



62^o Congreso Uruguayo DE CIRUGÍA

XXII Jornadas de Residentes de Cirugía General

XXI Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica

**VIII Congreso de la Sociedad Latinoamericana de
Instrumentadores Quirúrgicos FLIQ**

XX Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica



LIBRO DE RESÚMENES

23 al 26 de Noviembre del 2011 – Centro de Convenciones de la Intendencia de Montevideo, Uruguay



**62^o Congreso Uruguayo
DE CIRUGÍA
LIBRO DE RESÚMENES**

**CONFERENCIAS
MESAS REDONDAS
WORKSHOP
ORALES
VIDEOS
POSTERS**

1 - PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN URUGUAY. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Dres.: Martín Harguindeguy, Alejandro Ettlin, Martín Abelleira, Alejandro Leites, Martín Alvez, Daniel López e integrantes del equipo de Trasplante Hepático.
URUGUAY

El trasplante hepático es la mejor opción terapéutica en la etapa final de la enfermedad hepática crónica, así como en la hepatitis fulminante y en casos seleccionados de tumores. Se han incrementado las indicaciones y reducido las contraindicaciones, reportando sobrevividas de 90% y 80% al año y a 5 años respectivamente.

OBJETIVO: Analizar la actividad realizada en el programa de trasplante hepático en Uruguay.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un trabajo descriptivo retrospectivo de los pacientes trasplantados en el período Julio 2009- Noviembre 2011 en el Uruguay.

RESULTADOS: Se realizaron 37 trasplantes: 34 pacientes presentaban hepatopatías crónicas y en 6 de ellos se insertaron hepatocarcinomas. 3 pacientes presentaron falla hepática fulminante. El promedio del tiempo en lista de espera fue de 109 días, el MELD promedio fue de 21.9 y la mortalidad en lista fue de 9.7%. Cuatro fueron re-trasplantes y uno fue trasplante combinado hepato-renal. Se realizaron 7 reconstrucciones arteriales de los injertos en banco y 5 pacientes presentaban trombosis portal.

Las complicaciones quirúrgicas más relevantes fueron el sangrado que motivó 5 re-operaciones, 3 fallas primarias del injerto, 3 estenosis de arteria y 3 estenosis biliares. Las complicaciones médicas postoperatorias más frecuentes fueron edema pulmonar e insuficiencia renal. La inmunosupresión inicial se realizó con corticoides, inhibidores de calcineurina y micofenolato mofetilo. Tres pacientes presentaron toxicidad neurológica y 9 renal. Se registraron 15 rechazos cortico-sensibles. La estadía promedio en CTI fue de 2,5 días y de 14 días la estadía hospitalaria. Fallecieron 2 de los 3 pacientes con falla hepática fulminante, mientras que la mortalidad en el trasplante electivo fue de 3 pacientes (8 %).

CONCLUSIONES: Los resultados globales son satisfactorios, tomando como referencia los estándares de calidad internacionales.

2 - PPH, PROCEDIMIENTO PARA PROLAPSO Y HEMORROIDES CON SUTURA MECÁNICA

Dr. Pablo Piccinini
ARGENTINA

INTRODUCCIÓN: Las hemorroides constituyen una patología de altísima frecuencia pero sólo del 3 al 10 % de los pacientes son operados. Su tratamiento quirúrgico han sido descriptos en la literatura por más de 400 años. Maimonides lo desaconsejaba debido al gran número de complicaciones. Hace más de 200 años el anatomista francés Petit intentaba erradicar las hemorroides sin denudar el conducto anal de su cubierta. En 1814 Thomas Copeland reportó 3 casos operados (1 murió de sepsis pélvica, 1 recidivo y 1 evolucionó bien). Frederick Salmon describió en 1830 la técnica «abierta» que con pequeñas modificaciones se sigue usando actualmente, popularizada luego por MILLIGAN Y MORGAN (UK.) En 1937. Fansler en 1931 describió una técnica parcialmente cerrada y al mismo tiempo Linn a. FERGUSON describió la técnica cerrada, publicada en D.C.R. en 1959 por James Ferguson y Heaton.

En 1979 un estudio de la A.S.C.R.S. mostró que el 42 % de los cirujanos preferían técnicas cerradas mientras que el 58 % seguían utilizando la técnica abierta

En los últimos años se incorporaron diversos instrumentos para la disección del tejido patológico como:

Láser de co2
Láser de neodimio yag
Tijeras bipolares

Electrobisturí de alta o radiofrecuencia
Electrobisturí ultrasónico
Electrobisturí armónico

Una vez resecadas las hemorroides con este instrumental las técnicas utilizadas no difieren de las descriptas previamente (usualmente Ferguson o Milligan y Morgan). Indudablemente lo que sí significó un cambio radical en el concepto de cómo tratar quirúrgicamente esta afección fue la utilización de suturas mecánicas, DONALD BECK comenzó a usarlas en 1986, describió 82 casos tratados con suturas de 31 Mm. Pero indudablemente ANTONIO LONGO (Palermo, ITALIA) fue quien populariza el método en Europa y diseñó un Kit de instrumental para esta técnica. (21)

Decenas de diferentes técnicas han sido descriptas y cientos de modificaciones a estas han sido descriptas y esto parecería demostrar que la técnica «ideal» no ha sido hallada.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia adquirida en el tratamiento de la patología hemorroidal con la técnica de PPH (procedimiento para prolapso y hemorroides) en 200 pacientes con un seguimiento a largo plazo (mínimo 60 meses).

PACIENTES Y MÉTODOS: Entre Marzo de 2000 y Mayo de 2005 se trataron 200 pacientes, utilizando el método PPH con sutura mecánica PPH 01 en los primeros 80 y PPH 03 en los restantes 120. Todos los pacientes fueron operados por uno de dos cirujanos, ambos con experiencia en cirugía orificial.

TÉCNICA: Se coloca un anoscopio transparente (en general fijado a piel) que nos permita confeccionar una jareta continua de prolene 00 a unos 5 cm. de la línea pectínea, teniendo especial cuidado en tomar solo mucosa y submucosa.

Luego utilizando una sutura mecánica PPH introducimos y resecamos el manguito mucoso rectal, realizando a la vez una Mucosectomía y Mucopexia con agrafes. Hemos dado puntos hemostáticos en la línea de sutura en los casos necesarios.

Siempre utilizamos profilaxis antibiótica, anestesia general (neuroleptoanestesia más local) o peridural.

Se evaluaron los 200 pacientes operados, con seguimiento clínico en consultorio externo y telefónicamente una vez otorgada el alta médica.

Fueron divididos en 2 grupos consecutivos de 100 pacientes cada uno, con un seguimiento mínimo de 60 meses.

Se evaluó efectividad, curva de aprendizaje, dolor post operatorio, tiempo de internación, reincidencia laboral, grado de satisfacción, complicaciones y recurrencias.

RESULTADOS: Se operaron 115 hombres y 85 mujeres, la edad promedio fue de 46 años (rango 25 a 62). El promedio de internación fue de 1 día y el seguimiento en meses tuvo un mínimo de 60 y un máximo de 122. El tiempo quirúrgico promedio fue de 30 minutos.

La selección incluyó 156 pacientes con hemorroides grado 3 y 44 con hemorroides grado 4 con escaso componente externo. Se excluyeron pacientes con sepsis, estenosis, incontinencia y/o debilidad de piso pélvico.

Se realizaron 41 procedimientos adicionales al PPH: 23 Hemorroidectomías externas (todas dentro de los primeros 100 casos), 19 Ligaduras Elásticas y 1 Esfinterotomía Lateral Interna. La presencia de fisura anal no la consideramos una contraindicación al procedimiento.

Comparativamente en el mismo lapso de tiempo tratamos 1835 pacientes solo con Ligaduras de banda elástica.

Tuvimos 6 reapariciones del prolapso hemorroidal (3 %) 5 de las cuales se registraron en los primeros 100 casos. 1 paciente requirió una nueva cirugía (convencional), los restantes 5 se trataron con ligaduras de banda elástica.

Se registraron 13 complicaciones (Tabla 1)

TABLA 1
MORBILIDAD DEL PPH

TROMBOSIS	5 (2.5%)
FISURA	2 (1.0%)
SANGRADO	2 (1.0%)
URGENCIA EVACUATORIA	2 (1.0%)
GRANULOMA LINEA SUTURA	1 (0.5%)
HEMATOMA LINEA SUTURA	1 (0.5%)
INCONT./ESTENOSIS/SEPSIS (f.r.v.)	0 (0 %)

TOTAL

13 (6.5 %)

Tuvimos 4 reoperaciones todas dentro del grupo de los primeros 100 casos. (Tabla 2)

TABLA 2

SANGRADO	1
NECROSIS HEM. EXTERNA	1
HEMATOMA LINEA DE SUTURA	1
RECURRENCIA	1

El dolor postoperatorio fue notablemente menor, mensurado por consumo de analgésicos. Asimismo la gran mayoría de los pacientes manifestó haber experimentado menos dolor del esperado.

El grado de satisfacción de los pacientes fue alto, en una escala de 1 a 10 el promedio fue de 9

El tiempo promedio de regreso a la actividad laboral fue de 5 días.

DISCUSION: En nuestra experiencia la técnica PPH demostró ser efectiva y segura en el tratamiento de la patología hemorroidal avanzada. Su indicación principal son las hemorroides de 3º grado sin gran componente externo, aunque en la actualidad sus indicaciones abarcan a las hemorroides de 3º y 4º grado.

Un interesante trabajo de Kolbert, parecería demostrar que la oclusión arterial no sería el mecanismo principal de este procedimiento. La reducción del prolapso, la reposición de las hemorroides a su ubicación normal y la mejor circulación venosa serían los responsables de la desaparición de los síntomas. (19)

Este procedimiento ganó popularidad en Europa rápidamente, pero recién en los últimos años comenzó a ser utilizado con mucha frecuencia en USA. A partir de algunos trabajos prospectivos que comparando el PPH vs. Técnica de FERGUSON, demostraron menor dolor post operatorio especialmente en las dos primeras semanas, y con las primeras evacuaciones, también el número de complicaciones fue menor en el grupo de PPH. (14 PPH vs. 28 Ferg; p=0.03). (30)

Numerosos trabajos de los últimos dos años parecen confirmar que el método permite una reinserción laboral mas rápida, menor consumo de analgésicos, menor dolor especialmente con las primeras evacuaciones, el tiempo operatorio sería similar a las técnicas abiertas y menor que en las cerradas, el número de complicaciones sería menor que la cirugía convencional (30)

Esta experiencia coincide con lo anteriormente expuesto, ya que nuestros pacientes experimentaron poco dolor y un alto grado de satisfacción. El tiempo quirúrgico fue breve

Nuestras complicaciones fueron pocas y no se presentaron casos graves como sepsis, Fístulas Rectovaginales, Incontinencias, ni Estenosis. Comparables con las reportadas por BECK DAVID en su revisión de 2500 Hemorroidectomías convencionales (Tabla 3)

TABLA N: 3

RETENCION URINARIA	10 – 30 %
PLICOMAS	6 %
HEMORRAGIAS	2-4 %
REOPERACION	0,8- 1,3 %
ESTENOSIS	1 %
FISURAS	1 – 3 %
INCONTINENCIA	0,4- 1%
FISTULAS	0,5 %
RECURRENCIA	1 %-8 %
DOLOR (MAS 2 SEMANAS)	???
FECALOMAS	1 %
INFECCION	1 %
TROMBOSIS	1 %

De: Beck/Steven D Wexner- Fundamentals of Anorectal Surgery. 17:236-253. Mc Graw Hill 1998

El porcentaje de recurrencias (3%) también es similar al reportado en las demás técnicas quirúrgicas. (35)

Agregar procedimientos como la resección de plicomas genera dolor disminuyendo las ventajas del método.

Creemos que la altura y profundidad correcta de la jareta son cruciales, dado que si queda próxima a la Línea Pectínea provocara dolor o complicaciones y si queda muy alta, la reducción del prolapso será menor del deseado.

No comparamos esta técnica con la ligadura de hemorroides con banda elástica porque creemos que tienen distinta indicación.

La introducción de la sutura mecánica PPH 03 en el año 2003, cuyas grapas cierran a 0.75 Mm., (el cierre anterior -PPH 01 era de 1 Mm.) mejoro la hemostasia en la línea de sutura disminuyendo la necesidad de puntos hemostáticos sobre la misma.

Si bien la curva de aprendizaje es corta, creemos que es de gran importancia, ya que el acabado conocimiento de la técnica quirúrgica minimiza el riesgo de complicaciones y optimiza los resultados.

CONCLUSIONES: El procedimiento para prolapso y hemorroides PPH es una técnica efectiva y segura para el tratamiento de las hemorroides de 3º y 4º Grado.

El número de complicaciones y la severidad de las mismas, fueron menores o iguales a las descriptas para otras técnicas quirúrgicas; al igual que el número de recurrencias.

El acabado conocimiento de la técnica quirúrgica minimiza el riesgo de complicaciones y optimiza los resultados.

La realización de trabajos prospectivos y continuar el seguimiento a largo plazo serán fundamentales para definir claramente la efectividad y seguridad de este procedimiento.

Referencias Bibliograficas:

- 1-Arnaud JP, Pessauz P, Hutten W, Demanini N, Juech, J Laurent, D Simone, M. Treatment of hemorrhoids with circular stapler, a new alternative to conventional methods: a retrospective study of 140 patients. JACS 2001;193:161-165.
- 2-Atiz J.M.A.: La operación de Sarnier y sus múltiples usos. Pren.Med.Argent., 1978;65:607.
- Boccasanta P, Capretti PG, Venturi M, et al. Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. Am J Surg 2001; 182: 64-68
- 3-Bosisio O.A., Graziano A., Romero Montes J.: Cirugía plástica en patología anal. Rev. «Gastro», Asoc. Prof. Hosp. C.B.Udaondo 1983;2:17.
- 4-Bosisio O.A., Romero Montes J., Gómez C.A.: Hemorroides «en corona». Combinación de técnicas para su solución quirúrgica. Prensa Med. Argentina. 1986, 73:459.
- 5-Bosisio O.A., Gomez C.A., Masciangioli G, Graziano A.: Técnica Combinada. Una Alternativa En El Tratamiento De Las Hemorroides En Corona. Rev. Argentina Coloproct. 5:33, 1993.
- 6-Buie L.A.: Practical Proctology. V. W Saunders Comp. Philadelphia, 1965,1937.
- 7-Calzaretto J.: Método amputativo en el tratamiento de las hemorroides. Pren. Med. Argent., 13:605, 1944.
- 8-Candiotti A.N.: Hemorroidectomía radical para hemorroides voluminosas. Soc Arg.Proct. III Jornad. Del iter. Actas, 89, 1954.
- 9-Cheetham MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, Kamm, MA, Phillips RK. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. Lancet 2000; 356: 730-33.
- 10-Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregon L, Miranda-Gomez A, Moran S. Stapled rectal mucosectomy vs closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2002; 45(10); 1367-1375.
- 11-Farache J.E., Apolo A., Pérez Elizalde J: Hemorroides Voluminosas. Técnica amputativa-plástica., Pren. Med. Argent., 66:473. 1979.-
- 12-Ferguson J.A.: Closed hemorrhoidectomy. Dis.Colon Rectum, 2:176, 1959.
- 13-Galván E.S., Villaggi Leiva J.C., Borracer G.:Hemorroidectomía. Técnica de Ruiz Moreno.. Pren. Med. Argent., 58:953,1971
- 14-Ganio E., Altomare D, Gabrielli F, Milito G, Canuti S, Prospective randomized multicentre trial comparing staples with open hemorrhoidectomy. BR J Surg 2001;88:669-674.
- 15-Goligher J.C.:Cirugía del ano, recto y colon. Edit. Salvat, 4:97,1979.- Herold A and Kirsch JJ. Complications after circular stapled hemorrhoidectomy : results of an inquiry in Germany. Coloproctology. 2001; 23:8-16.
- 16-Ho YH, Cheong WK, Tsang C, et al. Stapled hemorrhoidectomy-cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. Dis Colon Rectum 2000;43:1666-1675.
- 17-Ho YH, Seow-Choen F, Tsang C, et al. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled haemorrhoidectomy. British Journal of Surgery 2001; 88: 1449-1455.
- 18-Khalil K, O'Bichere A, Sellu D. Randomized clinical trial of sutured vs stapled closed hemorrhoidectomy. BR J Surg 2000;87:1352-1355.

19-Kolbert (Evaluation of Longo's technique for haemorrhoidectomy by doppler ultrasound measurement of the superior rectal artery. *Kolbert GW - Zentralbl Chir - 01-Jan-2002; 127(1): 19-21*)

20-Laurence A.: Hemorrhoidectomy radical posterior con plástica de deslizamiento. *Rev. Argent. Cirug.*, 35:15, 1978.

