

# El laboratorio quirúrgico y la enseñanza de la cirugía

## El modelo quirúrgico

Dr. Miguel J. Zerpa Zafrané\*

### RESUMEN

*Se presenta la experiencia, realizada en la Unidad de Investigación Quirúrgica de la Escuela de Medicina Vargas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, durante casi dos décadas, reseñando brevemente los ensayos de investigación en cirugía realizados tanto en Caracas como en Maracaibo.*

*El trabajo intenta demostrar la importancia que tiene el laboratorio quirúrgico para estimular la creatividad de los jóvenes aprendices de cirujanos, así como para desarrollar sus destrezas manuales y una mejor comprensión de las diversas técnicas quirúrgicas que deben aplicarse.*

*El puente tendido entre la sala de hospitalización y el laboratorio permite llevar a éste los problemas de los pacientes y buscar soluciones nuevas que podrían o no usarse para mejorar el arsenal terapéutico del cual dispone el cirujano.*

*También destaca la importancia en la creación de un equipo de trabajo unido, para el mejor logro de esta labor.*

*Algo muy importante de esta tarea es la creación del modelo quirúrgico que imite en el animal, la patología observada en el hombre y de esta forma ensayar nuevas medidas terapéuticas para solucionar dichas enfermedades.*

*En el trabajo se presentan algunos de los modelos quirúrgicos que se realizaron en razón de la mayor patología detectada en las salas de hospitalización.*

### SUMMARY

*The work developed in almost two decades at Unidad de Investigacion Quirurgica at Escuela de Medicina Vargas, Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela is presented, with brief comments regarding surgical research projects that were carried on at Caracas as well as Maracaibo.*

*This work is done with the purpose to demonstrate the importance that has the surgical research laboratory in stimulating creativity in young surgical fellows, as well as helping to develop surgical skills and a better comprehension of each of the different surgical techniques that might be used.*

*This work at the surgical laboratory also allows to take issues observed at the clinical wards with patients into experimental animals in order to search and or develop new or different surgical approach for the surgeon to use.*

*Also establishes the importance of working as surgical team to facilitate a better outcome.*

*Another goal accomplished was to create surgical models that would simulate the pathologic findings observed in the patients to allow for the development of new therapeutics options to bring solutions to the patients*

*This work presents several surgical models that were developed and used based on the most frequent diseases observed at the surgical wards.*

### INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la cirugía no puede limitarse solamente a los conceptos teóricos y a la práctica en el quirófano. Es absolutamente necesario desarrollar al mismo tiempo la inquietud por averiguar lo desconocido, la capacidad para imaginar nuevas

\*Trabajo presentado en la Academia Nacional de Medicina en la sesión del 3 de noviembre de 2005.

soluciones a los problemas conocidos, la perseverancia para no desfallecer aunque el camino sea duro de transitar.

El laboratorio quirúrgico, es el sitio ideal para dar curso a esa inquietud y para formar junto a otros jóvenes cirujanos y estudiantes de medicina, un equipo de trabajo capaz de apoyarse, cooperar en proyectos comunes y sumar esfuerzos para lograr las metas propuestas.

El modelo quirúrgico desarrollado para reproducir en animales la condición patológica humana que deseamos estudiar, es un alarde de imaginación y de perseverancia pues es a veces se necesita tiempo para superar los fracasos con los cuales debemos enfrentarnos a menudo y que no pueden obviarse siempre fácilmente.

Estas ideas tratan de eso, de plasmar en estas páginas el esfuerzo realizado en varios sitios de Venezuela, pero en nuestro caso especialmente en la Unidad de Investigación Quirúrgica de la Escuela Vargas, lugar donde pude vivir esta maravillosa experiencia junto a un grupo humano excepcional, al cual me he sentido siempre muy orgulloso de pertenecer.

### **El Laboratorio como apoyo de la sala de hospitalización**

Entre nosotros no se ha enfatizado suficiente sobre la necesidad del laboratorio quirúrgico para el avance de la cirugía. En los países desarrollados esto es imperativo porque representa el crisol donde se funden las ideas de todo un equipo para convertirlas en una hermosa joya de avance técnico.

