

# Dr. Pedro Llorens Sabaté, el Maestro de Maestros de la Endoscopía Interamericana y su lucha contra las muertes por cáncer gástrico en Chile y Latinoamérica

## Dr. Pedro Llorens, a Master among masters in Inter-American Endoscopy

Gustavo Bresky<sup>1,2</sup>, Andrea Riquelme<sup>1</sup>, Kane Sugiura<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sociedad Chilena de Gastroenterología. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

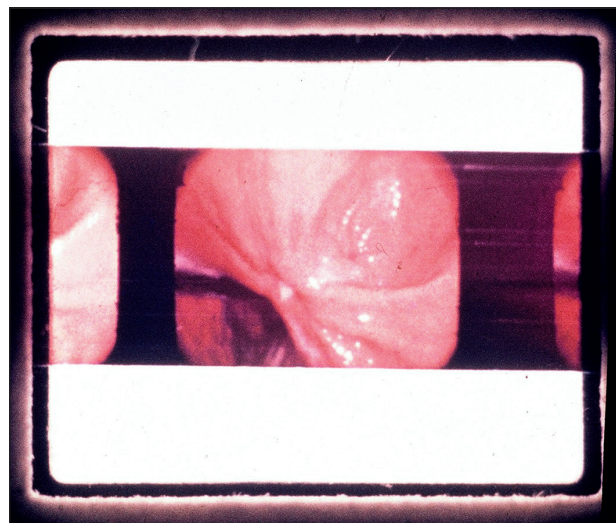
La Sociedad Chilena de Gastroenterología (SChGE) fue oficialmente fundada el 6 de junio de 1938, con aproximadamente 50 miembros fundadores. El reciente 2024 celebró su congreso número 50. En ese contexto histórico es que como sociedad debemos agradecer y destacar la labor de tantos profesores y gastroenterólogos que mediante su profesionalismo y generosidad dieron nacimiento a nuestra sociedad, nuestras filiales y nuestros grandes eventos científicos.

A continuación, presentamos el primero de varios artículos basados en entrevistas e interesantes conversaciones que hemos tenido la alegría de tener con gastroenterólogos chilenos, cuya destacada labor debe ser conocida y valorada, por las nuevas generaciones de especialistas. Esperamos de esta manera que estos artículos les permitan conocer cómo se ha forjado nuestra disciplina gracias al ingenio, inteligencia y perseverancia de grandes personas que fueron capaces de sortear condiciones adversas y desarrollar la gastroenterología para estar al servicio de toda la comunidad. El primero de estos artículos está dedicado al Dr. Pedro Llorens Sabaté, “Maestro de Maestros de la Endoscopía Interamericana” (reconocimiento otorgado por la Sociedad Interamericana de Gastroenterología, SIED). El Dr. Llorens es Profesor Titular de Medicina de la Universidad de Chile participando de manera destacada en la investigación y la docencia. Además, es amante de la literatura y las artes, contando incluso con tres novelas publicadas.

### ¿Con qué tipo de tecnología trabajó en sus inicios en la endoscopia?

Yo viví todas las distintas etapas de la endoscopia, incluyendo el Hirschowitz y el esófagoscopio Lopresti. Empezamos

con una gastrocámara ciega, que era un tubito que se metía por la boca y tenía un rollo de fotos diminutas poniendo al paciente en posiciones predeterminadas y así uno lograba la correlación con la eventual posición de la lesión o lesiones del estómago del paciente. Luego introducíamos la punta de la gastrocámara en una bolsa de terciopelo negro, desatornillábamos su punta y el rollo de película se ponía en una cajita redonda de latón que quedaba bien cerrada antes de sacarla de la bolsa para enviarla luego a revelar. Con ella diagnosticamos nuestros primeros cánceres incipientes. Pronto el Ministerio de Salud adquirió varias gastrocámaras que permitan la visión directa.



Cáncer Gástrico Incipiente tipo IIc + III diagnosticado con gastrocámara GT-S de Olympus.