21-Longo A. Treatment of haemorrhoid disease by reduction in mucosal and haemorrhoidal products with a circular stapling device-new procedure. *Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome Italy, June 3 to 6 1998*

22-Mehigan BJ Monson JR Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids vs Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000;355:782-785.

23-Milligan E T. Morgan C. Et al.. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet.*, 2:1119, 1937.

24-Molloy RG Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000; 355: 810.

25-Pernice LM. Bartalucci B Bencini L. Borri A. Catarzi S, Kroning K. Early and late (ten years) experience with circular stapler hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001;44(6):836-841.

26-Ripetti V, Cancato M and Arui ani A. Rectal perforation, retroperitoneum and pneumomediastinum after stapling procedure of prolapsed hemorrhoids: report of a case and subsequent considerations. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 268-270.

27-Rowell M, Bello M. Mem ngway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) vs conventional haemorrhoidectomy: randomized control trial. *Lancet* 2000;355:779-781.

28-Shemesh El. Kodner. et al: Severe complication of rubber band ligation of internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1987;30:199.

29-Sarner J.B.: Plastic relief of anal stenosis. *Dis. Colon Rectum.* 1:77, 1969

Shalaby R and Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery* 2001; 88: 1049-1053.

30-Senagore A. A prospective, randomized, controlled multicenter trial evaluating of stapled hemorrhoidopexy vs. Ferguson hemorrhoidectomy. Available at: <http://www.vioworks.com/clients/ascsr2002/>.

31-Singer MA, Cintron JR, Fleshman JW, Chaudhry V, Birnbaum EH, Read TE, Spitz JS, Abcarian H. Early experience with stapled hemorrhoidectomy in the United States. *Dis Colon Rectum.* 2002 45(3):360-36 discussion 367-369.

32-The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993;36:1118-1120.

33-Whitehead W: Surgical treatment of haemorrhoids. *Brit. Med. J.* 1:149, 1889.

34-Wilson MS, Pope V, Doran HE, Fearn SJ, Brough WA. Objective comparison of stapled anopexy and open hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2002;45 (11):1437-1444

35-Beck Steven D Wexner- *Fundamentals of Anorectal Surgery.* 17:236-253. Mc Graw.Hill 998

con un manguito nasotraqueal insuflado lleva a lesiones de la misma. La reparación obliga a realizar una toracotomía o en su defecto intentar repararla por el cuello.

La exposición del tercio inferior y parte del tercio medio se realiza mediante frenotomía anterior amplia.

Esto obliga a colocar el paciente en posición de Broca y colocar retractores anteriores y laterales a fin de lograr correcta visualización. Un gran problema que se suscita en momento son las alteraciones hemodinámicas por compresión cardíaca y sobre todo de la aurícula izquierda que lleva a hipotensiones severas, aparición de arritmias e incluso determinar isquemia miocárdica y paro cardíaco. La monitorización continua de presión arterial media pasa a ser un factor de control muy importante en este paso.

El sangrado debido a maniobras a ciegas traumáticas, generalmente se debe a arrancamiento de ramas arteriales periesofágicas. Esto se soluciona visualizando la aorta desde el hiato diafragmático e ir clipando o ligando con bisturí de última generación los diferentes vasos que van apareciendo.

El quilotórax se produce por compromiso tumoral a nivel del hiato diafragmático o por sección accidental a ese nivel. La prevención y pensar en la posible lesión es el mejor tratamiento a ofrecer, e ir a la ligadura del mismo en caso de lesión.

El abordaje desde el cuello es dificultoso y uno de los problemas es la lesión del recurrente, no solo del izquierdo sino también del derecho, que no lo visualizamos por este abordaje.

En el año 2007 se publica la experiencia del Prof. Orringer sobre 2000 ETH, las complicaciones y la mortalidad según el período analizado.

Complicaciones

Nº de pacientes

Porcentaje		
Desgarro traqueal.	8 pacientes	0,4 %
Lesión de nervios recurrentes	91 pacientes	4,5 %
Sangrado desde vasos periaórticas	16 pacientes	0,8 %
Rotura conducto torácico (Quilotórax)	25 pacientes	1,0 %
Muerte intraoperatoria	4 pacientes	0,2 %
Esplenectomía	48 pacientes	2 %

Periodo

Mortalidad

ETH por año

1972 - 1982	10 %	23
1983 - 1987	5 %	45
1988 - 1992	2 %	55
1993 - 1997	3 %	82
1998 - 2007	1 %	100

Nuestra experiencia de 20 años en Montevideo, participando en este tipo de cirugías es de 91 pacientes, con una mortalidad del procedimiento del 14, 3%.

Las complicaciones que hemos tenido han sido las siguientes:

Complicaciones

Nº de pacientes

Porcentaje		
Desgarro traqueal.	2 pacientes	2,2 %
Lesión de nervios recurrentes	9 pacientes	9,9 %
Sangrado desde vasos periaórticas	10 pacientes	11 %
Rotura conducto torácico (Quilotórax)	3 pacientes	3,3 %
Muerte intraoperatoria		0 %
IAM	1 paciente	1 %

En los últimos años aparece la cirugía mínimamente invasiva y diferentes cirujanos han iniciado su experiencia en la misma, bajo la consigna de que, preservaran las directivas oncológicas y disminuirán las complicaciones intraoperatorias al tener una mejor visualización del campo quirúrgico⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹².

3 - CONTROVERSIAS EN ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER ¿ES LA ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL UNA TÉCNICA SEGURA?

Dr. Roberto R. Taruselli
URUGUAY

Se critica frecuentemente a la Esofagectomía Transhiatal (ETH) que es una cirugía a ciegas y no cumple criterios oncológicos en comparación con la Esofagectomía Transtorácica (ETT)¹.

Intentaré contestar la pregunta de si ésta técnica es segura, basado en mi experiencia y en la literatura internacional sobre el tema, y mostraré al finalizar los últimos avances tecnológicos en el tema.

Dos de los cirujanos más importantes que han preconizado el uso de la ETH han sido los Profesores Henrique Walter Pinotti² y Mark Orringer³.

Mostramos imágenes tomadas del libro del Prof. Pinotti⁴ donde se visualiza el llamado «sector ciego» de la técnica de la ETH. Este comprende desde el opérculo torácico a la carina traqueal, es decir desde los 18 cm a los 25 de la arcada dentaria. Es un sector peligroso por la existencia de adherencias entre el sector membranoso de la tráquea y el esófago. La disección a ciegas, en forma traumática, y

Los aspectos negativos son el costo del equipamiento, curva de aprendizaje del cirujano, tiempo hora block consumido, y dificultades en la resección de grandes tumores.

Una técnica interesante ha sido el aporte de la Esofagectomía Transhiatal Laparoscópica asociada a Video mediastinoscopia en forma simultánea¹³⁻¹⁴.

Otro ha sido la introducción de la cirugía robótica, sin notorias mejoras en los resultados quirúrgicos a corto plazo^{15-16, 7-18}.

Conclusión:

La técnica de la ETH es segura, pero con fatales complicaciones por lo que se debe de tener suma precaución al manipular la «zona ciega». evitar las disecciones traumáticas, las compresiones prolongadas del corazón, y utilizar clipadoras o bisturí de última generación a fin de disminuir el sangrado intraoperatorio.

La cirugía abierta sigue siendo el «gold standard» tanto por vía transhiatal o transtorácica, comprobado en estudios prospectivos randomizados¹⁹.

La cirugía laparoscópica y robótica es una opción que al parecer disminuiría las complicaciones pulmonares postoperatorias y estaría reservada para enfermedades benignas y estadios precoces del cáncer¹²⁻²⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Omloo JMT. Short and long-term advantages of transhiatal and transthoracic oesophageal cancer resection *EJSO* 2009;35:793-97
- 2) Pinotti HW. Esophagectomy without thoracotomy. *Surg Gynecol Obstet* 1981;152:344-6
- 3) Orringer MB. Esophagectomy without thoracotomy *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1978;76:643- 54.
- 4) Pinotti HW. Acceso ao Esofago Torácico por Transeccao Mediana do Diafragma. Ed. Atheneu. Sao Paulo. 1999.
- 5) Vikas G. A novel surgical technique of repair of posterior wall laceration of thoracic trachea during transhiatal esophagectomy. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 2009 9:347-49
- 6) Taruselli R. Quilotórax post esofagectomía. *Cir Uruguay* 2002;72 142-9.
- 7) Orringer MB. Two Thousand Transhiatal Esophagectomies. *Changing Trends, Lessons Learned. Ann Surg* 2007 246: 363-74
- 8) Valenti V. Esofagectomía transhiatal por vía abierta y vía laparoscópica para el cáncer de esófago: análisis de los márgenes de resección y ganglios linfáticos *Cir Esp.* 2008;83:24-7
- 9) Hoppo T. Minimally Invasive Esophagectomy: The Evolution and Technique of Minimally Invasive Surgery for Esophageal Cancer. *World J Surg* 2011; 35:1454-63.
- 10) Benzoni E. A Comparative Study of the Transhiatal Laparoscopic Approach versus Laparoscopic Gastric Mobilisation and Right Open Transthoracic Esophagectomy for Esophageal Cancer Management. *J Gastrointest Liver Dis* 2007;16: 395-401
- 11) DePaula AL. Trans-hiatal approach for esophagectomy. In: Toouli J, Gossot D, Hunter JG *Endosurgery*. Churchill Livingstone, New York, 1996.
- 12) Levy RM, Luketich JD. Laparoscopic and Thoracoscopic Esophagectomy. *Advances in Surgery* 2010;44:101-16
- 13) Parker M. Transcervical videoscopic esophageal dissection during two-field minimally invasive esophagectomy: early patient experience. *Surg Endosc* 2011 On line June 24.
- 14) Wu B Video-assisted mediastinoscopic transhiatal esophagectomy combined with laparoscopy for esophageal cancer. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2010;5:132-.
- 15) Espat NJ, Donahue P, Horgan S. Robotically assisted laparoscopic transhiatal esophagectomy. *Surg Endosc* 2008; 22:188-95
- 16) Boone J. Transhiatal robot-assisted esophagectomy. *Surg Endosc* 2008; 22:1139-40
- 17) Kernstine KH. The first series of completely robotic esophagectomies with three-field lymphadenectomy: initial experience. *Surg Endosc* 2008; 22:2102
- 18) Marescaux J. Robotic surgery: potentials, barriers, and limitations. *Eur Surg* 2005; 37:279-83
- 19) Hulscher JB, Tijssen JG, Obertop H, van Lanschot JJ. Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis. *Ann Thorac Surg* 2001;72:306-13
- 20) Butler N. Minimally invasive oesophagectomy: current status and future Direction. *Surg Endosc* 2011;25:2071-83.

4 - ESOFAGECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA: ¿ES FACTIBLE EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER?

Dr. Gonzalo Estapé Viana
URUGUAY

En el tratamiento del cáncer de esófago, la esofagectomía con linfadenectomía, sigue siendo determinante en la evolución oncológica y la calidad de vida de los pacientes.

Como en muchas técnicas quirúrgicas, los procedimientos mini invasivos se propusieron para la esofagectomía, con el objetivo de mejorar la morbilidad y mortalidad que presenta la esofagectomía abierta (toracotomía y laparotomía).

Desde que Cuschieri en 1992 reportó la primera esofagectomía por cáncer video asistida por toracoscopia, se desarrollaron múltiples líneas de investigación intentando probar la factibilidad y seguridad técnica y oncológica de este procedimiento.

Akaishi en 1996 en Japón, reportó la primera esofagectomía radical con linfadenectomía en bloque, demostrando que, aunque con mayor complejidad, podrían imitarse los procedimientos oncológicamente aceptados para tratar el cáncer de esófago.

A pesar de esto, dada la complejidad de la esofagectomía (aún en cirugía abierta) y a la elevada morbilidad y mortalidad del procedimiento, el abordaje toracoscópico (posible y seguro pero más complejo), está lejos de ser un procedimiento de rutina y se reserva a centros especializados y a pacientes seleccionados

Se analizan los conceptos actuales en cuanto a los diversos abordajes y técnica de la esofagectomía, basados en la experiencia reportada por centros especializados, así como las recomendaciones para el aprendizaje de esta compleja técnica.

Se mostrará un video con los pasos técnicos fundamentales de la esofagectomía por toracoscopia en decúbito lateral izquierdo por carcinoma de esófago torácico.

Luego de la completa valoración preoperatoria, definida su indicación de tratamiento quirúrgico resectivo y pasible de abordaje toracoscópico (según características del tumor y del paciente), la discusión actual se centra en: posición del paciente y disección de dos o tres campos.

Para la respuesta a estas dos interrogantes, diversos trabajos analizan las diferencias en: calidad de a exposición del campo operatorio, tiempo operatorio, pérdida sanguínea, lesión recurrential número de adenopatías resecadas, fallas de sutura, tiempo de intubación postoperatoria, complicaciones respiratorias, tiempo de internación y la mortalidad operatoria.

De los trabajos de centros de mayor experiencia, surge que la esofagectomía por toracoscopia es posible, segura y con resultados oncológicos comparables a la esofagectomía abierta.

La posición prona presenta leves ventajas en cuanto a exposición operatoria, pérdida sanguínea, número de adenopatías resecadas y complicaciones respiratorias, con respecto al decúbito lateral izquierdo, pero sin diferencias en mortalidad operatoria ni sobrevida alejada.

Sobre la disección de dos o tres campos (con sutura intra torácica o cervical), en centros especializados, se mantienen los resultados conocidos para la cirugía abierta: la cirugía de tres campos presenta mayor tasa de fistulas anastomóticas cervicales pero de baja gravedad, peor resultado funcional en la deglución, más lesiones recurrentiales y menos mediastinitis.

Se están desarrollando en Europa, estudios multicéntricos, prospectivos y randomizados para evaluar complicaciones postoperatorias y resultado oncológico de la esofagectomía asistida por toracoscopia. Sus resultados favorables, sustentarían el mayor desarrollo de esta técnica.

Con la evidencia analizada, se realizan consideraciones y sugerencias para el aprendizaje y la aplicación de esta técnica en el Uruguay.

BIOGRAFÍA

1. Kuwabara S et al. Comparison of three different operative methods of video-assisted thoracoscopic esophagectomy *Esophagus* (2010) 7:23-29
2. Nagpal, et al. Is minimally invasive surgery beneficial in the management of esophageal cancer? A meta-analysis *Surg Endosc* (2010) 24:1621-1629
3. George Sgourakis, et al. Minimally Invasive Versus Open Esophagectomy: Meta-Analysis of Outcomes *Dig Dis Sci* (2010) 55:3031-3040
4. Ryan M. Levy, et al. Laparoscopic and Thoracoscopic Esophagectomy *Advances in Surgery* 44 (2010) 101-116

5 - TRATAMIENTO ACTUAL DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

Dr. Bruno Camps Vilata
ESPAÑA

Desde 1980 existe un renovado interés por la CARCINOMATOSIS PERITONEAL de origen digestivo, ovárico, pseudomixoma, mesotelioma.

Se debe a los resultados alentadores de la CRS + HIPEC Propuesta por Paul H. Sugarbaker (1)

La carcinomatosis peritoneal. es frecuente en los tumores digestivos y ginecológicos

- Cáncer gástrico: 10-50% en el momento del diagnóstico
- Cáncer colorrectal: 10% momento del diagnóstico 40-70% de los pacientes recidivan (10-35% recidiva exclusiva peritoneal)
- Cáncer de ovario: 70-75% en el momento del diagnóstico

(2-3-4-5)

INCIDENCIA: La incidencia de la carcinomatosis peritoneal es difícil de determinar. Proporcionalmente es alta. Esta relacionada con el origen del tumor primario.

El concepto clásico de carcinomatosis peritoneal (*peritoneal surface malignancy*) es de pacientes

•Inoperables, tributarios solamente de cirugía paliativa o quimioterapia sistémica.