Tiene innumerables ventajas como son:

1. La formación de un equipo de trabajo el cual unido se potencia, se corrige y al fin produce mejores resultados que un individuo trabajando solo.
2. La puesta en marcha de nuevas ideas, sean de tipo técnico o fisiopatológico que pueden mejorar el curso de las dolencias quirúrgicas conocidas.
3. La selección de nuevos investigadores, pues no todos los que comienzan tienen la imaginación y la perseverancia necesarias para alcanzar las metas propuestas.
4. El mecanismo de retroalimentación con las salas de hospitalización, donde se detectan los

problemas que son llevados al laboratorio para buscar soluciones, las cuales una vez comprobadas experimentalmente son llevadas al lecho del paciente donde se aplican con la prudencia necesaria y según los resultados, se desechan o vuelven al laboratorio para mejorarlas.

### **Antecedentes**

En 1911 el Dr. Luis Razetti creó el Instituto Anatómico para establecer el estudio de la anatomía sobre la sólida base de la observación directa y la experimentación (1).

En 1938, se creó el Instituto de Cirugía Experimental por iniciativa del Profesor Dr. Manuel Corachán García. Esta fecha señala el comienzo entre nosotros de la práctica de la técnica quirúrgica y de la investigación en el animal vivo, así como la posibilidad de iniciar investigaciones quirúrgicas experimentales. Los Dres. Fernando R. Coronil, Francisco Baquero y Eduardo Carbonell, fueron distinguidos discípulos del Dr. Corachán en esta empresa. El Dr. J. T. Rojas Contreras continúa en la dirección de este instituto que posteriormente fue trasladado al Instituto Anatómico de la ciudad universitaria y allí dictó clases de técnicas quirúrgicas a un grupo numeroso de jóvenes que nos interesamos en esta disciplina. Allí realizamos nuestras primeras resecciones y anastomosis intestinales en animales vivos (1).

En 1953 a cusa de la intervención de la Universidad Central de Venezuela por el gobierno de entonces, un grupo de investigadores de esta casa de estudios desarrollaron en la Fundación Roche ubicada en Los Caobos, los trabajos experimentales que no podían realizarse en la universidad. Los Dres. Marcel Roche, Francisco De Venanzi y Fernando R. Coronil, entre otros, fueron protagonistas de esta labor, este último perfeccionó un modelo quirúrgico de producción y reparación de lesiones del tabique cardíaco en perros sometidos a hibernación artificial según la técnica del Dr. Laborit, los Dres. Pedro Manrique, Adolfo Koelzow, Ramón F. Soto y quien esto escribe, tuvimos el privilegio en participar como estudiantes en este proyecto (1).

En Maracaibo, también se realizaron varios intentos de investigación quirúrgica, así en 1956 crearon el Centro de Cirugía Experimental motorizado por el Dr. Antonio Borjas Romero y contó con la colaboración de varios profesores entre ellos José L. García Díaz y Darío Montiel. Este

Centro se trasladó luego al Hospital de la Universidad del Zulia y allí se agregaron los Dres. Héctor Nava Acevedo, Humberto Rivera, David Morales y Luís Parodi (1).

En 1958 se fundó la Sección de Cirugía Experimental del Hospital Vargas, por el Dr. Fernando R. Coronil con la ayuda y aval del Dr. Gilberto Morales Rojas, en ese entonces director del Hospital Vargas (1).

En 1962 se finalizó en esta sección, el trabajo titulado "Circulación Extracorpórea Experimental", Premio 70° Aniversario del Hospital Vargas, realizado por los Dres. F.R. Coronil, J.M. Cartaya, A. Koelzow y otros. De esta experiencia existe una película a la cual le otorgaron mención honorífica (2).

En 1963 se creó el Departamento de Investigación y Cirugía Experimental, fundado por el Dr. Miguel Pérez Carreño y adscrito a la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica A del Hospital Universitario de Caracas, en este departamento destacaron profesores como Augusto Diez, Elías Rodríguez Azpurua, Néstor Bracho, Antonio Clemente y otros (1).

Dependiendo de la UCV en la actualidad funciona el Instituto de Cirugía Experimental de la Escuela Razetti quien fuera dirigida por el extinto Prof. Dr. Alberto Ferrer y en la actualidad liderizado por el Dr. Rodolfo Miquilarena y la Unidad de Investigación Quirúrgica de la Escuela Vargas, actualmente dirigida por el Dr. Pedro Rivas V.