Conflictos de intereses:

Recibido: 1 de febrero de 2025 ; Aceptado: 1 de marzo de 2025

Copyright © 2025 Sociedad Chilena de Gastroenterología  
<https://doi.org/10.46613/gastrolat2025001-08>

Correspondencia a:

ISSN 0716-8594 versión en línea

Esta obra está bajo  
 licencia internacional  
 Creative Commons



Después le sucedieron otros modelos más avanzados, destacando aquellos que permitían tomar biopsia dirigidas a las lesiones. Este aporte se debe al Dr. Kunio Takagi, quien fue el pionero de la técnica de toma de biopsias a nivel mundial. El primer Congreso de Endoscopia Digestiva se realizó en Viña del Mar bajo la presidencia de la SChGE del Dr. Emilio Amenábar. El Dr. Kunio Takagi fue nuestro profesor invitado y luego del congreso realizó varias sesiones de endoscopia en centros hospitalarios de Santiago. Además, participó como profesor invitado el Dr. Arturo Jorge, destacado gastroenterólogo y endoscopista de Mendoza.

En relación a este desarrollo, al Dr. Llorens le parece interesante comentar los factores que influyen en la dificultad y errores en el diagnóstico del cáncer gástrico incipiente y otras lesiones gástricas malignas como ocurre con el linfoma gástrico.

Así se puede destacar:

- Oportunidad de consulta y adhesión a controles de los pacientes.
- Calidad de la endoscopia influida por:
  - a) Calidad de los instrumentos.
  - b) Competencias del endoscopista.
  - c) Tecnologías (magnificación, cromoendoscopia, etc..).
- Existencia de cáncer multifocal.
- Localización de la lesión.
- Técnica de la biopsia.
- Interpretación de la biopsia.
- Error del médico tratante al interpretar los resultados de la endoscopia y la biopsia o opiniones de terceras personas.

## La Influencia de Japón en Pedro Llorens y el Hospital San Borja Arriarán

El nombre Pedro Llorens Sabaté surge de inmediato al hablar de la cooperación chileno-japonesa en la detección temprana del cáncer gástrico. Para comprender esto último, es necesario remontarnos a una curiosa sucesión de hitos y conexiones. En 1962 la Sociedad Japonesa de Endoscopia Digestiva definió el concepto de Cáncer Gástrico Incipiente como aquel que compromete la mucosa o la mucosa y submucosa, independientemente que tenga o no metástasis ganglionares. El cirujano japonés J. Saeki estudió la sobrevida a 5 años de observación en pacientes con cáncer gástrico operados antes de 1933 en el Hospital de la Universidad de Tokio. Observó que cuando la invasión cancerosa en los estómagos resecaos llegaba hasta la submucosa, la sobrevida era del 90%; y que comparados con aquellos casos en que la invasión cancerosa comprometía hasta la muscular propia, alcanzaba solo el 45%. Luego de otros minuciosos y notables estudios, en la década de 1960, Japón dio a conocer el concepto del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico incipiente en varios congresos internacionales. Los resultados en la mejoría de estos casos diagnosticados y tratados oportunamente, y su excelente sobrevida estrictamente rela-

cionados con la profundidad de la invasión, tipo histológico y compromiso de ganglios regionales, establecieron parámetros vigentes hasta hoy y llamaron poderosamente la atención del mundo científico. En 1969 el Profesor Tadashige Murakami distinguido cirujano y patólogo japonés y uno de los pioneros del concepto del cáncer gástrico incipiente dio una conferencia en la Universidad de Chile. Entre los escasos asistentes a esas conferencias, estaba el Dr. Atila Csendes, cirujano y científico de esa universidad, que valoró los avances alcanzados por los profesionales japoneses y fue invitado en 1969 a cumplir una beca de la O.T.C.A. que actualmente se denomina Japan Internacional Cooperation Agency (JICA). A su regreso a Chile, el Dr. Csendes divulgó los conocimientos adquiridos en ese país y en 1970 fueron becados por O.T.C.A. junto a otros seleccionados de varios países de Latinoamérica y Asia los Dres. Jaime Klinger y Pedro Llorens. La beca duró poco más de un mes en la Universidad de Juntendo y en la Tokyo Medical and Dental School of Medicine. El Dr. Shirakabe fue el tutor del Dr. Klinger y el Dr. Murakami fue el del Dr. Llorens. Los conocimientos adquiridos en dicha instancia marcaron un hito en la vida profesional del Dr. Llorens y la semilla que fructificó generosamente, envolviendo a muchos profesionales del país.

Así en 1971 se publicaron los tres primeros casos de cáncer gástrico incipiente chilenos debidamente estudiados con las más rigurosas técnicas establecidas por Japón que fueron publicados simultáneamente y en extenso en la Revista Médica de Chile (1971), uno de ellos por el Dr. Aldo Luchini y los otros dos por el Dr. Pedro Llorens.