De este modo la supervivencia rara vez llega al año así:

- Cáncer de páncreas: 3,1 meses,
- Cáncer gástrico: 2,1 meses,
- Cáncer colorrectal: 5,2 meses
- 21,5 - 24 meses. Con nuevas terapéuticas quimioterápicas o biológicas.
- Cáncer de ovario: 14-24 meses*
- Mesotelioma Peritoneal: 7-11 meses*
- Pseudomixoma peritoneal: 50% a 5 a. y 20% a 10 a.
- Sarcomatosis peritoneal: 9-21 meses*

Chu DZJ.(9) Sugarbaker PH.(10) Sadeghi B.(11) Gough DB.(12): Paul H. Sugarbaker (1982) plantea El Concepto de La Carcinomatosis Peritoneal como un estadio locoregional de la Enfermedad y desarrolla una nueva alternativa terapéutica: Cirugía citoreductora CRS (peritonectomía) seguida de Quimioterapia Intrabdominal Hipertérmica Intraoperatoria (HIPEC)

Así pues, según Paul Sugarbaker, la carcinomatosis peritoneal no es una enfermedad tumoral sistémica sino es la metástasis peritoneal de un tumor generalmente de la cavidad peritoneal, susceptible de tratamientos intensivos multidisciplinarios regionales (similares al tratamiento actual de la metástasis hepáticas)

Tratamiento combinado multidisciplinar de la carcinomatosis peritoneal (técnica de sugarbaker)

Cambio de concepto: Si el peritoneo actúa como una «barrera», que limita la progresión tumoral y permite el abordaje tumoral extraperitoneal, estamos ante una enfermedad susceptible de tratamiento quirúrgico con intención curativa, con un cambio de estrategia que consiste en la combinación de cirugía ultraradical (crs)

Con quimioterapia intraperitoneal: Peroperatoria con hipertermia (HIPEC: «hyperthermic intraperitoneal chemotherapy») y/o Postoperatoria con normotermia (EPIC: «early postoperative intraperitoneal chemotherapy») Se considera Citorreducción «completa» cuando hay Ausencia de tumor residual macroscópico o Residuo tumoral $\leq$ 2,5 mm.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA CARCINOMATOSIS

- Carcinomatosis peritoneal no invasiva de gran volumen (PSEUDOMIXOMA)
- Mesotelioma peritoneal
- Cáncer gastrointestinal perforado
- Cáncer adherido a órganos o estructuras vecinas
- Cáncer gastrointestinal con citología peritoneal positiva
- Cáncer gastrointestinal con afectación ovárica
- Diseminación peritoneal intraoperatoria
- Recidiva de cáncer de ovario después de un largo intervalo libre de enfermedad

•Pacientes con ascitis maligna
BASES DEL TRATAMIENTO COMPLETO:

El primer paso y fundamental es la Selección pacientes que incluye: Valorar las Condiciones generales del paciente, Características biológicas del tumor y de la carcinomatosis (tipo, grado, volumen tumoral)

- CP confirmada por el patólogo en biopsia intraoperatoria, Ausencia de enfermedad metastásica extra-abdominal
- Ausencia de enfermedad metastásica intra-abdominal no controlable quirúrgicamente
- Ausencia de comorbilidad limitante (aceptable función renal y cardiorrespiratoria)
- Índice de carcinomatosis peritoneal <24 (dependiendo de la naturaleza tumoral)

LA CORRECTA INTERPRETACION DE LAS IMAGENES DEL TAC:

Presencia de ascitis, afectación del mesenterio del intestino delgado, pérdida de la nitidez de los vasos mesentéricos Presencia de tumor sólido, afectación diafragmática, «escaloping» perihepático, omental cake, obstrucción segmentaria de delgado Colecciones «quisticas» permite fijar los criterios de evaluación clínica (pci)

El abdomen y su contenido visceral, se divide en trece regiones, valorando el tamaño tumoral en cada una de ellas de 1 a 3:

Is0 no hay lesión; Is1 tumor $< 0,5$ cm ; Is2 tumor < 5 cm ; Is3 tumor > 5 cm .

Con la suma de los valores de cada uno de los cuadrantes, se calcula el pci que variará de 1 a 39 pci máximo 39 (13x3)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE PACIENTES:

- ENFERMEDAD RESECABLE 1.- Tumor > 5 cm. en intestino delgado y mesenterio de ileon y yeyuno.
- AUSENCIA DE OBSTRUCCIÓN 2.- SIN Obstrucción segmentaria de delgado.

SI ESTAS DOS CIRCUNSTANCIAS COEXISTEN (1 + 2) $> 88\%$ resección incompleta. Si solamente se presenta una de ellas (1 ó 2) $> 50\%$ de resección incompleta sin embargo, En ausencia de 1 y 2, 90% de citorreducciones completas

CONTRAINDICACIONES CCRS (Dominique Elías 2005. (Villejuif))(11) ABSOLUTAS:

- Mal estado general
 - Enfermedad extrabdominal intratable
 - Irresecabilidad: PCI masivo (>20) y enf. difusa relativas:
 - Progresión de enf. Durante QT sistémica preoperatoria Y No resolución de ascitis (generalmente significan irresecabilidad)
- El Pronóstico tras la técnica depende: Adecuada selección del paciente

Tipo histológico del tumor (Alto o Bajo grado) Grado de enfermedad (Índice de carcinomatosis) Presencia de enfermedad en trece regiones Y Tamaño lesional en ellas.

Grado de citoreducción Indica la ausencia o persistencia de tumor residual tras la citoreducción

Para J.Esquivel(12) los «jugadores» del proceso son: el bueno: la calidad de la cirugía (citorreducción completa); el malo: aplicar solamente terapia sistémica, el feo: cirugía incompleta el Procedimiento de peritonectomía consiste en la realización de las siguientes exeresis, si estas zonas están afectas:

- 1.-Omento mayor-esplenectomía
- 2.-Hemidiafragma izquierdo
- 3.-Hemidiafragma derecho y Glisson
- 4.-Colecistectomía y omento menor
- 5.-Antrectomía (si es necesaria)
- 6.-Pelvipertonectomía (histerectomía + anexectomía y rectosigmoides)
- 7.-Peritoneo anterolateral (gotieras)

ENFERMEDAD RESIDUAL

CC0 Ausencia de enfermedad macroscópica ; CC1 Persisten implantes tumorales $< 2,5$ mm ;CC2 Persisten implantes entre 2,5 mm - 2,5 cm ;CC3 Persisten implantes $> 2,5$ cm.

Quimioterapia Intraperitoneal Intraoperatoria Hipertérmica

- . Efecto antineoplásico directo (>citotoxicidad)
- . Mayor penetración celular de la quimioterapia
- . Potencia la acción del citostático (sinergia)
- . Altas concentraciones en contacto directo (menor toxicidad sistémica)
- . Permite distribución homogénea
- . Neutraliza diseminación del cirujano

TERMINADA LA HIPEC:

- Revisión y lavado de la cavidad .
- Peritonización de cabos de resección.
- Anastomosis de la resecciones previas.
- Mantener catéteres como drenajes ó quimio peritoneal precoz postoperatoria.

Posteriormente puede aplicarse la quimioterapia postoperatoria precoz (EPIC) al año se aconseja efectuar el SECOND LOOK, con nueva citorreducción (si procede) e HIPEC-

Como el Dr. Paul Sugarbaker expone en su conferencia: *Surgical responsibilities for the optimal care of gastrointestinal cancer*

Las bases para tratamiento son:

- Eliminar el tejido tumoral
- Evitar su diseminación

Conocer el empleo de la cirugía citorreductora (crs) y la quimioterapia con hipotermia peritoneal(hipec)

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Periodo de Estudio: 1997 - 2011

223 pacientes Procedimientos con citorreducción : 302

Edad :Media de 57 años r (13 – 75); 60,4 Mujeres ;39,6 Hombres

Tipo De Tumor:

-Mucinoso apendicular	18,5 %
-Colon	32,1 %
Lobulillar de mama	0,6 %
Mucinoso de ovario	8,6 %
Papilar de ovario	21,6 %
Endometrio	0,6 %
Gástrico en anillo de sello	4,9 %
Mesotelioma	6,5 %
GIST/ Sarcoma	4,9 %
Mucinoso de origen no filiado	4,3 %

El 80,8 % habían tenido cirugías previas antes de remitirnoslo y el 15 % presentaron obstrucción previa.

El tiempo desde el diagnostico del tumor primario hasta que nos fueron remitidos oscilo de 1 a 300 meses con una mediana de 5 meses y el 56 % había llevado quimioterapia previa.

El grado de citorreducción obtenida fue de:

0:76.9 %.- 1: 6.4 % .-2 : 16.7%. Aplicamos la HIPEC en los grados 1 y 2. La morbilidad quirúrgica fue del 26,2 % . La tasa de reintervención fue del 16,2 % (56 de 302 procedimientos) y la mortalidad de la serie del 4,5 %.

La supervivencia global de nuestra serie es del 70% a los 2 años y superior al 40 % a los 5 años

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Management of Peritoneal Surface Malignancy P.H.Sugarbaker.-1-10. Advances in Peritoneal Surface Oncology Springer-Verla Berlin 2007
- 2.-Boku T. Br J Surg 1990 Price B. Am J Epidemiol 1997 .-
- 3.-Russell AH. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1983 .-
- 4.-Moran BJ. Surg Oncol Clin N Am 2003
- 5.-Jemal A. CA Cancer J Clin 2005.- Bilimoria MM. Cancer 2002
- 6.- Paul H. Sugarbaker, MD, FACS, FRCS Director, Program in Peritoneal Surface Malignancy .-Washington Cancer Institute, Washington, DC, USA
- III Reunión Nacional de Cirugía de la Carcinomatosis Peritoneal Valencia, Spain November 5 – 7, 2009)
7. Chu DZJ. Cancer.1989
- 8.-Sugarbaker PH. Ann Surg Oncol. 1999
- 9.-Sadeghi B. Cancer. 2000
- 10.-Gough DB. Ann Surg. 1994 [Folprecht G. Cancer Treat Res.2007 (Nuevos Qt y/o molec. biolog.)]
- 11.- D.Elias 2005 (Villejuif)

12 Jesus Esquivel - Annalysis of Publisbed Data.- III REUNIÓN NACIONAL DE CIRUGÍA DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL Valencia, Spain November 5 – 7, 2009)

13.- (Standard of Care for Pentoneal Dissemination from Gastrointestinal Cancer 2010 and Beyond

Paul H. Sugarbaker, MD, FACS, FRCS Director, Program in Peritoneal Surface Malignancy

Washington Cancer Institute, Washington, DC, USA

III REUNIÓN NACIONAL DE CIRUGÍA DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL Valencia, Spain November 5 – 7, 2009)

6 - PRÓTESIS MÉTALICAS, PLÁSTICAS Y BIODEGRADABLES SOBRE LA MEJORA DE LA DISFAGIA, ESTADO NUTRICIONAL, Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARCINOMA ESOFÁGICO OBSTRUCTIVO

Dr. Sergio Sobrino Cossio
MÉJICO

Aproximadamente entre 40 y 50% de los pacientes con cáncer esofágico se diagnostican en etapas clínicas avanzadas (incurables) y la sobrevida global es pobre de menos de 9 meses y a 5 años de menos del 20%.^{1,2} La disfagia es el síntoma cardinal y requiere de terapia adyuvante paliativa (quimiorradioterapia) previa a la cirugía.

Se define como disfagia maligna a la dificultad al paso del alimento debido al cáncer como consecuencia de la obstrucción luminal parcial o completa del esófago.³ La disfagia y la obstrucción afectan la calidad de vida ya que producen una incapacidad para el manejo de las secreciones, compromiso nutricional, pérdida de peso, debilidad, episodios recurrentes de neumonía por aspiración y dolor torácico. Uno de los escenarios más comunes en este período es la colocación de una sonda naso-yeyunal (SNY) para mejorar la nutrición. La colocación de un «stent» o prótesis expandible (PE) mejora la disfagia y la obstrucción, restaura la dieta oral para mantener el estado nutricional y brindar al paciente una aceptable calidad de vida. La colocación de un «stent» es útil también en la oclusión de fistulas tráqueo-esofágicas (FTE) malignas.⁴

La paliación con prótesis metálica expandible (PME) puede evitar procedimientos más invasores como la gastrostomía y yeyunostomía quirúrgicas, braquiterapia, u otros tratamientos endoscópicos como las terapias ablativas (etanol, cisplatino/epinefrina), laser, argón plasma y terapia fotodinámica (TFD). La calidad de la evidencia para esta recomendación es buena y la fuerza de la recomendación es fuerte.⁴ Aunque existe una gran variedad de PME que difieren en sus propiedades físicas y diseño, su efectividad clínica es inmediata para paliar la disfagia en más del 90% de los casos. Sin embargo tienen contraindicaciones absolutas (involucro del esfínter esofágico superior) y relativas (extensión al cardias y mientras el paciente se encuentra en quimio-radioterapia (QT/RT) de inducción).⁵ y no están exentas de complicaciones (cardiorrespiratorias, hemorragia; perforación, mal-posicionamiento y migración de la PME, dolor torácico atípico, estenosis tráqueo-esofágica, fiebre, neumonía por aspiración, reflujo esofágico, impacción de alimento, fistula, y sobrecrecimiento tumoral.⁴

Un estudio comparativo con tres tipos de PME parcialmente cubiertas (Flamingo Wallstent, Ultraflex and Gianturco Z stents) no mostró diferencias estadísticamente significativas en la tasa de éxito técnico, mejoría clínica de la disfagia y la tasa de complicaciones.⁶ Existe mayor frecuencia de sobre-crecimiento tumoral en las prótesis no cubiertas que en las cubiertas, sin embargo la TFD puede ser efectiva para tratar esta complicación.^{7,8,9} La disfagia recurrente puede estar presente en casi una tercera parte de pacientes después de la colocación de la PME, sin embargo, las intervenciones para mejorar esta complicación son efectivas en más del 90% de los pacientes.¹⁰ Por otra parte, las PME cubiertas, aunque más efectivas que las no cubiertas tienden a migrar más frecuentemente. El acortamiento de una prótesis dependerá de su diseño y de las propiedades físicas inherentes.⁷

Es difícil remover una PME parcialmente cubierta, como Ultraflex stent (Boston Scientific) y Evolution stent (Cook, Limerick, Ireland), después de un mes de haberse colocado debido a que en sus extremos el tejido hiperplásico crece dentro de la malla no cubierta; por lo que, si requerimos remover un stent el colocar una PME no cubierta no es la opción adecuada, ya que una cubierta puede ser removida con mayor facilidad.⁴

Un tema de debate es que el metal produce interferencia en los estudios de imagen y en la planeación de la radioterapia.¹ Una alternativa adecuada podría ser el uso de prótesis plásticas. Adler et al¹¹ evaluaron prospectivamente la respuesta a SEPS (Boston Scientific, Natick, Mass) en 13 pacientes con cáncer esofágico localmente avanzado para mejorar la disfagia durante la terapia neoadyuvante. El score de disfagia mejoró significativamente sin complicaciones mayores (hemorragia o perforación). Aunque la tasa de perforación varía de 0% a 5% con SEPS^{11,14} en general los datos de perforación son escasos y se relacionan con RT posterior a la colocación del stent.
15-17

Pero, ¿cuáles son los riesgos potenciales de colocar un stent como puente para la cirugía? ¿Afecta el stent la resección quirúrgica y la terapia neoadyuvante? ¿Es posible la remoción de una prótesis expandible metálica? Se requiere de estudios clínicos aleatorios que muestren que no hay diferencias en las tasas de sobrevida en pacientes con o sin puente para la cirugía.¹⁸

La alta tasa de migración con SEPS se debe a la dilatación tumoral previa (10 - 12 FR) por su sistema de liberación; el riesgo de perforación se ha relacionado con lesiones fibróticas con pobre distensibilidad, y principalmente en quienes tienen RT/QT previas.¹⁹

En la actualidad no se conoce cuál es el verdadero impacto del uso de PME o SEPS previo a RT/QT y los reportes son discordantes y limitados y sigue siendo un tema de debate. La mayoría de las series son retrospectivas y emplean diferentes tipos de stent. La RT/QT previo al stent incrementa el riesgo de dolor torácico persistente.²⁰ Un estudio clínico con 200 pacientes con neoplasias de la unión esófago-gástrica reportó que RT/QT previo al stent incrementa la incidencia de dolor retroesternal, pero no se asocia con complicaciones mayores después de la colocación del stent.²¹

Otras series mostraron una mayor tasa de migración del stent, hemorragia, y fístula en pacientes con PME y RT/QT previa.^{22,24} Un estudio retrospectivo con 116 pacientes con RT/QT previo al stent concluyó que este es un factor predictor independiente de complicaciones mayores (23.2 versus 3.3%, $p < 0.002$; Odds Ratio 5.59 (95 % CI: 1.7 - 18.1)).²⁵ Sin embargo, el estudio tiene limitaciones en el diseño, es retrospectivo, no aleatorio con diferencias estadísticamente significativas en las características basales clínicas (edad y status performance) y del tumor (longitud y localización tumoral).