En 1968 a mi regreso del Hospital Monte Sinai, de la Ciudad de Nueva York, donde fui entrenado durante dieciocho meses en el Laboratorio de Investigación Quirúrgica que allí funciona, me incorporé a la Sección de Cirugía Experimental del Hospital Vargas, más tarde convertida en la Unidad de Investigación Quirúrgica de la Escuela Vargas.

Con gran entusiasmo me entregué a esa labor y logramos integrar un estupendo equipo de trabajo del cual me he sentido muy satisfecho de haber formado parte, este grupo los integraron casi todos los miembros del Servicio de Cirugía N° 3, Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica A y muchos jóvenes médicos y estudiantes de medicina que se entrenaron allí con gran dedicación.

### Modelos quirúrgicos realizados

Como mencionamos anteriormente, tratamos de reproducir en animales la condición fisiopatológica

del ser humano para, de esta manera, ensayar nuevas medidas terapéuticas que mejoren la situación del hombre enfermo.

Vamos a considerar a continuación seis modelos quirúrgicos de los muchos que intentamos, quizás por que estos correspondían a una patología que era más frecuente en nuestras salas y en la que teníamos mayor experiencia.

Los modelos son:

1. Pancreatitis aguda
2. Pancreatitis crónica
3. Dilatación de colédoco para sustitución y/o plastia
4. Canal común bilio-pancreático
5. Vaciamiento biliar al estómago
6. Reflujo duodenal al estómago

### 1. Modelo de pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda necrotizante es una entidad nosológica con una muy elevada mortalidad donde todos los recursos terapéuticos son de pobres resultados, razón por la cual queríamos reproducirla en animales para ensayar algunas ideas que teníamos en mente.

Reproducir el cuadro de pancreatitis aguda en el perro no fue labor fácil. El colédoco y el conducto pancreático principal finalizan en el duodeno por dos papilas separadas y no como en el hombre que lo hacen junto, en la papila bilio-pancreática, lo que da origen a la teoría de la pancreatitis producida por oclusión de esta papila a causa de enclavamiento de cálculos biliares con la consecuente regurgitación de la bilis dentro de los conductos pancreáticos, actuando como desencadenante de este proceso inflamatorio que puede convertirse en necro-hemorrágica.

El modelo experimental más conocido es el llamado asa de Pfeffer que excluye el segmento duodenal donde termina el colédoco y el conducto pancreático principal, ocluyendo ambos extremos de este segmento y restituyendo la continuidad del tránsito intestinal. Esta asa duodenal así aislada termina perforándose y además de la pancreatitis produce una peritonitis. (Figura 1).

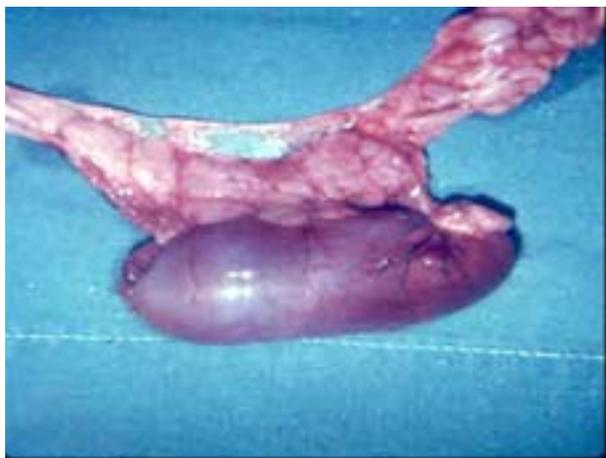


Figura 1. Asa de pfeffer – pancreatitis aguda por reflujo duodenal al páncreas.

Continuando la búsqueda obtuvimos un modelo igualmente mortal logrado por inyección intraductal a gravedad y sin presión, de una infusión de tripsina y sales biliares que desencadenaban el cuadro agudo inmediatamente y sólo se lograba la supervivencia del animal con medidas terapéuticas, de las cuales la más efectiva fue la utilización de agentes simpático-miméticos (estimulantes de los receptores beta-adrenérgicos) que parecen actuar no por vasoconstricción porque aumentan, en las dosis usadas, el flujo esplácnico. Se puede comprobar con esta droga la reducción en la excreción de enzimas por parte del páncreas. (Figura 2).

Los resultados obtenidos en los animales con esta droga fueron muy alentadores clínica e histopatológicamente, pero no se pudieron comprobar en seres humanos por razones difíciles de enumerar (3-7).