“El aporte de estas publicaciones es notable, pues demostraron que en países del mundo distintos de Japón existían también casos de cáncer gástrico en sus etapas iniciales y no se diferenciaba en absoluto de aquellos de Occidente”, sostiene Llorens. Antes de este notable cambio ofrecido por las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento en las etapas tempranas del cáncer gástrico, su mortalidad ubicaba, en primer lugar, a Japón y en segundo lugar a Chile, en ambos sexos, como los países más afectados del mundo. De hecho, en una comunicación del Ministerio de Salud de Chile, la mortalidad estudiada entre los años 1957 hasta 1971– presentó una media muy pareja para el total de la serie, con alrededor de 39 muertes por 100.000 habitantes.

La alta frecuencia del cáncer gástrico en nuestro país se acompañaba de un pésimo pronóstico. La publicación en 1969 del Dr. Eliseo Otaíza mostró que, en su serie de 800 casos de cáncer gástrico, solo el 30% resultó operable; los cuales tuvieron una sobrevida del 12% a 5 años de observación. En el total de la serie la sobrevida a 5 años fue solo del 3%. La sobrevida del cáncer gástrico incipiente muestra cifras notablemente diferentes en su mayoría sobre el 90% a 95% a 5 años de observación. Aunque estos logros establecieron una diferencia tan evidente con los países occidentales, fueron resistidos por varios de los autores de renombre científico, llegando algunos a considerar que las lesiones incipientes comunicadas por Japón constituían una enfermedad dife-

rente. Estas opiniones se mantuvieron durante varios años, con ligeras diferencias entre los detractores de los avances comunicados por Japón.

En 1968, en una breve visita del Profesor Tadashige Murakami (destacado cirujano y patólogo), dictó una brillante conferencia sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico en Japón, con especial énfasis en el concepto del cáncer gástrico incipiente. Los Dres. J. Sakei, Tadashige Murakami, Hikoo Shirakabe, Heizaburu Ichikawa, Kunio Takagi y Keinji Kumakura deben ser nombrados entre los investigadores pioneros en el concepto del cáncer gástrico incipiente y su tratamiento. Con esta base, el doctor Llorens se convirtió en un gran impulsor de la investigación de las enfermedades digestivas y como médico del Hospital Clínico San Borja Arriarán, desarrolló importantes alianzas y acuerdos de cooperación con el Japón. Junto a ello, implementó un programa de detección de cáncer gástrico en Chile mediante la radiología indirecta, con un centro de investigación y de docencia en gastroenterología llamado entonces “Centro Diagnóstico del Cáncer Gástrico” y más tarde el “Instituto Chileno Japonés de Enfermedades Digestivas”. Con ello se logró la formación de un sinnúmero de subespecialistas, tanto de nuestro país como del resto de Latinoamérica. Así durante 15 años consecutivos, se desarrolló un curso internacional durante el mes de marzo, con el apoyo de JICA y el Ministerio de Salud de Chile que contaba con la participación de distinguidos docentes de Chile, Japón y del resto del mundo, incluyendo entre ellos a destacados profesionales de Norteamérica y Europa, lo que permitió entrenar a 471 gastroenterólogos, radiólogos y patólogos de toda Latinoamérica en el diagnóstico del cáncer gástrico incipiente.

**Participantes Curso Internacional de Avances en Gastroenterología. Ministerio de Salud de Chile y J.I.C.A. (1981– 1995)**

Argentina	45	Honduras	13
Brasil	36	Méjico	1
Bolivia	34	Nicaragua	1
Chile	62	Panamá	9
Colombia	48	Paraguay	27
Costa Rica	6	Perú	48
Ecuador	42	Rep. Dominicana	10
El Salvador	17	Uruguay	35
Guatemala	14	Venezuela	22
Haití	1	<b>Total</b>	<b>471</b>

Gracias a la alianza de JICA y el Ministerio de Salud de Chile, y junto al grupo médico-quirúrgico del Hospital Clínico San Borja-Arriarán, se implementaron otros centros en ciudades de alto riesgo de cáncer gástrico o bien en aquellas que contaban con un equipo médico de alta calidad, como Quillota, Hospital Van Buren de Valparaíso y más tarde Talca.