En un estudio en 47 pacientes con cáncer esofágico se evaluó el impacto de la remoción del stent (nitinol) cubierto 1 semana antes de RT.²⁶ El stent fue removido a la semana 4 (Grupo A=n=24) o en caso de complicaciones (Grupo B=n=23). No hubo diferencias entre grupos en la mejoría de la disfagia y el grupo B tuvo mayor frecuencia de complicaciones (dolor severo, tejido de granulación, migración, fístula, hematemesis) no estadísticamente significativa. Sin embargo, en el Grupo B hubo mas re-intervenciones relacionadas al stent ($p=0.03$), por lo que sugieren que la remoción una semana previa al inicio de RT puede ser benéfica. Otra pequeña serie retrospectiva demostró que SEPS mejora la velocidad de inicio de la alimentación oral sin efectos secundarios en pacientes con RT/QT por disfagia maligna.²⁷ Debido a lo anterior, aunque los estudios son limitados, el uso de PME conjuntamente con RT/QT no puede ser recomendada rutinariamente. La calidad de la evidencia del uso de PME en este escenario es baja y la fuerza de la recomendación débil.^{1,18}

La reciente introducción de las prótesis biodegradables - PBD- (Ella-CS, Hradec Kralove, Czech Republic) hechas de monofilamentos de ácido-poli-l-láctico, los cuales se disuelven en pocos meses, podría ser una buena alternativa en esta categoría de pacientes. La estenosis benigna es la principal indicación para su uso. Los datos sobre su seguridad y tasas de migración aún no están disponibles.¹⁵ No se conoce el impacto de la colocación de PBD sobre la mejoría del estado nutricional.

La desnutrición se presenta hasta en el 79% en estas etapas clínicas de pacientes con cáncer esofágico avanzado, sin embargo la obstrucción esofágica no es la única causa, la anorexia y caquexia por cáncer son factores subyacentes.^{28,29} El estatus nutricional es un factor predictor independiente de respuesta completa a RT/QT y

sobrevida en pacientes con cáncer de esófago no metastásico tratados con intento curativo.³⁰ Si la pérdida de peso es secundaria a la anorexia el colocar un stent no será benéfico y seguramente la colocación de una SNY puede ser suficiente para mejorar el estatus nutricional. Si la causa es la caquexia por cáncer con pérdida involuntaria de peso y debilidad muscular debida a citoquinas y péptidos tumorales, la respuesta a la ingesta calórica es forzada.³¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler DG, Fang J, Wong R, et al. Placement of Polyflex stents in patients with locally advanced esophageal cancer is safe and improves dysphagia during neoadjuvant therapy. *Gastrointest Endosc* 2009;70:614-9.
2. Siddiqui AA, Loren D, Dudnick R, et al. Expandable polyester silicon-covered stent for malignant esophageal structures before neoadjuvant chemoradiation: a pilot study. *Dig Dis Sci* 2007;52:823-3.
3. Papachristou GI, Baron TH. Use of stents in benign and malignant esophageal diseases. *Rev Gastroenterol Disord* 2007;7:74-88.
4. Sharma P, Kozarek R, and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Role of esophageal stents in benign and malignant diseases. *Am J Gastroenterol* 2010;105:258-273.
5. Muñoz JC. Esophageal Stenting in Patients with Advanced Esophageal Cancer. *Northeast Florida Medicine* 2010;61:33-38.
6. Siersema PD, Hop WC, van Blankenstein M et al. A comparison of 3 types of covered metal stents for the palliation of patients with dysphagia caused by esophagogastric carcinoma; a prospective, randomized study. *Gastrointest Endosc* 2001;54:145-53.
7. Johnson E, Enden T, Noreng HJ, et al survival and complications after insertion of self expandable metal stents for malignant esophageal stenosis. *Scand J Gastroenterol*. 2006 Mar;41(3):252-6. PMID:16497610[PubMed-indexedfor MEDLINE]
8. Okunaka T, Kato H, Conaka C, Yamamoto H, et al. Photodynamic therapy of esophageal carcinoma. *Surg. Endosc.* 1990;4:150-3.
9. Scheider DM, Siemens M, Cirocco M, et al. Photodynamic therapy for the treatment of tumor ingrowth in expandable esophageal stent. *Endoscopy*.1997;May; 29(4):271-4.
10. Homs MY, Steyerberg EW, Kuipers EJ et al. Causes and treatment of recurrent dysphagia after self-expanding metal stent placement for palliation of esophageal carcinoma. *Endoscopy*.2004 Oct; 36(10):880-6.
11. Adler DG, Fang J, Wong R, et al. Placement of Polyflex stents in patients with locally advanced esophageal cancer is safe and improves dysphagia during neoadjuvant therapy. *Gastrointest Endosc* 2009;70:614-9.
12. Szegedi L, Gal I, Kosa I, et al. Palliative treatment of esophageal carcinoma with self-expanding plastic stents: a report on 69 cases. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006;18:1197-201.
13. Conio M, Repici A, Battaglia G, et al. A randomized prospective comparison of self-expandable plastic stents and partially covered self-expandable metal stents in the palliation of malignant esophageal dysphagia. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2667-77.
14. Verschuur EM, Repici A, Kuipers EJ, et al. New design esophageal stents for the palliation of dysphagia from esophageal or gastric cardia cancer: a randomized trial. *Am J Gastroenterol* 2008;103:304-12.
15. Yakami M, Mitsumori M, Sai H, et al. Development of severe complications caused by stent placement followed by definitive radiation therapy for T4 esophageal cancer. *Int J Clin Oncol* 2003;8:395-8.
16. Nishimura Y, Nagata K, Katano S, et al. Severe complications in advanced esophageal cancer treated with radiotherapy after intubation of esophageal stents: a questionnaire survey of the Japanese Society for Esophageal Diseases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 56:1327-32.
17. Yakami et al Yakami M, Mitsumori M, Sai H, et al. Development of severe complications caused by stent placement followed by definitive radiation therapy for T4 esophageal cancer. *Int J Clin Oncol* 2003;8:395-8.
18. Vleggaar FK. So why not place a temporary esophageal stent as a "bridge to surgery" because this may improve malignant dysphagia as well as the patients' nutritional status? *Gastrointest Endosc* 2009;70 (4): 620 (Ed)
19. Vakil N, Morris AL, Marcon N et al. A prospective, randomized controlled trial of covered expandable metal stents in the palliation of malignant esophageal obstruction at the gastroesophageal junction. *Am. J Gastroenterol*. 2001; 96: 1791-6.
20. Ibrah Y, Murayama S, Toita T. Self expandable metallic stent placement for patients with inoperable esophageal carcinoma: Investigation of the influence of prior radiotherapy and chemotherapy. *Radiat Med* (2006) 24:247-252.
21. Homs MY, Hansen B E, v an Blankenstein M et al. Prior radiation and/or chemotherapy has no effect on the outcome of metal stent placement for oesophagogastric carcinoma. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004 ; 16 : 163 - 70

22. Lee S, Osugi H, Tokuhara T et al. Self-expandable metallic stent for unresectable malignant strictures in the esophagus and cardia. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2005 ; 53 : 470 – 6.
 23. Kinsman KJ, DeGregorio BT, Katon RM et al. Prior radiation and chemotherapy increase the risk of life-threatening complications after insertion of metallic stents for esophagogastric malignancy. *Gastrointest Endosc* 1996 ; 43 : 196 – 203 .
 24. Rajiman I, Siddique I, Lynch P . Does chemoradiation therapy increase the incidence of complications with self-expanding coated stents in the management of malignant esophageal strictures? *Am J Gastroenterol* 1997;92:2192-6.
 25. Lacleire S, Di Fiore F, Ben-Soussan E et al. Prior chemoradiotherapy is associated with a higher life-threatening complication rate after palliative insertion of metal stents in patients with esophageal cancer . *Aliment Pharmacol Ther* 2006 ; 23 : 1693 – 702 .
 26. Shin JH, Song HY, Kim JH et al. Comparison of temporary and permanent stent placement with concurrent radiation therapy in patients with esophageal carcinoma . *J Vasc Interv Radiol* 2005 ; 16 : 67 – 74 .
 27. Siddiqui AA, Loren D, Dudnick R et al. Expandable polyester silicon covered stent for malignant esophageal strictures before neoadjuvant chemoradiation: a pilot study . *Dig Dis Sci* 2007 ; 52 : 823 – 9
 28. Riccardi D, Allen K. Nutritional management of patients with esophageal and esophagogastric junction cancer. *Cancer Control* 1999;6: 64-72
 29. Lacleire S, Di Fiore F, Antonietti M, et al. Undernutrition is predictive of early mortality after palliative self-expanding metal stent insertion in patients with inoperable or recurrent esophageal cancer. *Gastrointest Endosc* 2006;64:479-84.
 30. Di Fiore F, Lacleire S, Pop D, et al. Baseline nutritional status is predictive of response to treatment and survival in patients treated by definitive chemoradiotherapy for a locally advanced esophageal cancer. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2557-63.
 31. Ockenga J, Valentini L. Review article: anorexia and cachexia in gastro-intestinal cancer. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:583-94.
 32. Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Br J Surg* 1998; 85: 1457-1459
 33. Ogilvie AL, Dronfield MW, Ferguson R, et al. Palliative intubation of esophago-gastric neoplasms at fiberoptic endoscopy. *Gut* 1982; 23: 1060-7.
- Manejo con Prótesis de Lesiones Neoplásicas de la Vía Biliar, Dr. Everson L.A. Artifon

7 - MANEJO CON PRÓTESIS DE LESIONES NEOPLÁSICAS DE LA VÍA BILIAR

Dr. Everson L. A. Artifon
BRASIL

A estenose maligna das vias biliares pode originar-se a partir do epitélio biliar ou de vísceras e gânglios adjacentes. Quando a origem neoplásica for epitelial intra ou extrahepática caracteriza-se tumor primário, e quando de origem não epitelial, secundário, sendo incluído neste caso o câncer de vesícula biliar.

A maioria dos pacientes com câncer biliopancreático é diagnosticada em fase avançada, com o aparecimento de icterícia obstrutiva, e sem possibilidade de tratamento cirúrgico curativo. Nestas condições, a palição endoscópica é considerada opção tanto na drenagem biliar, antecipando a cirurgia paliativa ou potencialmente curativa, ou mesmo definitivo na ausência de condições cirúrgicas.

A biópsia percutânea dirigida radiologicamente é frequentemente difícil, especialmente em colangiocarcinoma, e possui um risco pequeno de implante no trajeto. A citologia exfoliativa obtida pela CPRE e colangiografia percutânea apresenta uma alta taxa de falso negativo. Contudo, Mohandas et al relataram um aumento da sensibilidade na identificação citológica na bile em amostras obtidas após dilatação da estenose (63.3 vs 26.6% do grupo controle). A citologia do escovado na CPRE tem sensibilidade de 70% e especificidade de 100%, mas geralmente esta técnica tem sido desapontadora, pois a maioria dos estudos relata uma sensibilidade entre 40 e 50%.

A biópsia endobiliar tem sido comparada com a citologia com escovado em vários estudos. Em um estudo com 223 pacientes, Ponchon et al obteve material adequado em 90% com escovado

comparado a 55% da biópsia; e ambos obtiveram mais sucesso quando o nível da estenose acometia o ducto biliar comum. Não houve diferença significativa da sensibilidade dos métodos. Contudo, quando usado em combinação, houve uma melhora significativa da sensibilidade (35% com escovado vs 43% biópsia vs 63% combinado). Assim, uma combinação de técnicas é recomendada para maior sensibilidade diagnóstica.

O adenocarcinoma da cabeça do pâncreas contribui com 40 a 60% das neoplasias do confluente duodeno-bilio-pancreático e caracteriza-se pela clínica de icterícia, dor e emagrecimento na maioria dos pacientes. O diagnóstico imagenológico permite o melhor direcionamento no estadiamento, cabendo a ecoendoscopia setorial a punção diagnóstica para definição citopatológica e imunohistoquímica, e à CPRE o tratamento paliativo através das passagens de próteses plásticas ou metálicas autoexpansíveis.

Nos casos irredutíveis torna-se mínimo o benefício gerado pela cirurgia, exceto quando houver obstrução duodenal. Além disso, a icterícia pode ser paliada por procedimentos menos invasivos que a cirurgia, como passagens de próteses percutâneas ou por via endoscópica.

Artifon et al em 2006, descreveram estudo de importante impacto médico e sócio-econômico no qual foi comparada a prótese metálica biliar passada por endoscopia versus a cirurgia derivativa em pacientes com câncer avançado de cabeça de pâncreas. Neste estudo, a qualidade de vida avaliada pelo índice SF-36 e custo total do procedimento foram favoráveis à palição endoscópica.

Com intuito de se obter um método minimamente invasivo na palição do câncer de pâncreas, Artifon et al descreveram a combinação da laparoscopia com a endoscopia. A técnica é demonstrada pela sequência de figuras abaixo (Figuras 2,3 e 4) e trata-se de passagem do sistema de prótese metálica auto-expansível por trocar laparoscópico subcostal de 5 mm e com acesso anterógrado por meio de secção puntiforme do ducto hepático comum (Figura 3) e/ou ducto cístico (Figura 2). O papel da duodenoscopia nesse estudo foi apenas para verificação do posicionamento transpapilar da prótese metálica, podendo ser dispensável durante a evolução da curva de aprendizado da equipe cirúrgica.

O colangiocarcinoma é considerado a neoplasia primária mais comum da via biliar. Apresenta incidência gradualmente maior em direção proximal no hilo hepático. A colangiografia caracteriza-se por estreitamento irregular e segmentar que não modifica a direção do eixo biliar. Este detalhe é importante ser lembrado quando o estreitamento neoplásico deve ser diferenciado do câncer de cabeça de pâncreas, pois neste observamos desvio do eixo biliar, parada de progressão do contraste no ducto pancreático e paralelismo dos ductos biliar e pancreático, caracterizando o «sinal do duplo canal».

A CPRE, diferente de outros métodos, possibilita melhor diagnóstico citopatológico através do escovado e biópsias biliares. Deve-se optar, habitualmente, pelas duas táticas de obtenção de material para análise, pois a sensibilidade chega a 54%.

Da via biliar extrahepática. Nesta situação a CPRE é o tratamento na drenagem biliar temporária.

Tratamento endoscópico de las complicaciones quirúrgicas de la vía biliar

8 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DE LA VÍA BILIAR

Dr. Everson L. A. Artifon
BRASIL

A lesão iatrogênica do ducto biliar é a causa mais comum das estenoses benignas. Ocorre frequentemente após colecistectomias, nas cirurgias abertas de 0,1-0,5% e nas laparoscópicas de 0,25-1%. Embora os traumas cirúrgicos diretos sejam os responsáveis pela maioria das estenoses, outras possíveis causas são as lesões isquêmicas microvasculares após dissecação cirúrgica e inflamação adjacente ou uso de cauterização monopolar para hemostasia. Os sintomas clínicos são icterícia, dor epigástrica, calafrio e febre. A apresentação clínica depende do tipo de lesão e é dividida em dois grupos. Nos pacientes com fístula biliar sem dreno abdominal, a bile

acumula no espaço subhepático formando coleção (bilioma) ou abscesso. Nesses pacientes sinais de sepse podem ocorrer. Geralmente, icterícia não é observada nesses pacientes porque colestase não está presente. No segundo grupo, pacientes com estenose biliar a icterícia é sinal clínico dominante. Os traumas operatórios são reconhecidos precocemente em 25% dos casos, mas podem ser descobertas até 20 anos após o procedimento inicial. A radiofrequência utilizada em cirurgias hepáticas contribui com 1% das lesões detectáveis.

As estenoses pos-operatórias são classificadas por Bismuth-Strasberg (figura. 1): o tipo A correspondendo a extravasamento de bile do ducto menor em continuidade do ducto hepático comum; tipo B, divisão e clivagem do segmento do ducto hepático direito; tipo C, extravasamento de bile do segmento do ducto hepático direito, sem comunicação com ducto hepático comum; tipo D, lesão lateral do ducto hepático comum; tipo E1, lesão circunferencial do ducto comum mais de 2 cm da bifurcação; tipo E2, lesão circunferencial do ducto hepático comum menos de 2 cm da bifurcação; tipo E3, lesão circunferencial no ducto hepático comum na bifurcação; tipo E4, estenose do sistema ductal hepático direito ou esquerdo; tipo E5, lesão combinada do ducto principal na bifurcação e segmento do ducto hepático direito. Outra classificação corresponde a Bismuth-Blumgart onde a lesão distante da confluência dos hepáticos caracteriza o tipo I; a lesão da confluência preservando a junção angular superior, o tipo II; lesão completa da confluência, o tipo III; e lesão da confluência e dos ductos hepáticos tipo IV.