Figura 2. Aspecto del páncreas inmediatamente a la inyección intraductal de tripsina y sales biliares.

## 2. Modelo de pancreatitis crónica

La pancreatitis crónica es también un problema de difícil solución y aunque no es necesariamente mortal, a largo plazo conduce a problemas metabólicos complejos.

Si habíamos logrado un modelo de pancreatitis aguda pensamos que sería interesante ensayar uno para producir pancreatitis crónica. Se nos ocurrió disminuir el diámetro de la papila pancreática, forzando la glándula a excretar por un conducto más estrecho. Para este objetivo colocamos una aguja N° 21 sin pabellón y sin extremo puntiagudo dejándola como un pequeño cilindro hueco el cual colocamos a través de la papila pancreática fijándola con ligaduras exteriores al propio conducto. (Figura 3).



Figura 3. Cilindro metálico sin extremos agudos colocada en el conducto pancreático principal y fijado con ligaduras externas.

Los resultados fueron satisfactorios: los conductos pancreáticos se dilataron y en el tejido del órgano se pudo comprobar fibrosis y signos de inflamación crónica. Para este modelo no se ensayaron experimentalmente medidas terapéuticas (7). (Figura 4).

## 3. Modelo de dilatación del colédoco para sustitución y/o plastia

Uno de los problemas quirúrgicos que teníamos frecuentemente para ese entonces, era la iatrogenia quirúrgica de las vías biliares y por lo tanto quisimos



Figura 4. Pancreatitis crónica – conducto principal muy dilatado.

ensayar algunos modelos que pudieran resolver este tipo de lesión que se producía en los humanos (8). Probamos distintos materiales de sutura para saber cual producía mejor cicatrización, menos estenosis y también era factible sustituir el colédoco lesionado, si este era el caso, por auto-injertos de vena o arteria del mismo animal o por prótesis de dacrón o teflón para comparar los resultados. (Figura 5 y 6).

Se hizo comprobación radiológica para ver la permeabilidad del injerto. Cuando se obstruía no se alcalinizaba el duodeno produciéndose en un caso perforación, peritonitis y muerte del animal. (Figuras 7-9).



Figura 5. Vena reemplazando al colédoco. Anastomosis proximal.



Figura 6. Igual a la anterior. Anastomosis distal.



Figura 7. RX del injerto en posición. Se aprecia como una zona más oscura, distal.



Figura 8. Estenosis del injerto. Amputación radiológica del colédoco terminal.



Figura 9. Perforación del duodeno por falta de alcalinización. Muerte del animal.

El colédoco del perro es demasiado delgado y las suturas debían hacerse con grapas mediante pinza especial para estenotar lo menos posible el conducto. Se nos ocurrió la idea de ensayar un modelo quirúrgico para dilatar el colédoco y poder trabajar más cómodamente en él. Comenzamos la prueba dejando una pinza bulldog en el colédoco terminal. Esto produjo necrosis por atrición, fuga de bilis y peritonitis. Igual sucedió colocando un manguito de goma en vez de bulldog y los resultados no fueron satisfactorios. (Figura 10 y 11).

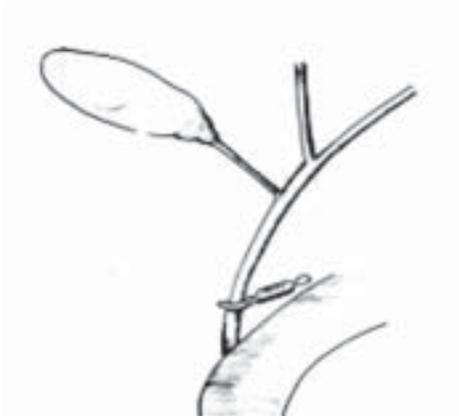


Figura 10. Obstrucción del colédoco terminal por pinza bulldog como método para dilatar la vía biliar.