El programa de detección del cáncer gástrico se realizó mediante la radiología indirecta y debe destacarse que incluyó no sólo el diagnóstico, sino también su tratamiento endoscópico o quirúrgico, así como los controles y seguimiento de los pacientes, todo ello en forma totalmente gratuita. En ese programa se estudió un grupo de **personas asintomáticas** de lunes a jueves y otro **grupo sintomático** los días viernes, a fin de purificar la serie. El programa comenzó en 1978 y se examinaron **55.000 personas de 40 años o más**, destacando la participación de los profesores japoneses Dres. Tadashige Murakami, Kyoichi Nakamura y Hideyasu Kiyonari, entre muchos otros, siendo digna de destacar la participación tanto del Servicio de Cirugía del Hospital San Borja-Arriarán como de su jefe el Dr. Roberto Burmeister, y, luego de su lamentable pérdida, la continuación muy meritoria hasta el día de hoy del Dr. Guillermo Bannura. Otro punto destacable es que en el grupo asintomático se detectaron 21 cánceres gástricos incipientes y en el grupo sintomático se detectaron 13 de éstos. Es importante añadir que en el grupo asintomático detectamos 29 cánceres del esófago y 17 cánceres esofagástricos, mientras que en el grupo sintomático se detectaron 23 y 14 de estos casos respectivamente.

El convenio Ministerio de Salud de Chile y JICA mostró frutos desde su comienzo. El año 2011 en la Revista Chilena de Cirugía los Dres. Marcos Ceroni, Carlos García y Carlos Benavides del Hospital San Borja Arriarán publicaron el análisis de la evolución de 161 pacientes operados por cáncer gástrico incipiente, cuya sobrevida general fue de 78,3% a los diez años de observación y la supervivencia específica a los 10 años de observación fue del 94,7%. El Dr. Llorens nos comenta: “He citado esta publicación muchas veces pues la considero un estímulo para coronar el esfuerzo de países como Chile y Japón, además de múltiples equipos de salud que colaboraron en ellos, incluyendo desde los médicos, tecnólogos hasta nuestros enfermeras y auxiliares de enfermería”.

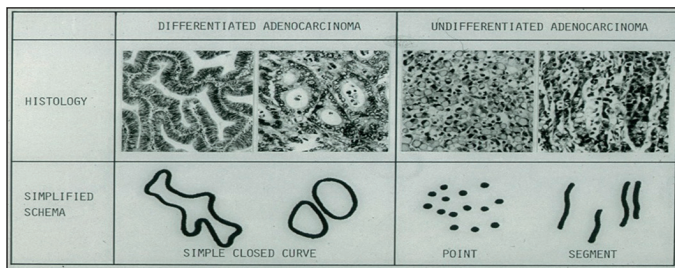
**Patología Maligna Diagnosticada en el examen masivo por radiología indirecta. JICA y Ministerio de Salud de Chile. Centro del Cáncer Gástrico. Instituto Chileno-Japonés de Enfermedades Digestivas. Dr. Pedro Llorens S.**

	Examen masivo	%	Sintomáticos	%	Total
Nº de personas examinadas	33.184	100.0	9.308	100.0	42.492
Cáncer Gástrico	143	<b>0.43</b>	118	<b>1.27</b>	261
Avanzado	122	85.3	105	89.0	227
Incipiente	21	<b>14.7</b>	13	<b>11.0</b>	34
Cáncer esofágico	29	0.09	23	0.25	52
Ca Gástrico + Ca Esofágico	172	0.52	141	1.51	313

P. Llorens: *Seminars in Surgical Oncology* 1991;7:339-43.

Patología Gástrica maligna	Nº de casos	%
Carcinoma	1.739	91,0
Linfoma	142	7,4
GIST Malignos	24	1,2
Carcinoide	7	0,4
Total	1.912	100,0

Entre los muchos adelantos de las investigaciones de esa época destacaría las del Dr. Kyoichi Nakamura, quien descubrió la histogénesis del cáncer gástrico indiferenciado, cuya histopatogénesis estudiada en los microcarcinomas de 1 y 2 mm son un importante aporte a nivel mundial para mejorar el diagnóstico y manejo de ese tipo de carcinoma gástrico, y que se expresa por el gran engrosamiento de pliegues del tercio superior gástrico con poca ulceración o a veces ninguna. Así se comprobó que en la medida que éste se desarrolla y expande hacia distal se va produciendo un cambio en la histología de la mucosa con producción de glándulas aberrantes típicas del carcinoma observado en carcinoma diferenciado. “Estoy seguro de que aún tenemos mucho que investigar acerca del carcinoma gástrico indiferenciado. Su evolución por desgracia es tan agresiva que la mayoría de los pacientes aquejados por éste tienen un desenlace fatal a los dos a cuatro meses luego del diagnóstico. Yo les pediría a mis colegas que presten especial atención a las biopsias cuando observamos pliegues engrosados en la mucosa fúndica y si la biopsia fuera negativa repetir la endoscopia de inmediato y tomar las muestras de biopsia sobre biopsia (lo más profundas posibles)”, agrega el profesor Llorens.