As estenoses pós-operatórias mais frequentes estão localizadas abaixo do hilo. O tratamento cirúrgico com sucesso é de 73-90%. A morbidade varia de 7 a 26% e a mortalidade de 0 a 13%; a mortalidade maior tem sido relatada em pacientes com hipertensão portal. As estenoses recorrentes variam de 10-35% e estão associados a fatores como tratamento cirúrgico prévio, cirrose, hipertensão portal, fistula biliar e idade avançada.

O tratamento endoscópico inclui dilatação radial com cateteres balonados, colocação de próteses após estenose que devem ser trocadas de maneira gradual, tendo a permanência mínima de 3 meses quando ocorrerá cicatrização estável, levando a uma menor probabilidade de reestenoses deste segmento. A programação é de colocação de múltiplas próteses plásticas, de 2 a 4 e com manutenção de 6 a 12 meses. O controle deverá ser feito com 6 meses a 1 ano através de colangiorrsonância ou colangiografia endoscópica. Trata-se de um procedimento menos invasivo em relação ao procedimento cirúrgico. O índice de sucesso está em torno de 70-80%, similar ao tratamento cirúrgico. Entretanto, é necessário um acompanhamento em longo prazo devido à ocorrência de complicações tardias e a possibilidade de lesão irreversível quando o tratamento não for realizado em tempo hábil. Geralmente, 80-90% das estenoses biliares podem ser tratadas inicialmente por endoscopia. As características preditivas de falha são estenoses acima do hilo, estenoses longas, apresentação pós-cirúrgica tardia (>3 meses), variações anômicas do trato gastrointestinal alto ou das vias biliares e condições clínicas gerais afetando a segurança da sedação prolongada ou anestesia geral.

Por muitos anos a prótese metálica auto-expansível era indicada apenas para tratamento definitivo (palição de tumores irresecáveis na junção bilio-pancreática), mas recentemente, esse paradigma tem sido reavaliado para patologias benignas, com uso de prótese parcial ou totalmente recobertas, que são potencialmente removíveis.

Kahaleh et al relataram que o uso de prótese metálica auto-expansível para estenose biliar benigna é possível, porém bastante controverso devido a fatores como: (1) calibre, geralmente fino, da via biliar (2) estenose anelar, impedindo boa ancoragem da prótese, favorecendo a migração (14%) e sua localização Bismuth III e IV que por razões anômicas prejudicariam a drenagem da via biliar contralateral. O uso dessas próteses em estenoses pós-transplante hepático teve melhores resultados devido à diferença de calibre da via biliar, com mais espaço para acomodar a prótese. Porém deve ser recomendado com cautela devido alto risco de perfuração.

Artifon et al publicaram, em 2009, estudo comparativo do uso de prótese metálica autoexpansível recoberta por material siliconizado vs passagem de múltiplas próteses plásticas em pacientes com lesão biliar pós-cirúrgica classificadas em Bismuth-Blumgart I (lesão além de 2cm da confluência dos ductos hepáticos). Verificou-se que a capacidade de recanalização biliar sustentada e custo foram significativamente favoráveis ao grupo prótese metálica. Neste, destaca-se também, que a migração da prótese foi significativamente menor.

9 - PRÓTESIS COLÓNICAS EN CÁNCER

Dr. Sergio Sobrino Cossio
MÉJICO

El cáncer colorrectal (CCR) es la 3ª. causa más común de cáncer en hombres y en mujeres. En 2009, se reportaron 106,100 casos nuevos y 49,920 defunciones en los Estados Unidos. ¹ Más de la mitad. al momento del diagnóstico se encuentran con enfermedad metastásica con una sobrevida de solo el 8% a 5 años ² Aproximadamente, una de cada cuatro pacientes presentarán síntomas obstructivos. La incidencia de obstrucción completa es de 8 a 29%; siendo más frecuente en > 75 años, malnutridos y en etapas clínicas avanzadas; en estudios retrospectivos, se ha observado que éstos tienden a una mayor mortalidad y, por lo tanto, enfrentan peor pronóstico que los que se someten a cirugía electiva. ^{3,4}

La descompresión de una obstrucción maligna del colon disminuye el riesgo de perforación y la morbi-mortalidad. Cerca de 15% de los casos de CCR se presenta como una emergencia quirúrgica, con obstrucción o incluso de perforación. ⁵ Una de las mayores dificultades en pacientes sometidos a cirugía es la dilatación supraestenótica y la falta de preparación colónica preoperatoria, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones operatorias.

Tradicionalmente, el estándar de referencia del tratamiento es la descompresión quirúrgica con resección de Hartmann y colostomía derivativa versus la resección con anastomosis primaria. En el primer caso, la calidad de vida está importantemente afectada y se asocia a una morbilidad en el 37% y mortalidad en 7%. ⁶ La reconexión dependerá de los riesgos asociados de la enfermedad.

La inserción de prótesis expandibles metálicas (SEMS) no tiene un impacto en la progresión de la enfermedad pero sí sobre la estancia hospitalaria, costos, complicaciones, evitan la formación de un estoma, mortalidad a corto plazo y mejoran la calidad de vida. ^{8,9} Las SEMS restauran la permeabilidad intestinal y sirven como puente antes de la cirugía; lo que permite la etapificación correcta, limpieza colónica y la resección del tumor con anastomosis intestinal primaria.

Fregonese y cols ¹⁰ evaluaron la efectividad de Ultraflex SEMS como puente para la cirugía en 36 pacientes (8 prospectivos y 28 retrospectivos) de 16 centros europeos, con obstrucción aguda irresecable. La tasa de éxito técnico fue del 87% (31/36) y se incrementó a 97% después de la inserción de prótesis adicionales. El éxito clínico fue del 81% (29/36) con 6 fallas (dolor, tenesmo, migración y perforación). La resección quirúrgica se realizó en 34 de 36 (94%) en un tiempo promedio de 11 días, (32 electivas).

Un estudio clínico no aleatorio comparó las prótesis cubiertas versus no cubiertas en 80 pacientes con CCR. La tasa de éxito técnico fue 100% versus 95.1%, (p>0.05) y clínico de 100% versus 97.5% (p>0.05). La migración tardía fue más frecuente en las cubiertas (0 versus 40%). ¹ En un gran número de series, la mayoría retrospectivas, los SEMS han demostrado ser relativamente seguras y costo-efectivas. ¹²

Las prótesis difieren en su diseño, construcción, diámetro y mecanismos de liberación. Un estudio prospectivo no aleatorio en 2 centros italianos evaluó la utilidad de la prótesis colónica Wallflex (Boston Scientific Corp, Natick, MA) en obstrucción maligna en 42 pacientes consecutivos; la tasa de éxito técnico 93% y clínico del 95%. En 19 pacientes, la indicación fue la descompresión preoperatoria. Los autores reportaron una sobrevida promedio de 18 meses después de la anastomosis primaria que se realizó 5 días (promedio) después de la colocación del stent y en 23 casos fue paliativa. Hubo un caso de migración y uno de perforación relacionada al procedimiento. ¹³

En resumen, en los estudios clínicos con prótesis colónicas los parámetros a medir son la tasa de éxito técnico, que se refiere a que el stent ha sido colocado satisfactoriamente y atraviesa la estenosis, y el éxito técnico, que traduce la descompresión del colon obstruido, aunque no implica un adecuado vaciamiento. En general, la tasa de ambos es superior al 90%; los estudios comparativos con cirugía reportan un mayor beneficio del stent cuando se evalúa la estancia hospitalaria. ¹⁴ Las SEMS son una adecuada opción en el manejo de la obstrucción maligna colónica en pacientes con enfermedad no resecable o con recurrencia, evitando hasta 2/3 de los pacientes un estoma derivativo, permitiendo el inicio temprano de quimioterapia o

preparación para el evento quirúrgico curativo además de ser costo-efectivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59: 225-249.
2. Claxton K, Sculpher M, Drummond M. A rational framework for decision making by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Lancet* 2002;360:711-5.
3. Biondo S, Marti-Ragué J, Kreisler E. A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer. *Am J Surg* 2005; 189: 377-383.
4. Krawaneck S, Armbruster C, Dittrich K et al. Perforated col-orectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1409-14.
5. Madison Cufiya et al. Longo colorectal cancer presenting as surgical emergencies *Surg Oncol* 2004; 13: 149-157.
6. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. *Br J Surg* 1994;81:1270-6.
7. Wong RW, Rappaport WD, Witzke DB, et al. Factors influencing the safety of colostomy closure in the elderly. *J Surg Res* 1994;57:289-92.
8. Morino M, Bertello A, Garbarini A. Malignant colonic obstruction managed by endoscopic stent decompression followed by laparoscopic resections. *Surg Endosc* 2002;16:1483-7.
9. Targownik L, Spiegel B, Sack J. Colonic stent vs. emergency surgery for management of acute left-side malignant colonic obstruction: a decision analysis. *Gastrointest Endosc* 2004;60:865-74.
10. Fregonese D, Nassetti R, Ferrer S, et al. Ultraflex precision colonic stent placement as a bridge to surgery in patients with malignant colonic obstruction. *Gastrointest Endosc* 2008;67:68-73.
11. Baron TH, Harewood G. Enteral Self-expandable Stents. *Gastrointest Endosc*. 2003;58(3):421-33.
12. Lee KM, Shing SJ, Hwang JC, et al. Comparison of uncovered stent with covered stent for treatment of malignant colorectal obstruction *Gastrointest Endosc* 2007;66:931-6.
13. Repici A, De Caro G, Luigiano C, et al. WallFlex stent placement for management of malignant colonic obstruction: a prospective study at two centers. *Gastrointest Endosc* 2008;67:77-84.
14. Adler D, Merwat SN. Endoscopic Approaches for Palliation of Luminal Gastrointestinal Obstruction. *Gastroenterol Clin N Am* 35 (2006) 65-82

10 - LÍMITES DE LA ENDOSCOPIA EN PATOLOGÍA PANCREATO BILIAR.

Dr. Xavier de Aretxabala
CHILE

La irrupción reciente de los métodos endoscópicos en el manejo de la patología biliar y pancreática ha significado que cada vez surjan un mayor número de indicaciones que involucran técnicas endoscópicas. Desafortunadamente, muchas de las indicaciones de estos métodos adolecen de datos que avalen las indicaciones, no siendo siempre justificado cambiar la manera tradicional de enfrentar ciertas patologías.

En este reporte, hemos querido mostrar la visión de un cirujano que efectúa endoscopia terapéutica biliar sobre las indicaciones de diversas patologías y su comparación con los tratamientos tradicionales.

En términos generales es posible enunciar una serie de patologías sobre las cuales existe consenso en que el manejo endoscópico debiera ser la indicación, entre estas merecen mencionarse:

- a) Tratamiento de la colangitis aguda en pacientes severamente comprometidos
- b) Manejo de complicaciones posterior a una colecistectomía laparoscópica
- c) Paliación de estenosis malignas
- d) Manejo de coledocolitiasis en pacientes previamente colecistectomizados

Aparte de las indicaciones anteriores existe una gama de patologías en las cuales la indicación de realizar un manejo endoscópico es controversial:

- a) Tratamiento endoscópico de ampulomas
- b) Tratamiento de la pancreatitis aguda biliar
- c) Manejo de estenosis benignas de la vía biliar
- d) Manejo de coledocolitiasis asociada a colelitiasis

En relación a las indicaciones sobre las cuales existe consenso no efectuaremos un análisis mas detallado debido a que existe una buena cantidad de información que abala su indicación. Sin embargo sobre el listado de patologías en las cuales no existe un consenso en cuanto a manejo es necesario realizar un comentario más en detalle.

Ampuloma:

El manejo endoscópico de los ampulomas ha sido propiciado por numerosos autores quienes logran la extirpación de esta lesión sin necesidad de requerir a la apertura del duodeno mediante cirugía. Aun cuando es posible técnicamente, es necesario efectuar algunas consideraciones antes de efectuar o indicar dicho procedimiento. Previo a realizar la resección ampular se hace necesario conocer mediante el empleo de una endosonografía los límites de la lesión en la pared del duodeno, con la finalidad de asegurar la no existencia de infiltración de la pared por parte del tumor. Este hecho, demostraría que la lesión no es un adenoma propiamente tal sino que un adenocarcinoma y que su manejo debiera replantearse. El estudio de múltiples adenomas, ha mostrado lo común que es encontrar nichos de tejido tumoral al interior de un adenoma. Lo poco representativa que resulta una muestra endoscópica de la totalidad de la lesión, otorga cierta cuota de inseguridad a la resección. Otro punto a considerar es la dificultad para estudiar los límites de la lesión cuando se efectúa la extirpación endoscópica, debido a que la lesión no es posible de ser extirpada completamente en una sola pieza sino que es extirpada en múltiples trozos los que dificulta su estudio posterior. Aparte de las consideraciones anteriores debemos saber que la extirpación de una lesión ampular mediante endoscopia, presenta una posibilidad de perforación mayor que la que ocurre posterior a la realización de una papilotomía endoscópica lo que agregaría una importante morbilidad al procedimiento.

Endoscopia y Pancreatitis:

En relación al empleo de la endoscopia en el tratamiento de la pancreatitis aguda, los estudios iniciales de Acosta quien demostró la concomitancia del paso de cálculos a través de la ampolla de Vater y el desarrollo de una pancreatitis aguda, sirvieron de base para el desarrollo de la idea de que era posible modificar el curso de la pancreatitis si se intervenían precozmente a los pacientes portadores de pancreatitis con la finalidad de extraer los cálculos desde la vía biliar. Neoptolemus publicó el primer trabajo al respecto mostrando que la ejecución de una papilotomía mejoraba la tasa de complicaciones en pacientes portadores de formas graves de pancreatitis. Las principales críticas de este trabajo se basan en que un porcentaje importante de los pacientes ingresados en el poseían cuadros de colangitis aguda y por lo tanto no representaban a pacientes portadores de solo pancreatitis aguda. Desde entonces, el tema ha sido estudiado entre otros por autores en Hong Kong, Alemania y Argentina además de una serie de estudios de revisión. El tema está aún abierto y la papilotomía endoscópica podría ser útil en un grupo limitado de pacientes, especialmente aquellos portadores de cuadros severos, asociados a obstrucción biliar y siempre que el procedimiento sea efectuado dentro de las primeras 72 horas.

Manejo de estenosis benignas de la vía biliar.

Este tema representa un capítulo en el cual existe gran controversia entre la opinión de endoscopistas y cirujanos. El paciente portador de una estenosis benigna de la vía biliar puede ser candidato a ser manejado mediante una prótesis endoscópica dependiendo del tipo y ubicación de la estenosis. En pacientes que desarrollan de manera progresiva una estenosis a nivel del tercio medio de la vía biliar, la dilatación de la estenosis y la consiguiente instalación de stents constituye una excelente alternativa de manejo. Aún cuando los resultados a largo plazo no superan el 50% de éxito, el evitar una laparotomía a una paciente afectada no solo por la patología sino también por el origen de ella, permitirá disminuir en parte la presión existente al mismo tiempo de lograr resultados aceptables. El método en sí consiste en ir dilatando la estenosis mediante la instalación de stent de manera progresiva hasta lograr hacer desaparecer la estenosis radiológica. La instalación sucesiva de stents debe efectuarse con intervalos de 1 a 2 meses, dejando los stents por un periodo nunca

inferior a los 6 meses. Aparte de lo poco invasivo del procedimiento posee la ventaja de que en caso de fracaso es factible el empleo de la terapia quirúrgica

Colelitiasis y Coledocolitiasis:

El manejo de la coledocolitiasis asociada a coledocolitiasis constituye un tema de gran importancia no solo por la frecuencia de dicha asociación, sino también por la multiplicidad de alternativas que existen para su resolución. La irrupción de la cirugía laparoscópica trajo consigo el problema de la resolución de la coledocolitiasis concomitante. Dentro de las alternativas de manejo, la realización de una papilotomía endoscópica retrograda asociada a la colecistectomía constituye una alternativa. Aunque idealmente, la coledocolitiasis debiera resolverse en el mismo acto operatorio y sin emplear otra técnica asociada, esta alternativa está limitada solo algunos centros en los que el desarrollo de la laparoscopia lo permite. De esta manera, la colangiografía endoscópica podría emplearse previo, durante o posterior a la colecistectomía. Cada una de las modalidades posea ventajas pero también complicaciones asociadas. La realización del procedimiento previo a la colecistectomía posee la desventaja de que el paciente necesariamente requerirá de 2 procedimientos con la consiguiente mayor hospitalización y doble anestesia. Pero por otra parte el paciente será sometido a la colecistectomía con la tranquilidad de que el problema de la coledocolitiasis está resuelto. La resolución posterior a la colecistectomía posee el inconveniente de que en caso de que la resolución endoscópica no sea posible, nos enfrentaremos al problema de que la colecistectomía ya ha sido realizada y por tanto la posibilidad de haber resuelto la coledocolitiasis junto a la coledocolitiasis. Finalmente, la realización de la colangiografía endoscópica retrograda en el mismo tiempo que la colecistectomía posee la ventaja de requerir solo de una hospitalización y de una sola anestesia, sin embargo posee la dificultad de coordinar el equipo de endoscopia y de lo difícil que resulta la evaluación del origen del dolor posterior al procedimiento cuando ambos son efectuados en un mismo tiempo operatorio.