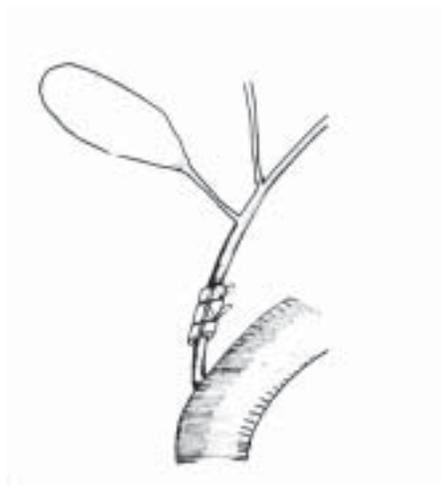


Figura 11. Manguito de goma en lugar de la pinza con el mismo objetivo.

Al fin encontramos la solución. Realizar una duodenotomía, colocar una jareta con catgut alrededor de la papila biliar dejando unos cabos largos para encontrarla nuevamente. Reinterviniendo el animal a las dos semanas teníamos un colédoco dilatado que permitía trabajar en el satisfactoriamente y ensayar todos los reemplazos y las diversas suturas que quisiéramos, realizando luego un estudio histopatológico que permitía observar las características de la cicatrización y las diferencias entre ellas para seleccionar la mejor (Figura 12).



Figura 12. Ligadura de la papila biliar para lograr una dilatación sin lesionar el colédoco.

## LABORATORIO QUIRÚRGICO

La plastia de colédoco con suturas de ácido poliglicólico fue usada en pacientes con lesiones iatrogénicas obteniendo buenos resultados a corto y mediano plazo.

Las siguientes imágenes nos muestran como sustituimos el colédoco con vena safena e injerto de teflón. En algunos casos solo se seccionó y se anastomosiso dicho colédoco termino-terminal con catgut crómico o ácido poliglicólico (dexon). Este último demostró ser muy bien tolerado produciendo muy poca reacción celular, mientras que el catgut produjo severas estenosis. (Figuras 13 a 20)



Figura 13. Colédoco muy dilatado a las dos semanas del posoperatorio.



Figura 14. Injerto de teflón en sustitución de colédoco. Anastomosis proximal.



Figura 15. La misma anterior con anastomosis distal finalizada.

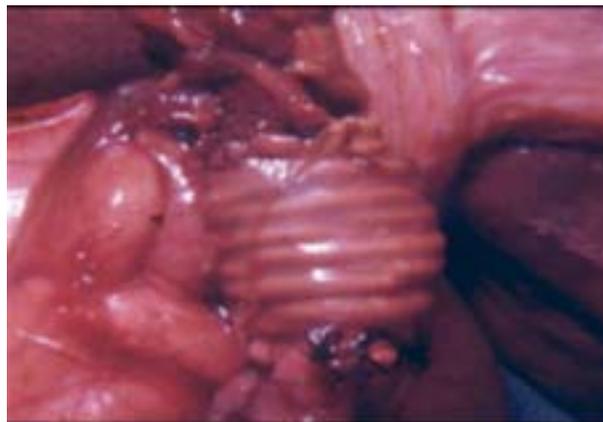


Figura 16. Ampliación de la figura anterior.



Figura 17. Sutura del colédoco con dexon. Se conserva el diámetro después de un mes de intervenido.



Figura 18. Ampliación de la figura anterior.



Figura 19. Aspecto de la cara mucosa. No hay rastros de la sutura.

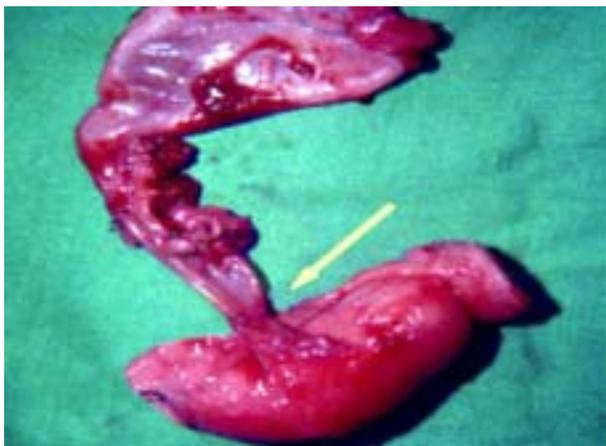


Figura 20. Anastomosis con catgut. Si hay estenosis coledociana.