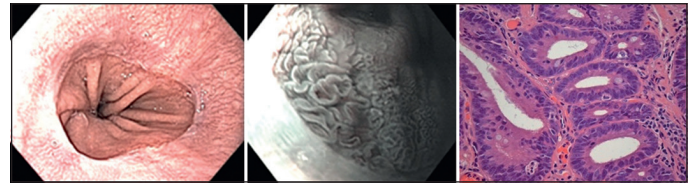


Tomado de K. Nakamura

Además, el especialista comenta que el uso de tinciones en la detección de lesiones incipientes es fundamental, aunque actualmente los nuevos endoscopios aportan adecuadamente este recurso de manera electrónica.

“En las lesiones gástricas deprimidas preferíamos el azul de metileno y en aquellos pacientes con esófago de Barrett utilizamos la tinción con Lugol logrando detectar atipias moderadas y de alto grado muy oportunamente. Estudiamos con largos seguimientos los casos de Barrett y observamos su regresión en muchos de aquellos pacientes que seguían

las indicaciones de tratamiento y forma de vida, mientras en otros con atipia severa se logró un tratamiento oportuno”, agrega.



Esófago de Barrett con Displasia de Alto Grado: Dr. Llorens. HE y Azul Alcian 100 y 200x. Dr. Luis Contreras Meléndez

En la serie de patología gástrica maligna, Llorens comunica que diagnosticaron el linfoma gástrico primario en 140 casos estudiados desde 1980 al 2008, con una relación mujer hombre de 2:1. Los pacientes tenían entre 16 a 88 años, con una media de 52. Fue publicado por Gut en 2009, analizando principalmente sus hallazgos endoscópicos, donde su polimorfismo fue notable y dificultó su diagnóstico aunque éste fue confirmado por la biopsia a pesar de su difícil interpretación. En el mismo estudio, además destacaron el linfoma gástrico, incluyendo también la errónea interpretación de las biopsias. El linfoma gástrico primario (PGL) en endoscopia fue diagnosticado correctamente en el 52,9%, mientras el 41,3% fue diagnosticado como adenocarcinoma y sólo el 5,8% como lesiones benignas, principalmente úlcera péptica. En 7 casos el único hallazgo endoscópico fue la presencia de áreas o manchas blancas. En otros 8 casos estas zonas blancas coexistieron con otro tipo de lesiones. “En el seguimiento de nuestros últimos 15 casos la erradicación de H. pylori resultó en la remisión completa del PGL en 13 casos (86,7%), sin embargo, en estos pacientes las áreas blancas persisten varios meses, incluso años; las biopsias de estas zonas mostraron gastritis atrófica focal o degeneración hialina central de folículos linfoides”, sostiene. El hallazgo endoscópico de pequeñas elevaciones blanquecinas a veces en áreas gástricas extensas fue considerada por nosotros como un signo de aparición precoz, y la histología demostró que ellos correspondían a degeneración hialina. Este estudio fue largo y muy grato, menciona Llorens, pues fueron aprendiendo de los hallazgos endoscópicos con aquellos de la histopatología donde el Dr. Luis Contreras Meléndez Fellow of the Royal College of Pathologists analizó las biopsias.

“Otro avance digno de mencionar es el test inmunológico en deposiciones publicado primeramente en Japón donde fue comprobada su enorme utilidad. Luego montamos esta técnica en nuestro Servicio igualmente con excelentes resultados. Éstos fueron presentados en el Congreso Mundial de Gastroenterología de los de Los Ángeles (EE.UU., 1994) con una gran valoración por la audiencia. Todos estos desarrollos generados en el seno del Hospital San Borja-Arriarán permitieron que nuestro servicio se ampliara de tal manera que cambiamos su nombre designándolo como Instituto Chileno

Japonés de Enfermedades Digestivas. Estos nuevos horizontes estuvieron siempre compartidos por la participación de diversos especialistas de Japón. Por ello, en 2012 el Instituto recibió la visita del Príncipe Akishino y la Princesa Kiko de Japón quienes en ocasión de la nominación del Instituto agregaron mi nombre, honor inesperado para mí. Dicté en nuestros auditorios una conferencia destacando nuestra larga y productiva colaboración con JICA y su influencia además de Chile en otros países especialmente aquellos de Latinoamérica”, detalla en especialista.