Sin duda, la discusión sobre los límites de los métodos endoscópicos se encuentra abierta. En la medida que logremos mayor información sobre los resultados obtenidos con cada uno de los métodos disponibles podremos replantearnos la pregunta inicial.

11 - CÁNCER DE PANCREAS: CIRUGÍA O ENDOSCOPIA

Dr. Everson L. A. Artifon
BRASIL

O cancer de pâncreas tornou-se um desafio há décadas e, mesmo com o avanço tecnológico a nível molecular, não foi possível ainda realizar o principal meio de permitir tratamento desta afecção: proceder o diagnóstico precoce. Não há dúvida que cerca de 75-90% dos pacientes com câncer de pâncreas chegam ao médico em fase em que nos resta apenas a paliacão da icterícia, dor ou nutricao. Vamos nos ater a paliacão da icterícia e da dor. Neste contexto, sem dúvida a endoscopia, atualmente, deve ser a primeira escolha. Trata-se de procedimento minimamente invasivo, com baixo tempo hospitalar e pequeno custo-relativo. A cirurgia deve ser a opção racional em pacientes passíveis de ser submetidos a ressecção ou em pacientes em que a paliacão endoscópica não tenha resultado. Atualmente com o recurso da drenagem biliopancreática eco-guiada, não resta dúvidas que os resultados em acesso biliar e pancreático chegam a quase cem por cento da vezes. Isto torna a endoscopia uma ferramenta importante e relevante no contexto de paliacão. Outro procedimento em que a endoscopia tem seu papel estabelecido é na paliacão da dor por meio de alcoolização do plexo celiaco de modo direto ou mesmo indireto. Assim, a comparação entre a cirurgia e endoscopia deverá ser de modo multidisciplinar onde devem avaliar em conjunto o endoscopista, cirurgião e, principalmente, os familiares do paciente. Assim, seguramente teremos a opção final.

12 - COMPLICACIONES DE LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETROGRADA

Dr. Xabier de Aretxabala
CHILE

La colangiografía endoscópica retrograda constituye una herramienta útil en el manejo de una serie de patologías de la esfera pancreato biliar. El procedimiento fue introducido en 1974 en Japón y Alemania y desde entonces es empleado con mucha frecuencia dada la posibilidad que posee de diagnosticar y tratar una serie de patologías. La principal indicación se refiere al tratamiento de pacientes portadores de coledocolitiasis en pacientes previamente colecistectomizados. Sin embargo en la actualidad su indicación, se amplía a otras patologías de la esfera pancreato biliar. La realización de una papilotomía asociada consiste en la sección de las fibras del esfínter de Oddi, con la finalidad de lograr la apertura del orificio papilar y de este modo instrumentar tanto la vía biliar como el conducto pancreático. En los casos en los que la canulación de la papila se hace dificultosa, es posible el empleo de una técnica asociada llamada pre corte y que consiste en la disección de la papila mediante un papilotomo de punta, y lograr de esa manera la apertura de la ampolla con la finalidad de lograr posteriormente la canulación tanto de la vía biliar como del conducto pancreático.

Desafortunadamente, el procedimiento no está exento de complicaciones e incluso de mortalidad asociada al procedimiento.

Las complicaciones más frecuentemente observadas son:

- a) Pancreatitis Aguda
- b) Hemorragia
- c) Perforación
- d) Colangitis

Pancreatitis:

Su incidencia posterior a una papilotomía fluctúa entre un 3 y un 17%. Aun cuando en la mayoría de los casos el cuadro es de curso autolimitado y leve, existe una proporción de pacientes que siguen un curso grave y que alcanza al 10%.

De los factores reconocidos como asociados a la ocurrencia de una pancreatitis podemos mencionar una vía biliar fina, un procedimiento realizado en una mujer joven y la inyección de contraste en el conducto pancreático.

Aun cuando no conocemos en detalle la fisiopatología de la producción de una pancreatitis en estos pacientes, el hecho de que todo paciente es susceptible de desarrollar dicho cuadro hace que debamos extremar las medidas de seguridad durante la ejecución del procedimiento.

Una primera medida es que la indicación del procedimiento sea claramente justificada. En la actualidad la realización de una ERCP solo con fines diagnósticos posee difícil justificación. La aparición de técnicas de imágenes no asociadas a complicaciones como lo es la colangiografía por resonancia permite el diagnóstico de la mayor parte de las posibles patologías de la vía biliar en las que la ERCP era empleada. Existen aspectos técnicos que deben considerarse al momento de efectuar el procedimiento. La técnica de canulación de la vía biliar debe ser pulcra evitando el trauma de la papila y la consecuente producción de edema. El empleo de una guía hidrofílica previa a la inyección de medio de contraste constituye un ayuda que permite saber si la canulación ocurrió en la vía biliar o fue efectuada en el conducto pancreático. Clásicamente la observación de la guía hidrofílica cruzando el tubo del endoscopio es una señal de que se encuentra en la vía biliar.

El diagnóstico de esta complicación debe sospecharse cuando con posterioridad a la realización del procedimiento el paciente desarrolla dolor abdominal que no cede a medidas habituales de analgesia. La realización de un examen de amilasas confirmará la sospecha diagnóstica. Debemos mencionar que la presencia de niveles de amilasa elevados son un hecho común en los pacientes sometidos a una papilotomía endoscópica y que su sola presencia no debe utilizarse como diagnóstico de pancreatitis.

Con la finalidad de prevenir la ocurrencia de una pancreatitis posterior a la realización de una papilotomía, se han utilizado una

serie de medicamentos entre los que podemos mencionar a la somatostatina, octreotido, diclofenaco la indometacina y el gabexate. todos desafortunadamente con resultados poco claros en cuanto a la capacidad de disminuir la ocurrencia de un cuadro de pancreatitis.

El manejo de esta complicación no difiere del manejo de un cuadro de pancreatitis secundario a otra etiología.

Sangrado:

La presencia de sangrado en relación con la realización de una colangiografía endoscópica ocurre en un porcentaje cercano al 2% de los casos. Sin embargo la ocurrencia de sangramiento al momento de efectuar una papilotomía es un evento relativamente común, al que un endoscopista debe estar preparado para resolver. Situaciones que deben considerarse como relacionadas a la posibilidad de sangrado incluyen la existencia de coagulopatías, tratamiento anticoagulante, la experiencia del endoscopista y daño hepático crónico. Como norma todo paciente debe ser evaluado con pruebas clásicas de coagulación especialmente en los casos en los que el paciente presenta un cuadro de ictericia de larga data y no ha recibido suplemento de vitamina B12. Frente a la existencia de sangrado durante el procedimiento la mejor estrategia es el control selectivo del punto sangrante. Esto se logra utilizando coagulación o inyección de solución salina en el punto de sangrado. Generalmente, la coagulación la efectuamos utilizando la punta del canastillo de dormía. Debido a que el resto del canastillo esta envuelto en el catéter plástico, este método permite un control preciso del punto de sangrado. Especial cuidado debe observarse al momento de efectuar el control del sangrado, de identificar el punto de drenaje del conducto pancreático. Esto con la finalidad de evitar ocluir el drenaje de pancreático ya sea por el edema que se produce posterior a la coagulación o por la inyección de solución salina. Todo paciente sometido a una papilotomía endoscópica debe ser advertido acerca de la posibilidad de sangrado posterior al alta. Signos objetivos incluyen la presencia de melenas o anemia. La rehospitalización del paciente y la exploración endoscópica son las medidas que debiera adoptarse frente a dicha circunstancia. En casos excepcionales se hace necesario el control angiográfico o quirúrgico del sangramiento.

Perforación duodenal:

La perforación duodenal posterior a realizar una papilotomía constituye una complicación grave en cuyo diagnóstico debe pensarse frente a un paciente cuya evolución no es la esperada. La frecuencia de la perforación fluctúa entre un 0.3 a 0.6% de las papilotomías. El mecanismo de la perforación puede resultar de una papilotomía demasiado extensa o del efecto de la guía hidrofílica al momento de introducirla en la papila. La gravedad de esta complicación se refleja en las cifras de mortalidad de esta complicación que fluctúan entre un 16 y un 18%.

Desafortunadamente la clínica de la perforación no es evidente y en muchas ocasiones el diagnóstico se ve retrasado con el retraso subsecuente del tratamiento. Frente a todo paciente con sospecha de perforación nuestra conducta es proceder al examen mediante tomografía computada, examen que permite una detallada visualización del área retroduodenal. El manejo de la perforación dependerá del estado del paciente y de la magnitud de la perforación. Una conducta conservadora en estos pacientes solo podrá ser propuesta en pacientes con perforaciones puntiformes generalmente secundarias a la acción de la guía hidrofílica. Por otra parte, la existencia de perforaciones en la pared lateral del duodeno, en las que exista extravasación del medio de contraste o signos de toxicidad por la sépsis subsecuente deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico.

Colangitis:

La existencia de una colangitis posterior a la realización de una colangiografía endoscópica se observa en aproximadamente un 1% de los pacientes. La causa más común radica en la imposibilidad de lograr un adecuado drenaje del árbol biliar y la inyección de medio de contraste en estas zonas no drenadas. Una causa frecuente que debiera evitarse es el drenaje incompleto de lesiones malignas del árbol biliar. Esto se observa con relativa frecuencia en pacientes portadores de lesiones malignas del árbol biliar superior en los que se hace imposible el drenaje de segmentos hepáticos y en los que al inyectar contraste en la vía biliar provocan la contaminación y posterior infección. Generalmente, estos pacientes cursan con cuadros complejos de colangitis en los que la imposibilidad de drenaje determinan la gravedad del cuadro.

Embolia Aérea:

Esta constituye una complicación extremadamente grave asociada a alta mortalidad. Esta complicación ocurre por el paso de aire desde el lumen digestivo o de la vía biliar hacia el torrente sanguíneo. El cuadro clínico se caracteriza por el colapso circulatorio del paciente generalmente irreversible. De los factores asociados a esta complicación deben mencionarse la existencia de una derivación biliar digestiva, y la exploración endoscópica del árbol biliar, los que determinan la presencia de aire a alta presión dentro de la vía biliar.

13 - EL CONOCIMIENTO DE LAS BASES MOLECULARES Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA. PERSONALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN FUNCIÓN DEL PERFIL MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD

Dra. Lucía Delgado
URUGUAY

Los cánceres se originan fundamentalmente como resultado de la acumulación de cambios genéticos. En la mayor parte de los casos estos cambios genéticos o mutaciones son adquiridos durante la vida del individuo. Menos del 10% de los cánceres se desarrollan en pacientes portadores de mutaciones de línea germinal, es decir hereditarias.

En los últimos años se han realizado importantes avances en el desarrollo de tecnologías que permiten la identificación de los principales cambios genéticos presentes en los distintos cánceres. Su identificación ha permitido desarrollar terapias específicas dirigidas contra los cambios moleculares que están en la base de la carcinogénesis e identificar subtipos biológicos dentro de cada localización tumoral, con distinto pronóstico y sensibilidad a los tratamientos antineoplásicos. Es así que la transferencia de estos avances a la práctica clínica ha contribuido al diagnóstico y a predecir la eficacia de las terapias disponibles, haciendo posible el desarrollo de mejores estrategias de tratamiento personalizado, es decir, basado en las características moleculares del tumor del paciente. Estos avances han impactado en el manejo de prácticamente todos los cánceres incluyendo los cánceres de pulmón, mama y colon.

Si bien en la práctica clínica los marcadores biológicos más comúnmente utilizados son los basados en cambios genéticos individuales, es posible que en el futuro la expresión de conjuntos de genes o proteínas (firmas de expresión de genes o de proteínas) tengan un papel importante.

Por último, interesa destacar que los avances realizados en el conocimiento de las alteraciones moleculares que están en la base de los distintos cánceres, también han tenido impacto en la prevención, contribuyendo a la identificación de individuos de alto riesgo y en el seguimiento, el cual puede ser adaptado para cada individuo de acuerdo a la agresividad biológica de la enfermedad.

14 - INFLUENCIA DE LA ESCUELA FRANCESA EN LA CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. Raúl C. Praderi
URUGUAY

No olvidemos que nuestro país, aunque antigua colonia española tuvo una gran influencia europea, sobre todo francesa e italiana; cuyas legiones contribuyeron a la defensa de Montevideo, durante el Sitio Grande desde 1843 a 1852. En ese período, exactamente el 2 de

Mayo de 1847, el Dr. Adolfo Brunel; médico francés. radicado en Montevideo practicó la primera anestesia general que se realizó en Sudamérica: con éter a un artillero que al disparar una salva recibió una gran herida en el brazo por lo que hubo que amputarle con éxito. Al año siguiente, el Dr. Fermin Ferreira; distinguido médico uruguayo, usó por primera vez cloroformo

En esos tiempos, era Montevideo el puerto principal del Río de la Plata, llegaban muchos barcos de guerra, en cuyas tripulaciones había hábiles cirujanos. En 1826, fue operado en Montevideo, el almirante Greenfell al cual se practicó con éxito una desarticulación escapulo-torácica por una gangrena de miembro superior como consecuencia de una herida que recibió en el combate de Los Pozos; contra el almirante Brown.

El comienzo de la cirugía abdominal en nuestro país, surgió a fines del siglo XIX cuando se efectuó la primera ovariectomía en 1875. Allí se empezaron a aplicar los principios de la antisepsia, propuesta por Lord Lister en Inglaterra en 1877. Los cirujanos que operaban eran italianos: José Pagnalini, veneciano; graduado en Bolonia en 1886; Había sido médico de la marina italiana, luego revalidó su título y ejerció en Montevideo en el Hospital Maciel hasta 1899; trajo a nuestro país la primera autoclave de esterilización. Fue Profesor de Clínica Quirúrgica y Decano de nuestra Facultad, pero en esa época también ejerció la cirugía; un polaco: Julio Jurkovsky que había estudiado en Montpellier (Francia); que fue nuestro segundo Decano. El Dr. Angel Brian uno de los primeros egresados de nuestra facultad; publicó en 1886 una tesis sobre laparotomías, donde reproduce los protocolos operatorios. Jurkovsky junto con Brendel y Crispo Brandis operaron con éxito dos casos de embarazo ectópico con feto muerto.

Los últimos años del siglo XIX y primeros del XX en los cuales ya funcionaban dos Clínicas Quirúrgicas en el Hospital Maciel. Las de Alfonso Lamas, discípulo de Pagnalini desde 1898 y Alfredo Navarro desde 1896. Este período empezó en el Uruguay con las revoluciones de 1897 y 1904, de las cuales se ha ocupado el Dr. Bergalli en el artículo sobre nuestra cirugía que publicamos en 1981. Entre tanto en Europa se vivía la Belle Époque. Las metrópolis de los grandes imperios, centraban la actividad científica. Había facultades de Medicina con clínicas de cirugía en las grandes capitales y ciudades. Las Universidades alemanas que comprendían los imperios centrales y Suiza sumaban 28 facultades, en ellas se inició al fin del siglo la cirugía digestiva moderna. Francia portaba con las facultades de París, Nancy y Montpellier en 1875, y luego las de Toulouse, Lyon, Lille, etc. En las islas Británicas, existían a fin de siglo diez escuelas de medicina. En Estados Unidos, los hermanos Mayo, habían inaugurado su clínica en Rochester, con un concepto científico moderno y práctico de nuestra profesión. Los cirujanos de Boston, Chicago y Nueva York, revolucionaban la cirugía, perfeccionando las enseñanzas de las escuelas europeas o creando nuevos conceptos de patología y técnica basados en estudios científicos objetivos y desprejuiciados.

Pero los ojos de nuestros cirujanos estaban fijos en París, donde las reuniones de la Sociedad de Cirugía y la Academia de Medicina junto a los congresos anuales de cirugía, eran el foro donde se discutían las nuevas técnicas y conceptos. Este período terminó con la guerra mundial de 1914 al 18, la cual pese a las muertes y miseria que provocó; determinó mucho progreso por la experiencia en el tratamiento de las heridas. Después de ella (1918-19) llegó a nuestro país la terrible epidemia de gripe.