#### 4. Modelo de canal común bilio-pancreático

Idea de unos de los miembros del equipo, el Dr. A. Koelzow, fue investigar si podían ocurrir cambios inflamatorios o de otro tipo, realizando un modelo quirúrgico que permitiera un flujo continuo de la secreción pancreática duodenal a través de la vesícula biliar y esto es posible en el perro ya que ambas papilas, biliar y pancreática se encuentran separadas en el duodeno a suficiente distancia para lograr una bolsa duodenal que contenga solo a la papila pancreática y así poderla anastomosar al fondo de la vesícula. Hubo modificaciones moderadas en las vías biliares las cuales fueron publicadas en su momento (9). (Figura 21,22).



Figura 21. Bolsa duodenal aislada lista para ser anastomosada al fondo vesicular.



Figura 22. RX con contraste de la bolsa duodenal ya anastomosada al fondo de la vesícula biliar.

### 5. Modelo de vaciamiento biliar al estómago.

Con la idea de estudiar las modificaciones anatómicas o fisiopatológicas que podían causar la presencia continua de bilis en el estómago, diseñamos un modelo en el cual se anastomosaba la vesícula biliar liberada del lecho hepático, al antro gástrico previa ligadura del colédoco terminal, obligando de esta manera a la bilis a fluir a través de la vesícula hacia el estómago. Los resultados no fueron halagadores; en primer lugar no funcionó la anastomosis posiblemente por lo tortuoso de la vía por donde había de drenarse la bilis y esta en gruesos grumos obstruyó la anastomosis repetidamente observándose en uno de los casos una perforación duodenal doble, posiblemente por la falta de alcalinización de esta mucosa. Incluso, colocando una sonda en T a través de la anastomosis, esta también se obstruía a los pocos días. Abandonamos la idea. (Figura 23-25).

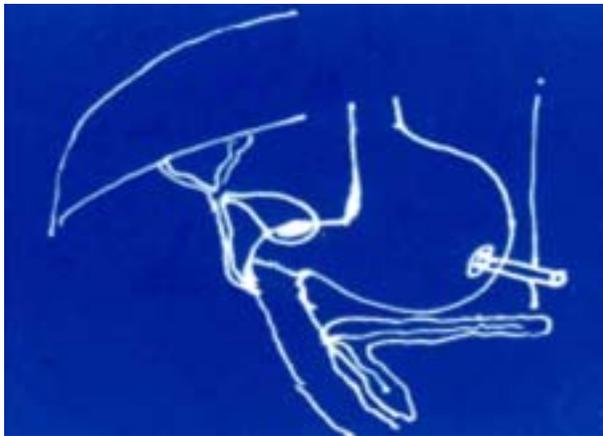


Figura 23. Vesícula biliar anastomosada al antro gástrico. Ligadura previa de colédoco.



Figura 24. Pieza operatoria que señala la estenosis de la anastomosis.

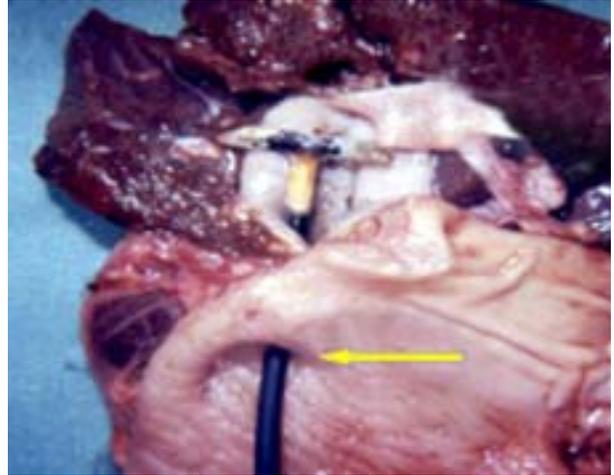


Figura 25. Sonda en T colocada a través de la anastomosis para ayudar a mantenerla permeable.

### 6. Modelo de reflujo duodenal al estómago

Se acepta que el reflujo de contenido duodenal al estómago alcaliniza el antro gástrico produciendo una mayor descarga de HCL con la consecuente lesión de este segmento gástrico. Con el objeto de estudiar estos cambios fisiopatológicos y encontrarles una solución adecuada ideamos un modelo de reflujo duodenal al estómago seccionando el duodeno por debajo de ambas papilas, biliar y pancreática, anastomosando el cabo distal a la curvatura mayor del estómago y realizando una píloro-plastia para garantizar el reflujo; se colocó igualmente una cánula desde la cara anterior del cuerpo gástrico al exterior para evitar distensión que comprometiera las suturas, tener acceso al contenido y a la mucosa gástrica para tomar muestras y biopsias si era necesario. (Figura 26, 27).