Foto de la inauguración de la placa del Instituto Chileno Japonés de Enfermedades Digestivas Dr. Pedro Llorens Sabaté. De izquierda a derecha, Drs. Ricardo Estela, Guillermo Bannura, Pedro Llorens, Yoshinobu Eishi, decano UMDT y Carlos Benavides.

Todos estos logros no hubieran sido posibles sin el apoyo de JICA y las autoridades del Hospital San Borja-Arriarán, así como del personal del Instituto donde incluyo además de nuestros médicos a secretarías, tecnólogos, auxiliares de enfermería y muchas otras voluntades.

### ¿Qué destacaría de la medicina japonesa?

Ya hemos comentado que la medicina es un verdadero arte en el Japón que se ciñe rigurosamente a los hallazgos que la sostienen y luego se continúa en el tiempo, sin tropiezos, enriquecida por otras voluntades sumando constructivamente sus verdades hasta al fin seguir avanzando. Fui testigo cercano de magníficas muestras de precisión, devoción y creatividad. La meditación parece ser una cualidad importante en la cultura nipona y fui observador o participante en varias ocasiones de la inmovilidad o el suave movimiento de la cabeza pensativa de mis colegas buscando una respuesta. Otras veces trazaban esquemas y dibujos maravillosos del problema que estaban investigando, pero cuando la respuesta se hacía esquiva se permitían preguntar: “¿Qué piensa, amigo mío?”. La consagración del

equipo es uno de los pilares más sólidos de la investigación. Es una cultura sorprendente. Aún recuerdo haber salido de un edificio de 67 pisos de concreto y en un vértice de la vereda pusieron un bonsái, como una suerte de paréntesis en el bullicio de la ciudad... un homenaje a la naturaleza. Desde entonces he cultivado bonsáis como pasatiempo, pero a la vez admirando la belleza del ejemplar que se revela cada vez más demandante con los años.

### ¿Qué podría decir sobre la lucha del aceite erúxico y su impacto en la salud pública chilena?

El Síndrome del Aceite Tóxico (SAT) es una enfermedad crónica multisistémica, producida por una intoxicación masiva de aceite adulterado en España en la trágica primavera de mayo de 1981 donde más de 20.000 personas resultaron envenenadas, la mayoría con graves secuelas y más de 300 fallecieron en la fase aguda por neumonías atípicas, aunque algunos observadores insisten en que la mortalidad fue muy superior. Se descubrió que se debía al consumo de un aceite de colza desnaturalizado con anilina al 2%, importado para uso industrial y utilizado criminalmente con posterioridad al consumo humano luego de mezclarlo con algo de aceite de oliva o de maravilla. Muchos involucrados fueron sometidos a juicio, pero sólo dos de ellos terminaron con condenas a de 10 y 18 años de cárcel. Una vez identificado el origen de la enfermedad se canceló su venta y distribución, controlándose así la aparición de nuevos casos. Pronto se comprobó que el SAT podía ir comprometiendo otros órganos del cuerpo en sus formas subagudas y crónicas, incluso cerebro, corazón, compromiso gastrointestinal a veces con serio daño hepático y otros como dermatitis rebeldes.

Al enterarnos del daño producido por el escándalo del SAT iniciamos una investigación en Chile y nos encontramos con varias sorpresas, ya que muchos aceites comestibles se vendían sin mayores controles. Encontramos que los aceites vendidos en las ferias de alimentos de los barrios pobres contenían hasta 50% de ácido erúxico. La gente adquiría estos aceites en recipientes plásticos que eran llenados desde tambores de hierro con un dispensador en su base y eran vendidos por litros. Iniciamos una campaña junto con otros colegas en que se sumaron pediatras, patólogos, bioquímicos, periodistas, abogados y muchos otros. En esa época no estábamos desguarnecidos, la tecnología moderna nos permitía crear precozmente una red de voluntades dispuestas a detener el daño que recibía la población, cualquiera fuera su condición económica o social. Los canales de televisión cedieron espacios para que se realizaran muchas mesas redondas. El Dr. Juan Giaconi, Ministro de Salud con quien tuvimos una muy buena relación docente, distinguió la labor del Instituto Chileno-Japonés de Enfermedades Digestivas.