Un discípulo de Pagnalini: Luis Mondino, presentó en 1894 su tesis de doctorado. Analizó los métodos de esterilización y antisepsia, estableciendo el lavado y la desinfección quirúrgica. Aunque los cirujanos operaban sin zapatos, vestidos con sus trajes de calle y solo usaban túnicas estériles. Tampoco tapabocas, ni guantes de goma; que introdujo más tarde Navarro.

Lamas y Navarro: la clínica quirúrgica.

Alfredo Navarro estudió medicina en París desde 1897, allí conoció a Pasteur y a Lister; cuando el primero cumplió su 60 aniversario. Navarro concursó por el internado contra 800 aspirantes de toda Francia y obtuvo el 6º puesto, detrás del luego famoso Victor Pauchet. En 1894 volvió a Montevideo, donde fue profesor de medicina operatoria y luego de Clínica Quirúrgica en 1903 hasta 1945. En 1898 Alfonso Lamas, sucedió a su maestro Pagnalini, ocupando la segunda cátedra de Clínica Quirúrgica. Lo acompañó Luis Mondino, como jefe de clínica y luego como profesor adjunto. Constituyendo un binomio inseparable, durante todas sus vidas. Lamas era un brillante docente y ameno expositor; Mondino gran estudioso, transmitía a Lamas el fruto de sus lecturas científicas que incluía todo lo que se publicaba en Francia, Inglaterra y Estados Unidos, pues hablaba inglés desde su juventud.

Apendicitis aguda.

Esta afección cuya patogenia y clínica fueron establecidas hace poco más de un siglo, mataba muchos enfermos en la era quirúrgica. Solo sobrevivían los que hacían un absceso que se abría de necesidad en la pared abdominal, el recto o la vagina; formando fistulas. Fue necesario que Reginald Fitz de Boston reuniera 25 casos; en los que pudo demostrar como hecho constante en las autopsias, la supuración de la apéndice. También introdujo el término apendicitis para substituir al de peritífitis, con el que se llamaba a esta afección. Y aconsejó la operación en la etapa inicial.

Recién en 1886, Hall obtuvo la sobrevida de un paciente, con perforación apendicular en un saco herniario y Morton al año siguiente, la de otro; en cavidad abdominal.

Mc Burney describió en 1889 su punto de dolor, y publicó veinte casos apendicetomizados en Nueva York, antes del tercer día. En Estados Unidos se popularizó rápidamente el tratamiento precoz de esta enfermedad, luego que Murphy precisó el cuadro clínico de la misma.

En Europa no eran aceptados los conceptos americanos sobre esta enfermedad; solo en Francia, dos cirujanos de Lyon: Poncet y Jabulay se hicieron eco de la conducta intervencionista norteamericana, publicando 16 observaciones en 1891.

En 1894, Poncet insistió sobre la operación en las primeras 30 horas en la Academia de Medicina de París, pero tampoco lo escucharon.

En julio de ese mismo año, se embarcaba Navarro de regreso al Uruguay; no bien llegado al país, empezó a operar en el Maciel, su fama fue aumentando y en esa época un episodio clínico demostró su sagacidad. El ex Presidente de nuestra República: Julio Herrera y Obes, hizo un cuadro febril, etiquetado como tifoidea; Navarro fue llamado en consulta por sus once médicos tratantes. El joven cirujano levantó las sábanas descubriendo el cuerpo desnudo del prócer que tenía una supuración inguinal, no reconocida aún. Contra la opinión de sus médicos, drenó el absceso en la cama mostrando el pus a sus colegas.

En 1897, Navarro operó a dos mujeres de 17 y 30 años con apendicitis aguda y ambas curaron. Sus historias clínicas junto con otras operadas por él figuran en la tesis de Aranguren de 1898. Recién este año llegaba a Montevideo la comunicación del Dieulafoy presentada en 1897 a la Academia de Medicina de París, señalando que el tratamiento médico de la apendicitis es nulo y que la operación debe ser oportuna. Navarro conocía los trabajos de los cirujanos americanos y franceses (que había hecho encuadernar en un tomo).

He clasificado su biblioteca, que conservamos en la Sociedad de Cirugía, también la de Velarde Pérez Fontana, junto a la de Prat que compré. Eran las tres más grandes de nuestro país.

Uno de los últimos países europeos en que se adoptaron los conceptos de Fitz y Mc Burney fue Gran Bretaña, la incredulidad de los cirujanos ingleses casi le cuesta la vida a Eduardo VII en 1902, en víspera de su coronación. Todos debieron esperar a que el equipo médico presidido por Lister se decidiera después de diez días, a operar al Rey. Finalmente encontraron a un cirujano: Frederick Treves, que en 1888 había extirpado un apéndice. Llamado en consulta, operó con éxito un absceso de fosa ilíaca derecha.

Esto sucedía cinco años después de las apendicetomías de Navarro y cuatro de publicada la tesis de Aranguren en nuestro país! Antes de terminar el siglo ya varios cirujanos uruguayos operaban apendicitis en agudo, siguiendo las ideas de Dieulafoy, Poirier y Talamon. Es interesante observar publicados en la revista médica, los artículos de Oliver, porque todos comienzan comentando las discusiones de las sociedades científicas de París. En nuestro país el detallado artículo de Prat y su casuística relatada con toda honestidad, terminó con la discusión en 1918.

El comienzo de la cirugía biliar en nuestro país se lo debemos atribuir al Profesor Enrique Pouey, que fue pensionado por el gobierno junto con Soca y Salterain para estudiar en París. Fue el primer profesor de Medicina Operatoria de nuestra facultad, pasando a ocupar la Clínica Ginecológica hasta 1927, año en que nació el que esto escribe. Se hizo famoso al describir la técnica de conización de cuello uterino, procedimiento del que realizó demostraciones en París en 1900, cuando aún era inédito. Paul Petit, lo divulgó en 1901, publicando un artículo con este título: « Cure radicale de la cervicite, procédée de Pouey ». Este comunicó su experiencia recién en 1904 después de operar muchos enfermos. En 1911 visitó la clínica Mayo.

La cirugía biliar se siguió desarrollando en el Uruguay sobre todo por un profesor de medicina operatoria llamado Jaime Oliver, que en 1899 operó a una enferma con un síndrome pilórico practicando una

gastro enterostomía en y de Roux. El otro cirujano uruguayo que desarrolló la cirugía de vía biliar principal fue Luis Bottaro, también ginecólogo. Aunque le restemos este mérito a Navarro, le cupo otro más importante. En 1908 operó en Montevideo a un paciente de 60 años con una ictericia obstructiva, practicando la resección de un cáncer de la ampolla de Vater, por vía transduodenal, con la técnica de Korte; esta observación fue presentada por Hartmann en la Sociedad de Cirugía de París en 1910. Lo más notable fue que 30 años después Larghero comunicó que el paciente vivía. Casi todos los futuros profesores de nuestra facultad, estudiaron en París. Los de medicina como Pedro Visca, Soca, Ricaldoni y Morelli. En 1909 recién recibidos, viajaron a París varios cirujanos: Alberto Mañé y José Iraola. Donde los acompañó D. Para y L. Mérola. En 1914, empezó la Guerra Mundial, pero un uruguayo se quedó operando en Hospital de sangre cercano a París; era Eduardo Blanco Acevedo, futuro Profesor de Cirugía y Primer Ministro de Salud Pública del Uruguay. El hospital era dirigido por Jean Louis Fort, famosos cirujano francés. Un día ingresó un joven teniente con una grave herida de antebrazo, fue confiado al uruguayo, que en vez de amputarlo, lo curó pacientemente.

Después de la 2ª guerra mundial llegó a Montevideo el General De Gaulle, que quiso conocer al Dr. Blanco, al cual le dijo: que en la 1ª guerra le había salvado el brazo al Mariscal Juin, cuando éste era un joven oficial. Aclaro que en Francia el título de Mariscal se otorga solamente en guerra. En 1939-45, se le confirió a Juin, Delattre de Tassigny y Leclerc.

Durante la Segunda Guerra Mundial, volvimos a viajar a Francia los uruguayos, que por suerte, habíamos estudiado francés en el Liceo, incluyendo sus terribles verbos irregulares. Ingresé a la Facultad de Medicina, en 1946, no bien terminó la 2ª Guerra y me gradué en 1956, concursé obteniendo cargos en Anatomía, Patología y Medicina Operatoria; accediendo a la Clínica Quirúrgica de mi maestro Chifflet. En 1961 apliqué el tubo trans-hepático a la cirugía de cáncer biliar, del cual le di una separata al Profesor Lucien Leger que conocí en Montevideo, la publicó en la Presse Medicale y en el nuevo tratado de cirugía biliar que escribió con Patel.

En 1963 fui por primera vez a Europa, estuve en su Clínica del Hospital Cochin (París) y asistí al Congreso Mundial de Cirugía Cardiovascular en Roma, donde conocí a dos famosos cirujanos vasculares franceses: Fontaine y Kunlin, que junto con mi compatriota Eduardo Palma, presentaron series de injertos venosos en arteriopatías obstructivas de miembros inferiores con excelente resultado.

En la década de 1970 se creó la Cátedra de Cirugía, que ocupó el Profesor Uruguay Larre Borges el cual estableció contacto con el gobierno francés y comenzaron a venir a Montevideo diferentes Profesores de Cirugía, que dictaban conferencias. El primero fue Henri Bismut al cual había conocido el Dr. Milton Mazza en París y aconsejó invitarlo. Allí lo conocimos y se dio cuenta que no solo hablábamos su idioma, sino que también manejábamos la bibliografía francesa. Le mostré mi técnica de intubación transhepática y me invitó a operar en su Clínica de Paul Brousse, al sur de París en 1976; allí intervine a un cura del Vaticano con una lesión yatrogénica del colédoco que reparé con un tubo transhepático. En la operación nos ayudó el primer becado uruguayo: Dr. Davidenko. Durante más de quince años vinieron a dictar cursos, distinguidos profesores franceses: Huguier, Tardier, Haute Feuille, Launois, Moreaux, Adlof, Partenski, Escat, Candel, Chapuis. Hay, Fagnier, Valleir, Fontanier y Navarro.

Paralelamente, cirujanos uruguayos iban becados a París. Al principio al Hospital Paul Brousse, con Bismuth. El segundo fue el Dr. Francisco Crestanello, el tercero: Carlos Gómez Fossatti y muchos más como el Presidente de este Congreso: Dr. Ruso; que es muy viajero y estuvo en Francia con Launois, aquí presente.

al riesgo que representaba para la salud pública la práctica de intervenciones sanitarias no seguras. Este análisis cristalizó en octubre de 2004 cuando se constituyó la «Agencia para la Seguridad de los Pacientes». Esta trabaja en pos de dos metas: «primero no producir daño» al tiempo de «reducir las consecuencias adversas derivadas de prácticas asistenciales poco seguras». Juntos, estos esfuerzos llevarán al ahorro de millones de vidas mediante la optimización en la práctica de cuidados sanitarios básicos.

A fin de mejorar la seguridad en la práctica quirúrgica la OMS identificó cuatro desafíos: lograr que se reconozca a la seguridad en Cirugía como un problema de la salud pública, definir, analizar y difundir estadísticas vitales orientadas a la realidad asistencial quirúrgica, asegurar el cumplimiento de prácticas de seguridad de eficacia ya comprobada y establecer estrategias que faciliten al equipo quirúrgico su desempeño en escenarios de complejidad creciente.

Los datos epidemiológicos señalan que anualmente se realizan 256 millones de operaciones anuales en todo el mundo. En esta población se producen 7 millones anuales de eventos adversos con 6 millones de complicaciones severas y 1 millón de muertes. No obstante la tendencia a vincular directamente la causa de un evento adverso en un paciente quirúrgico con acciones u omisiones ocurridas durante la intervención, se debe tener en cuenta que más de la mitad de dichos eventos se producen fuera de la sala de operaciones tanto en el pre como en el postoperatorio, lo que obliga a una mirada más abarcadora a la hora de establecer estrategias de prevención del daño.

La actitud tradicional del cirujano es centrar su atención en el perfeccionamiento de sus habilidades diagnósticas y técnicas a fin de brindar a su paciente una atención adecuada y segura. No obstante la razón que le asiste a esta visión, se debe tener presente que la mayoría de los eventos adversos no son el resultado de una acción individual sino que obedecen a fallas sistémicas en el entorno asistencial. Para la comprensión de estos fenómenos la Cirugía debe recurrir al auxilio de herramientas provenientes de disciplinas que desempeñan actividades de alto riesgo. Así, es posible identificar factores organizacionales, situacionales, individuales, grupales y propios del paciente. La interacción entre los mismos aumenta la imprevisibilidad que caracteriza al sistema.

En la práctica cotidiana el cirujano alcanza un buen desempeño en la resolución de problemas inesperados. El hecho de que no haya dos pacientes iguales lleva al cirujano a desarrollar su creatividad para resolver problemas clínicos habituales: variaciones anatómicas, hallazgos patológicos e incluso la falta o inadecuado funcionamiento de un instrumento o equipo electrónico. La confianza en las habilidades expuestas hace que a menudo el cirujano olvide que la sala de operaciones es un entorno complejo en el que además del paciente con su patología quirúrgica y factores de riesgo interactúan varios técnicos de diferentes disciplinas que habitualmente requieren del empleo de equipos e instrumental sofisticados. Para optimizar los resultados y disminuir la incidencia de eventos adversos el cirujano debe tener presente que la competencia quirúrgica es la combinación de habilidades técnicas, trabajo en equipo, técnicas de comunicación y estrategias de toma de decisión. El conjunto de estas habilidades cognitivas constituye el llamado factor humano en las industrias de alto riesgo o habilidades no-técnicas en el campo de la didáctica. El entrenamiento en estas habilidades facilita la comprensión de aquellos factores psicológicos y fisiológicos que influyen en forma determinante sobre la conducta humana. La psicología cognitiva brinda modelos para explicar la dinámica del error humano. Es así que la mayoría de los eventos adversos en cirugía pueden ser atribuidos a que el equipo quirúrgico tiene un modelo de cognición inadecuado e incompleto, entendiéndose por tal a aquel conocimiento que ayuda a la comprensión de cuál es la situación que se debe resolver a través del establecimiento de tareas, metas, objetivos y requisitos. El clásico abordaje de asignar una responsabilidad individual como causa del error no solo carece de fundamento teórico sino que además no tiene la capacidad de impedir que el error se repita al tiempo que estimula la ocultación del hecho y por ende su persistencia. El único ejemplo en el que la acción individual expone a la comisión de un error es en el caso de personalidades disruptivas. Surge entonces, como alternativa válida, un abordaje sistémico para la prevención del error en cirugía. Este comienza con la identificación de los factores que facilitan el error, ya sean activos o latentes, seguida de la interposición de barreras de seguridad a través de la automatización y estandarización de procedimientos, de las listas de verificación quirúrgica, el empleo juicioso de recursos de redundancia y el correcto mantenimiento de instrumentos no descartables y de equipos electrónicos.

15 - IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD EN CIRUGÍA

Dres. Carlos Vivas, Homero Bagnulo, Marcelo Barbato, Mario Godino
URUGUAY

Durante la Asamblea Anual de la Salud en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) analizó la evidencia referente

En lo que refiere a la formación de recursos humanos técnicos, el énfasis en el aprendizaje de habilidades no-técnicas debe centrarse en los Pregrados y Residentes de Inicial. En el caso específico del Residente la medida preventiva más eficaz es la implantación del sistema de staffing. El Cirujano ya formado rechaza este tipo de insumos, por lo que en su caso la estandarización de procedimientos y las listas de verificación son de máximo interés. Igualmente, es aconsejable que el cirujano reciba apoyo para enfrentar la etapa de comunicación del error al paciente y a su familia.

Como conclusión se puede afirmar que la prevención del error en Cirugía requiere la implantación de un cambio cultural centrado en la implementación de una cultura de seguridad. Esto demanda no sólo la adopción de prácticas seguras a nivel individual, sino que es imprescindible que las autoridades de organizaciones de la salud, tanto nacionales como institucionales se involucren y establezcan políticas que tengan como máxima prioridad la seguridad de los pacientes. Sólo mediante la aplicación de estas medidas será posible abatir las cifras de eventos adversos en la Medicina y en particular en la práctica quirúrgica.

abdominal como son las infecciones, los hematomas y las dehiscencias agudas (evisceraciones) o crónicas (eventraciones). Hay que realizar la incisión pensando en el cierre y en la posibilidad de ampliación de la misma. A la luz de los conocimientos actuales no se ha establecido ninguna técnica de cierre ideal ni se ha logrado determinar los materiales más apropiados para la realización del mismo. Su elección no se lleva a cabo sobre la base de evidencia de resultados, sino que obedece en muchos casos a hábitos de cada cirujano aprendidos con el correr del tiempo y transmitidos a las nuevas generaciones lo que genera una problemática de difícil evaluación y control. Ello hace que el estudio de la apertura y cierre de las laparotomías unido a las diferentes técnicas y materiales de sutura y a los factores de riesgo individual constituya un importante y atractivo tema quirúrgico en vista a la disminución de las complicaciones antes enumeradas. Abordaremos aspectos anatómicos y biomecánicos de la pared abdominal, aspectos técnicos del cierre laparotómico, material de sutura, proceso de cicatrización, factores de cicatrización inadecuada (pre, intra y postoperatorios), cierre laparotómicos especiales (laparotomías contaminadas y relaparotomías).

