrativo, financiero y por supuesto científico, indudablemente logrados con la normatividad aprobada e impulsada en las juntas directivas precedentes. Dicha reglamentación tenía como propósitos esenciales el establecimiento de funciones específicas para los Dignatarios de la revista y la forma de hacer su nombramiento, la búsqueda garantizada de recursos económicos para editarla e imprimirla y en últimas evitar que la revista dejara de ser “una rueda suelta” que no pocas veces necesitó de una “inyección económica” de parte de la A.C.G., por los contratos leoninos con editoriales y con asesores encargados de vender la pauta publicitaria, pactados en términos desfavorables para la Asociación y la revista. Es por ello que me sorprende la propuesta inconsulta y poco coherente contenida al final de este editorial, de volver a los mismos pasos de cuando el editor se dedicaba a firmar los contratos con la editorial de turno (cuando se firmaban),

a vender la pauta publicitaria que por falta de tiempo o quizá inexperiencia en el mercadeo con la industria farmacéutica, no lograba siquiera cubrir los costos básicos de la edición de cada número, o manejar cuenta corriente o CDTs descuidando la verdadera labor de editor y de coordinador de los diversos comités. Pero lo más grave tenía que ver con la usurpación y extralimitación de funciones que ejercía el editor, cuando no era el ordenador del gasto y no podía firmar papeles, valores cuya obligación legal atañe únicamente al representante legal.

La unidad de las Asociaciones del Aparato Digestivo, a mi manera de ver, es una opción futura muy valedera que requiere de profundo análisis, pero cuando se propone que tal unión se haga en torno a la revista, es como pretender que el arquitecto empiece a construir la casa por el techo, sin haber hecho buenos cimientos y sin levantar muros consistentes. Además, la propuesta no tiene en consideración que para tener un nuevo ente jurídico autónomo en el que se convertiría la revista, (que de paso iría en contravía de la tan mentada unión administrativa), necesitaría de por lo menos 4 reformas estatutarias, donde cada Asociación aportaría a la actual propietaria, la ACG, un capital proporcional para tener lo mismo que hoy tienen: una revista en donde participan de manera amplia, activa y sin restricciones, pero donde sólo la ACG tiene que responder por las diversas contrataciones y la consecución de los recursos económicos con la venta de la pauta publicitaria que permittan costear y garantizar la edición de los números.

El borrador de este proyecto fue categóricamente rechazado en la Junta Directiva de la ACG en octubre de 2005, y a nivel del Comité editorial hubo demasiada controversia y por lo menos 3 de los miembros no estuvimos de acuerdo ni con el contenido ni con la publicación a manera de editorial. Aceptar una propuesta de esta naturaleza sería como perseguir que el también excelente texto de gastroenterología y hepatología recién editado por la ACED, en aras de la unión, pasara a ser “patrimonio común” de todas las Asociaciones, desconociendo la autoría del proyecto, la dependencia económica del libro y los esfuerzos de los editores para llevar a cabo la obra.

La “unión estratégica” de las asociaciones debe empezar por tener ideas coherentes, posibles, dentro del marco legal y respetando los proyectos propios.

Atentamente,

Señores
Revista Colombiana de Gastroenterología

Estimados señores:

Les ruego hagan llegar este comentario al Dr. Germán Gómez Santos, como autor del artículo Tumores estromales gástricos (gist) malignos: Presentación de dos casos. Rev Col Gastroenterol, Apr/June 2004, vol. 19, no. 2; 137-142. ISSN 0120-9957.

CARTAS AL EDITOR

Estimado Dr. Gómez Santos:

He leído con interés su artículo y me ha parecido una excelente revisión sobre los tumores del estroma gastrointestinal, especialmente en sus aspectos clínicos y anatomopatológicos. Sin embargo, debo decir, como radiólogo, que se ha obviado completamente la utilidad de las técnicas de imagen radiológicas en el diagnóstico y estadificación de estos tumores, ya no tan raros en la práctica clínica.

Únicamente se hace referencia a la utilidad de la ecoendoscopia. Sin duda es una técnica de imagen muy valiosa, pero aún hoy poco disponible (en mi hospital afortunadamente hace unos 3 meses que nuestros compañeros gastroenterólogos la practican) y que suele realizarse una vez conocida la presencia del tumor, siempre y cuando no esté localizado en el intestino delgado más allá del duodeno (los más frecuentes). En nuestra experiencia de los más de 35 GIST de localización variada, diagnosticados en nuestro hospital desde el año 1997, 28 fueron detectados y sugerido el diagnóstico por ecografía y/o TC; algún caso se detectó en una gastroscopia como tumor submucoso y otros pocos fueron un hallazgo casual en cirugía abdominal. Además, hoy por hoy, la TC es la técnica más valiosa para el estudio de extensión y seguimiento tras tratamiento. En su artículo hay una magnífica imagen de hidro-TC de un GIST gástrico donde no sólo se puede determinar con exactitud el origen submucoso

Óscar Orlando González Vega, MD.

Ex presidente de la ACG.

Miembro Comité Editorial de la Revista Colombiana de Gastroenterología

y localización dentro del estómago (datos que permiten la caracterización con una alta fiabilidad y una información valiosa para la planificación quirúrgica) sino también la presencia de necrosis central, dato de peor pronóstico ya que, como menciona en su artículo, se asocia con mayor frecuencia a malignidad. Eso sin mencionar la posibilidad de técnicas de punción percutáneas guiadas por imagen en aquellas localizaciones inaccesibles al ecoendoscopia cuando sea precisa la confirmación previa al tratamiento.

Entiendo que el artículo esté dirigido principalmente a especialistas en gastroenterología y se enfoque a aquellos aspectos más propios de su especialidad, pero creo que en justicia debería haberse hecho al menos una referencia a los aspectos de la imagen radiológica que, como queda recogido en la literatura, son muy útiles en el diagnóstico y manejo de esta patología.

Atentamente

Dr. Enrique Girela Baena.

Especialista en Radiodiagnóstico.

Hospital General Universitario Morales Meseguer.
Murcia. España.

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Dr. Girela:

Deseo agradecerle por su amable comentario a nuestra publicación. Sólo deseo insistir en que todos los métodos diagnósticos son complementarios, ya que en cuanto mayor información sea obtenida en este tipo de pacientes, el planeamiento quirúrgico será mucho mejor y va a permitir obtener mejores resultados. Lo anterior está demostrado en nuestra publicación con el hecho de disponer de endoscopia, endosonografía, tomografía computarizada y radiografías con medio de contraste baritado.

Germán Gómez Santos MD.