Además, en un par de ocasiones nos reunimos para examinar el problema de estos aceites y apoyó decididamente todo el esfuerzo de tantas voluntades a fin de solucionar el grave problema de salud pública que representan estos aceites tan



*Condecoración con la Orden de Bernardo O'Higgins en el Grado de Oficial, febrero 1990, al Dr. Hideyasu Kiyonari y al Dr. Kyoichi Nakamura. En la imagen el Dr. Juan Giaconi, Ministro de Salud de Chile, hace entrega de la tan merecida distinción al Dr. Kiyonari.*



*Primer Congreso de Endoscopia Digestiva en Chile. Invitados de honor, el Dr. Kunio Takagi (al centro de la foto) y el Dr. Arturo Jorge (detrás de él).*

dañinos para el consumo humano. Finalmente promulgó el siguiente decreto en el que se debía bajar en forma progresiva desde su nivel de ese momento de 30%, aunque sabemos que a veces era aún más alto, hasta llegar en un plazo de 5 años las concentraciones de ácido erúxico a la venta al público al 5%. Sin duda este decreto debe ser considerado un gran éxito a pesar de consideraba el límite para el ácido erúxico solo hasta el 5%. Como era de esperar, muy pronto los organismos internacionales relacionados con la salud fijaron el límite máximo para el contenido de erúxico en los alimentos de consumo humano solo hasta el 2%.

### **¿Cómo fue su participación inicial en la SchGE?**

“Recuerdo que asistí a la primera reunión de la Sociedad Chilena de Gastroenterología, que si mal no recuerdo fue en Viña del Mar, en los tiempos del Dr. José Guillermo Ugarte Manterola. Asistí como médico joven, ignorado en el público y muy atraído por supuesto. Posteriormente, yo fui muy enemigo de que se le agregaran apellidos raros o que surgieran ramas débiles de un tronco de árbol en la gastroenterología, porque pronto algunos pretendieron que se creara el título de endoscopista y sin ser gastroenterólogo, a lo que me opuse tenazmente.” Posteriormente el Dr. Llorens ingresó al directorio de la Sociedad Chilena de Gastroenterología en 1974, para luego ser su presidente entre los años 1982 y 1984. Más tarde (1990), junto al Dr. Kyoichi Nakamura fundó nuestra Revista “Gastroenterología Latinoamericana” de la cual fue de los primeros editores en jefe y más tarde se sumaron otras voluntades dedicadas a este fin, como el Dr. Roque Sáenz y el Dr. Herbert Altschiller. En 1989 impulsó la creación de la Asociación Chilena de Endoscopia Digestiva (ACHED) que presidió por dos periodos consecutivos (1989-1991 y 1991-1993).

A partir de la década de 1980, también asumí otros liderazgos regionales. Fui presidente de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED) 1984-1986. También fui editor junto con el Dr. Kyoichi Nakamura de la Revista Gastroenterología Latinoamericana con cuatro números al año, desde 1960. Actualmente me siento honrado de ser su *Director Honorario* y a propósito de ello, lamentamos la reciente pérdida del Dr. Kyoichi Nakamura, amante de la naturaleza e incansable investigador de la patología digestiva.

### **¿Cómo quisiera que se reconozca su trabajo?**

La gran familia de los gastroenterólogos, cirujanos digestivos y patólogos se extiende amplia y variadamente desde la Universidad Papal, hasta pequeños pueblos donde el médico de más experiencia le enseña al más joven. En todas estas oportunidades nos hemos enriquecido mutuamente aportando y recibiendo el conocimiento con entusiasmo. Mi primera estadía de perfeccionamiento la cumplí en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona, cuyo director era el Dr. Francisco Vilardell Viñas, gran maestro y luego amigo de toda la vida. Además de nuestro aprendizaje en Japón debo nombrar una sucesión de especialistas que aportaron sus conocimientos a nuestro proyecto, como el Dr. Barry Salky profesor de Cirugía laparoscópico Mount Sinai Hospital de Nueva York, Dr. Carlos Udaondo de Buenos Aires y Dr. Jerome Wayne también del Mount Sinai Hospital de Nueva York y Dr. Nib Sohendra, Profesor de Cirugía Hospital de la Universidad de Hamburgo.