No hay publicaciones posteriores a la que se produjo después de la creación de este modelo (10).



Figura 26. Anastomosis gastro-yeyunal y ligadura del duodeno por debajo de ambas papilas: biliar y pancreática. Cánula gástrica al exterior.

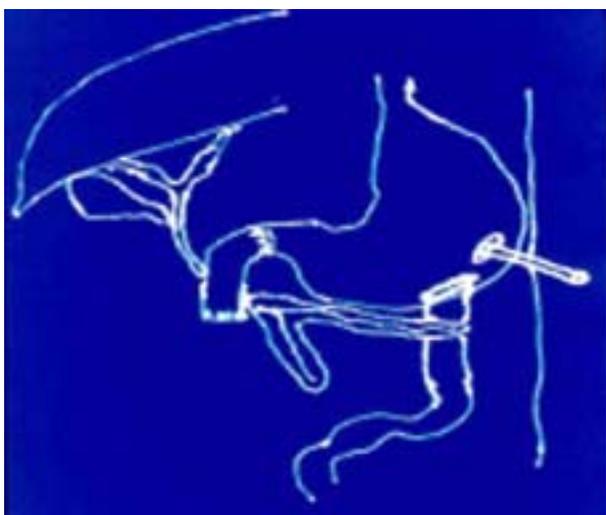


Figura 27. Igual a la anterior pero con piloroplastia para facilitar el reflujo duodenal al estómago.

## DISCUSIÓN

He mencionado los modelos quirúrgicos a los cuales dedicamos especial atención, quizás por estar relacionados con problemas gastro-bilio-pancreáticos que era la patología más frecuente que veíamos y que nos atraía más por muchas razones.

En ese laboratorio se discutieron y realizaron muchas experiencias relacionadas con trasplantes y la inmunología de estos y de hecho, nuestras últimas experiencias, (actualmente), se han llevado a cabo

en xenotrasplantes de hepatocitos porcinos a ratas, incluidos estos hepatocitos en micro-cápsulas de alginato sódico permeables a gran cantidad de sustancias incluso proteínas pero impermeables a los linfocitos T y por tanto aceptados por el receptor si son inyectados intraperitonealmente en ratas con insuficiencia hepática provocada las cuales mejoran significativamente (con comprobación estadística). También transfectando células hepáticas porcinas con ADN del receptor para lograr que el trasplante sea aceptado.

Los resultados de estos modelos experimentales se han publicado en revistas nacionales y extranjeras. Las experiencias sobre pancreatitis aguda fueron acreedoras de la Primera Edición del Premio Sandoz de Medicina 1976 y publicadas por dicho laboratorio en un libro titulado “Pancreatitis Aguda Experimental” del cual soy autor.

## Conclusiones

Las discusiones de grupo para analizar las nuevas ideas enriquecen en conocimiento y estimulan a los jóvenes a pensar y a producir nuevas rutas de investigación. Uno de mis discípulos de entonces, hoy brillante cirujano, el Dr. Víctor Zambrano dijo en una reunión algo que nunca olvidaré, después de una de esas llamadas tormentas de ideas, se expresó así “hoy he comprendido que entre todos hacemos un cerebro”. Esa es la idea del trabajo como equipo sin mezquindades y sin competencia desleal se logran triunfos maravillosos.

Pese a que los cirujanos han aportado mucho al progreso médico, existe un obstáculo difícil de salvar: la atracción por el quirófano y las satisfacciones que de él se derivan, alejan al cirujano del laboratorio quirúrgico que no tienen la emotividad de aquel y que es sólo una aventura intelectual.

Hay que seguir luchando para hacer comprender a las universidades y hospitales docentes, la imperiosa necesidad del laboratorio quirúrgico para una mejor enseñanza de la cirugía. Nos hemos opuesto durante muchos años a utilizar animales sólo para practicar técnicas quirúrgicas. Cuando un estudiante está comprometido en un proyecto de investigación además de mejorar su técnica aprende a pensar en una dimensión diferente, esto no puede lograrse sin un laboratorio con suficientes proyectos y recursos para incorporar residentes y estudiantes

en esta aventura exploratoria.