Por último, el profesor Llorens nos comenta: “En la breve historia de acontecimientos vertidos en esta entrevista quiero bajar la cortina con un mensaje de esperanza y reconocimiento el que surge de manera natural al analizar las cifras de la mortalidad por cáncer gástrico en Chile, a través del tiempo.

Los resultados son halagadores y representan la mancomunidad de muchas voluntades entre las cuales debemos agregar el aporte en la prevención del cáncer gástrico del diagnóstico y erradicación de la infección por *Helicobacter Pylori* entre otros aspectos anteriormente señalados. Como pioneros en la prevención del Cáncer gástrico debo mencionar también al Instituto Nacional de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA), quienes estudiaron la infección por *Helicobacter Pylori* en escuelas aledañas al INTA. Varios gastroenterólogos se han preocupado especialmente de este tema entre los cuales puedo nombrar al Dr. Antonio Rollan, Dr. Alfonso Calvo y al Dr. Arnoldo Riquelme, Dr. M. Gotterland y Dr. Alejandro Corvalán. Finalmente quiero comentarles que **me llena de orgullo el haber contribuido al desarrollo de mi disciplina y de ser un puente con amigos y colegas de tantas partes del mundo. Algunos de ellos se convirtieron en hermanos para mí.**”

También hay largos espacios para recordar, de los cuales citaré solo el ejemplo de las Jornadas Médico-Quirúrgicas Luso-Latinoamericanas de Gastroenterología que realizamos durante 10 años dirigidas por el Profesor Rafael Lomba Viana y por mí, alternando una sede en distintas regiones de Portugal, aunque fue más frecuente en la bella ciudad de Porto otras invitadas a Congresos Nacionales de ese país. La alternancia anual se produjo con Chile pronto con otros de Latinoamérica. La alternancia anual se produjo entre Chile y otros países de Latinoamérica. De la misma manera por parte nuestra participaron en este proyecto especialistas de distintos centros hospitalarios y Universidades, tanto en sus actividades en Portugal como en Chile. Las jornadas fueron auspiciadas por las sociedades portuguesa de gastroenterología, al igual que portuguesa de cirugía y endoscopia digestiva.

En nuestro país las auspició la Sociedad Chilena de Gas-

troenterología, la Asociación Chilena de Endoscopia Digestiva y la Asociación Chilena de Hepatología.

Como suele ocurrir el pasado, el presente y el futuro aparecen en la historia encadenados a distintas acciones que de pronto se constituyen en realidades y ofrecen un futuro inesperado. En el Primer Congreso Internacional del Cáncer Gástrico celebrado en Kyoto en 1995 me correspondió el honor de dictar la conferencia plenaria de la pesquisa del cáncer gástrico en Chile mediante la radiología Indirecta que despertó gran interés pues las cifras que entregamos, a su cómo el diagnóstico de varios casos de cáncer gástrico incipiente en nuestro grupo asintomáticos y el grupo sintomático.

A comienzos del 2024 recibí la visita del Dr. Carlos García que se encontraba pronto a viajar a Yokohama, Japón, donde se cumplía su periodo como sede del Congreso Internacional del Cáncer gástrico que se efectuara durante el 2027. Con todo agrado comentamos y entregamos nuestras cifras al Dr. García y solo mi avanzada edad me privó del agrado de acompañarlo. Chile compitió contra Canadá y fue aprobado por amplia mayoría. El futuro aparecía con fuerza como un nuevo desafío que estar seguro nuestro clínico e investigadores sabrán abordar. Recordemos la justicia de esta nominación al analizar la publicación de los Drs. Marcos Ceroni, Carlos García y Carlos Benavides. Después de los abrazos y las felicitaciones nuestros clínicos e investigadores deben ponerse a trabajar. Estoy seguro que ese futuro augura muchos adelantos y satisfacciones por los avances logrados.”

Sí, Dr. Llorens, la Sociedad Chilena de Gastroenterología está muy orgullosa de haber contado con Ud. Y estamos agradecidos de su notable y generosa contribución. Sin duda la gastroenterología, la lucha contra el cáncer digestivo y la endoscopia moderna que se desarrolla hoy en Chile no serían posible sin vuestra gran contribución científica y humana.