Terminaré con dos sentencias:

- Llevadera es la labor cuando muchos comparten la fatiga, Homero.
- Lo que se necesita no es la voluntad de creer sino el deseo de averiguar que es exactamente lo contrario, B. Russell.

#### REFERENCIAS

1. Zerpa MJ. Introducción a la investigación quirúrgica UCV-CDCH, Caracas, Arauco Ediciones, C.A. 1986.
2. Coronil FR, Cartaya JM, Koelzow A, Villalba G, Pérez R, Parra JF, et al. "Circulación extracorpórea experimental". Archivos del Hospital Vargas. 1962;IV(4):425-429. (Premio 70º Aniversario del Hospital Vargas).
3. Carbonell E, Zerpa M. "Pancreatitis experimental". Bol Soc Venez Cir. 1969;XXIII(4):755-781.
4. Zerpa M, Coronil FR, Gómez R, Maksimenko A. "Estudio de la función pancreática en la pancreatitis experimental". Bol Soc Venez Cir. 1969;XXIII(4):624-627.
5. Carbonell E, Zerpa M. "Pancreatitis Aguda", segunda parte. Bol Soc Venez Cir. 1971;XXV(4):633-635.
6. Zambrano V. "Modelos para la investigación quirúrgica de la pancreatitis aguda". Revista Médica del Hospital General del Oeste. 1982;XX(2):30-33.
7. Zerpa MJ. Pancreatitis aguda experimental. Caracas, Sistemas Gráficos Fema, S.R.L. 1976.
8. Carbonell E, Zerpa M. "Plastia de Colédoco". Bol Soc Venez Cir. 1969;XXIII(4):797-800.
9. Koelzow A, Zerpa M. "Canal común biliopancreático". Bol Soc Venez Cir. 1969;XXIII(4):747-753.
10. Zerpa R, Catanho L, Alos M, Zerpa M. "Reflujo duodeno-gástrico permanente. Modelo experimental. Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgico del Hospital de Emergencia "Pérez de León". 1987;XXII(2):69-78.

*...viene de la pág.143*

Ante la pregunta de si hay o no en los antiguos mitos una razón donde se explique la capacidad de destrucción humana, ofrezco una respuesta positiva, alejada de la campaña del reduccionismo ideológico o cientificista. El mito hace de lo humano y lo total una exigencia práctica asociada con la aspiración de religar lo sagrado y lo actual. Visto así, pasado, presente y futuro se articulan en una cronología transparente e inmediata. El mito, en ese particular, presupone la dinámica de unas expectativas en pleno ejercicio de fundación, normatividad y conservación. El interior del hombre ha proyectado en el relato apocalíptico su situación y angustia: en cada uno el origen y el fin interactúan en inevitables procesos de creación y disolución.

Al destruir, el hombre reivindica este ritual de permanencia, purificación y consagración; al destruir, el hombre actualiza una conducta animada desde lo más profundo de una personalidad en busca de restituir un arquetipo de equilibrio, poder o trascendencia. Sea que se reclute un sistema de disposición biológica o social, la reafirmación tiene un solo propósito: la continuidad. El ritual destructivo, como el ritual constructivo aplicado a la edificación de templos, casas o de cualquier obra, fija patrones para devolver al hombre a la comunidad, al amparo o al vértigo de la pureza.

A medida que aumentaron los riesgos de preservación, bien por el incremento en la producción de representaciones que desplazaron el sentido natural del hombre o por la aparición de tendencias demográficas incontroladas o por el cierre de espacios de acción, la afinidad mítica con la restauración de un orden por la destrucción de la amenaza, fue un estímulo y más impositivo.

La autonomía convergió en el mito de la destrucción y transfirió contenidos a estructuras psíquicas cuyo más oscuro y arcaico anhelo consistía en una epifanía alrededor de un centro que es la muerte. Destruir es asumir el acto simbólico de la muerte a partir de la negación de lo representado.

Un bien cultural se destruye con ánimo de aniquilar la memoria que encierra, es decir, el patrimonio de ideas de una cultura entera. La destrucción se cumple contra cuanto se considere una amenaza directa o indirecta a un valor considerado superior. Los bienes culturales no se destruyen porque se les odie como objeto. La gente no odia el ladrillo o el papel de los libros o el color de la pintura de una determinada obra de arte. Lo que se odia es lo que significa dentro de una cultura.

Continúa en la pág. 180...