16 - LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA

Dr. Ruben Varela
URUGUAY

Las autoridades del 62 Congreso de Cirugía de 2011 nos han honrado con la coordinación de una mesa redonda que se llevará a cabo durante el mismo.

Por múltiples razones he pensado en el tema de la «Prevención de las complicaciones quirúrgicas».

Es muy difícil que en una reunión médica se hable de los «ERRORES MÉDICOS» de una manera constructiva, positiva y educadora.

Sin embargo se habla muchísimo del «ERROR MEDICO» en tono de burla, despectivo, destructivo, legal, judicial. Hay quienes escriben del «ERROR MÉDICO INEXCUSABLE» para abonar la cada vez más frecuente mala imagen de los médicos.

En nuestro país, no hay números decentes (O no nos juntamos para tenerlos), para hablar con propiedad sobre un tema y mucho menos para escribir trabajos prospectivos.

Por lo tanto nos va quedando poco por contar.

Creo que es una buena oportunidad para «ENSENAR QUÉ ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA PARA EVITAR TENER COMPLICACIONES POSOPERATORIAS».

El congreso nos brinda una oportunidad para hablar positivamente de un tema del que nadie le gusta hablar.

La mesa va a constar de temas comunes y actuales de cirugía general. En cada uno de ellos se tratará de seguir el siguiente orden:

- 1) Enumeración breve de las complicaciones posoperatorias más comunes de la cirugía en cuestión.
- 2) Para cada una de ellas, primero y en forma breve ¿cómo se resuelven ya sea en el intraoperatorio o en el post-operatorio?
- 3) ¿Cómo se previenen en el preoperatorio? ¿qué es lo que no debe hacerse!

17 - APERTURA Y CIERRE DE LAS LAPAROTOMÍAS

Dra. Valeria Porteiro
URUGUAY

La correcta elección del emplazamiento de la incisión quirúrgica, adecuada para cada patología y para cada paciente, es el primer paso para evitar las complicaciones postoperatorias de la pared

18 - PATOLOGÍA BENIGNA ANORRECTAL

Dr. Justino Zeballos
URUGUAY

Enfermedades que dañan demandan terapias que dañen menos escribía Sir William Osler. El cirujano convive habitualmente con la posibilidad de la complicación postoperatoria hecho que puede cambiar la evolución esperada a su tratamiento.

Evitar el error debe ser un objetivo primordial en el acto quirúrgico. Para ello es fundamental saber **qué es lo que no debemos hacer** en cirugía.

Nos referiremos sintéticamente a los aspectos quirúrgicos de la cirugía de hemorroides (hemorroidectomía, PPH), fistula perianal y fisura anal mostrando cuales son los errores más frecuentes y como prevenirlos.

19 - DISMINUIR LOS RIESGOS EN CIRUGÍA HEPÁTICA

Dr. Marcel Keuchkerian
URUGUAY

Las publicaciones sobre resecciones hepáticas surgen desde fines del siglo XIX. La primera hepatectomía reglada (lobectomía izquierda) fue publicada por G. Caprio en 1931. Posteriormente continuaron los estudios sobre anatomía hepática y resecciones aisladas hasta que, en 1952 J.L. Lortat-Jacob publica la primer hepatectomía derecha anatómica extendida al lóbulo cuadrado. Ese mismo año, J. Sènèque comunica la primera hepatectomía izquierda.

Desde entonces, la cirugía del hígado es una de las técnicas que más ha evolucionado. Testimonio de ello, es el desarrollo contemporáneo hacia una sub-especialidad.

Históricamente las resecciones de hígado fueron consideradas un procedimiento de altísimo riesgo, reflejado en una elevada morbilidad y mortalidad. Recordamos que entre los años 70s y 80s, la mortalidad promedio rondaba el 20%, y hasta un 60% en pacientes cirróticos. En los últimos años, importantes avances vinculados fundamentalmente al manejo anestésico, mejora de la técnica quirúrgica, perfeccionamiento del cuidado postoperatorio y fundamentalmente, formación permanente de cirujanos hepatobiliares, ha significado un aumento progresivo de la frecuencia y magnitud de

las resecciones hepáticas. Todo ello implicó en una significativa disminución de las cifras de morbilidad y mortalidad perioperatoria, siendo actualmente 0-3% para los verdaderos Centros de referencia.

El éxito o fracaso de una resección hepática, resulta de una intrincada relación entre diferentes variables. Las mismas se desprenden de los tres actores involucrados: **1) Centro** (experiencia, disponibilidad equipamiento, manejo perioperatorio, etc.); **2) Paciente** (hígado sano o no, co-morbilidades, enfermedad a tratar, procedimientos complementarios, tipo de resección planteada, etc.), y por último **3) Cirujano** (conocimiento anatomía, experiencia, etc.). Si bien de esta compleja ecuación salen distintas variables que afectan con menor o mayor grado en el resultado de las hepatectomías, es sin ningún lugar a dudas la pérdida sanguínea la de mayor peso estadístico. En definitiva, concluimos que un exhaustivo análisis y estudio preoperatorio de pérdidas hemáticas, continuando con un manejo postoperatorio multidisciplinario y llevada a cabo en un Centro con experiencia en cirugía hepatobiliar, son los factores imprescindibles para una cirugía hepática segura.

20 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL COLON

Dr. Jorge Curi
URUGUAY

Dentro de las complicaciones intra y post operatorias de la cirugía laparoscópica del colon centraremos nuestra exposición en:

A) Complicaciones del acceso abdominal: Estas lesiones se producen tanto en los abordajes cerrados como en la técnica de visión directa del ingreso. Aunque existen múltiples trabajos que demuestran que esta última disminuye el número de lesiones al ingreso, de ninguna manera las evita; por lo cual, frente a la sospecha de un ingreso potencialmente dificultoso, se recomienda realizarlo abierto o en su defecto en zona alejada de posibles adherencias, fundamentalmente en el Hipocondrio izquierdo.

B) Lesiones esplénicas: El riesgo de lesión se produce al descender el ángulo izquierdo del colon en especial en pacientes obesos. Se produce en general por exceso de tracción del colon más que por lesión directa. Para evitarlo se requiere una correcta posición del paciente con una cámara de 30° que posibilite múltiples ángulos de visión. Eso determina una disección separada tanto del colon transversal como del colon descendente. Otra herramienta fundamental es el uso de bisturí bipolar, y selladores vasculares.

C) Lesiones de asas delgadas: Se producen tanto al ingreso, por adherencias como en la manipulación de delgado. Para evitarlas es determinante el uso de pinzas atraumáticas y de la noción de lesión en zonas ciegas al movilizar el intestino, para lo cual se debe movilizar cada asa bajo visión directa. Una situación especial es la lesión duodenal en el abordaje de la fascia de Toldt. Esta se produce por tracción en el abordaje de lateral a medial y en el abordaje medial a lateral al utilizar un plano de disección erróneo, el cual puede asociar una lesión ureteral homolateral.

D) Lesión de vasos reto peritoneales fundamentalmente de vasos gonádicos en el manejo del mesosigmoide de medial a lateral durante el intento de identificar el uréter izquierdo. Otra lesión vascular menos frecuente es la sección de vasos ilíacos en dicha maniobra. Para evitarla una estrategia es utilizar el acceso de lateral a medial. En el abordaje de medial a lateral acceder al mesosigmoide en su raíz, identificar la arteria hemorroidal superior y tronco de sigmoideas, disecando de forma roma hasta identificar y preservar el uréter izq. La lesión ureteral tanto a derecha como a izquierda se produce fundamentalmente en un error de plano de disección de medial a lateral.

E) Las lesiones vesicales se producen fundamentalmente en las resecciones oncológicas rectales o sigmoideas y son evitables fundamentalmente por la necesidad estricta de vaciar la vejiga por cateterización en el pre operatorio.

F) Lesiones genitales fundamentalmente son producidas durante la anastomosis colo-rectal al incluir el fondo de saco vaginal posterior

en la anastomosis. Se debe evitar mediante una correcta visualización de este fondo, que puede requerir la colocación de una gasa montada intravaginal para su correcta exposición.

21 - COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR

Dres.: Andrés Salom, Gonzalo Estapé Viana, Juan Delgado y Joaquín Pereyra
URUGUAY

La introducción y el desarrollo de la cirugía laparoscópica de la vía biliar a partir del año 1997, implicó un cambio radical en la forma de practicarse la cirugía biliar. Los cirujanos de todo el mundo debieron aprender y adaptarse a esta nueva forma de operar, modificándose los patrones de enseñanza y aprendizaje.

Esto trajo a su vez la aparición de nuevas complicaciones vinculadas al abordaje, al uso de nuevo instrumental, a diferentes formas tácticas de los procedimientos quirúrgicos y a la curva de aprendizaje.

El objetivo de la mesa es analizar las complicaciones más frecuentes, sus mecanismos de producción y la forma de prevenirlas y solucionarlas.

Para su análisis las dividimos en:

- 1) litiasis de la vía biliar principal en sus diferentes formas: insospechada, persistente y residual.
- 2) Hemorrágicas, vinculadas a la realización del neumoperitoneo, colocación de los trocares, disección del pedículo hepático, lesiones de otros órganos y a la colecistectomía.
- 3) Lesiones de la vía biliar con sus consecuencias: bilomas, bilirragias, peritonitis biliar, etc.

22 - SURGICAL AUDIT

Dr. Guy Maddern
AUSTRALIA

Health authorities are not always as keen to determine the quality of the surgery being performed within the institutions. There needs to be a greater scrutiny of the surgeon's work so that the outliers can be identified and remedies put in place. While not necessarily representing a large problem, for the individual patients and the hospitals with surgeons not performing to an appropriate standard there can be serious consequences.

One mechanism that has been put in place to review this has been the Australian and New Zealand Audit of Surgical Mortality of the Royal Australasian College of Surgeons. This audit has enabled scrutiny of all surgical deaths within Australia to occur and trends and problems to be identified. Unfortunately the scrutiny has been in some States only on the public hospital system and private practitioners have not necessarily been participating within it. Such audits certainly identify problems within the health system, particularly difficulties in transfer and sufficient ICU support.

The Australian Joint Registry Audit sets out to also monitor success of joint replacements performed Australia wide. All joints going in or coming out of a patient in an Australian hospital is recorded and in this way the performance of surgeons, hospitals and prostheses can be determined. This technique picked up the poorly-performing ASR joint well before other countries were aware of the issue. It is unfortunate that they did not learn from the information being generated within the Australian system. Individual surgical audits are also of great value providing they are comprehensive and peer-reviewed.

The Royal Australasian College of Surgeons now requires all surgeons to subject themselves to regular peer review audit and a number of specialist groups such as vascular and colorectal, have set up national databases to benchmark performance with other colleagues within the health system. This area needs to be pursued vigorously if we are to truly know that the standards of surgery are of the highest level.

23 - CÁNCER GÁSTRICO: ACTUALIZACIÓN Y NUEVOS CONCEPTOS

Dres.: Laura Borgno, Juan M. Costa, Gerardo Beraldo, Pablo Santiago
URUGUAY

Desde inicios de 2010 ha entrado en vigor la 7ª. edición del TNM (UICC/AJCC) y una nueva revisión de la Japanese Classification for Gastric Cancer y de la Treatment Guidelines (Japanese Gastric Cancer Association).

Hasta ahora una de las grandes dificultades para interpretar y comparar los resultados entre los países occidentales y orientales era la diferencia en el criterio de evaluación de la infiltración ganglionar (pN) y la definición de los estadios tumorales.

La Japanese Gastric Cancer Association (JGCA), ha reformado su clasificación en el año 2010 modificando aspectos sustanciales.

Una de las modificaciones más importantes consisten en la redefinición y simplificación de los tipos de linfadenectomía D1/D2 en función del tipo de gastrectomía realizada y en la adopción del criterio numérico de la 7a edición del TNM para evaluar el grado de afectación ganglionar.

Estos cambios pretenden facilitar el manejo terapéutico y la comparación de los resultados de una forma más uniforme entre países y grupos de trabajo.

Las gastrectomías con linfadenectomía tipo D2 o D 1 1/2 fueron el tratamiento aceptado para todos los estadios tumorales en la década del 80, logrando una sobrevida superior al 90% en los cánceres gástricos precoces (CGP) tanto en oriente como occidente.

A fines de los 90, con la caracterización clínico-patológica de las metástasis ganglionares en este tipo de cánceres, la gastrectomía con linfadenectomía tipo D2 para el sub-grupo de pacientes portadores de CGP se consideró un exceso terapéutico.

La resección endoscópica, mucosa o submucosa está indicada en pacientes con mínimas chances de metástasis ganglionares y es el tratamiento standard en los adenocarcinomas diferenciados sin ulceración cuya invasión en profundidad lo clasifican clínicamente como un T1a y un diámetro menor o igual a 2 cm.

La gastrectomía modificada, estaría indicada en pacientes fuera de los criterios de inclusión para tratamiento endoscópico.

A pesar de que el rol de la cirugía está cambiando en los cánceres gástricos avanzados debido al incremento en el rol de tratamientos no quirúrgicos, la cirugía continúa siendo el tratamiento más importante curativo de la enfermedad.

La disección D2 es el gold standard en los países del este asiático. La alta incidencia de esta enfermedad en Japón resulta en un alto volumen hospitalario, con cifras bajas de morbilidad lo que justifica este tipo de técnica.

La sobrevida luego de la cirugía D2 nunca ha sido sobrepasada por otros tratamientos incluyendo tratamientos multimodales con cirugías más limitadas.

Los estudios británicos y holandeses mostraron un aumento en la morbilidad asociada a las D2 o a linfadenectomías más extendidas, por lo que consideran que la esplenectomía y la resección distal del páncreas no deberían formar parte de la gastrectomía standard.

La diseminación peritoneal es una de las modalidades metastásicas más frecuentes en el cáncer gástrico avanzado.

La posibilidad de curación en estos pacientes es baja, ya que no existe al momento actual terapia efectiva curativa.

El lavado peritoneal con citología positiva en los cánceres avanzados es conocido como un factor de mal pronóstico presentando

tasas de sobrevida que oscilan entre 25 y 7% al año y a los 5 años respectivamente aún habiéndose realizado una gastrectomía.

Si se toma en cuenta solo los cánceres en estadio IV con citología positiva la sobrevida no fue mayor a los 40 meses.

Los actuales consensos sugieren que aquellos pacientes en los cuales se ha evidenciado una invasión peritoneal macroscópica durante la exploración no son candidatos para una gastrectomía.

Aquellos en los cuales no hay evidencia macroscópica pero donde se confirma citológicamente su existencia, deberían ir a una gastrectomía standard y quimioterapia adyuvante postoperatoria.

La disección linfática extensa y la resección de otros órganos no debería ser contemplada en estos casos.

Por lo expuesto anteriormente es aceptado actualmente la realización en cánceres avanzados de citología del lavado peritoneal, ya sea laparoscópica o laparotómicamente con el fin de identificar los pacientes de alto riesgo de recaída por enfermedad peritoneal.

En lo referente a los tratamientos adyuvantes, aún existen disparidades entre Este y Oeste.

Las diferencias en los tipos de cirugía y sus resultados afectan la forma en que los tratamientos adyuvantes son conducidos e interpretados.

El cáncer gástrico tiene una alta tasa de recidiva luego de la cirugía, que puede llegar al 80 %, dependiendo del estadio inicial. La QT/RT adyuvante tiene como objetivo reducir el riesgo de recurrencia, sin embargo, no existe un plan de QT adyuvante universalmente aceptado. Los ensayos INT-0116 y MAGIC demostraron beneficio en la SV con QT-RT postcirugía y QT peroperatoria, respectivamente. En el ensayo CLASSIC luego de una resección D2 el uso de XELOX adyuvante ha demostrado aumentar significativamente la SVLE a 3 años comparado con la observación. En el estudio fase III de Mac Donald et al, 556 pts. E IB-IVA, recibieron adyuvancia con QT/RT con 5FU/LV vs obs, con una mejoría de la SVG del 9 % a 3 años (50 % vs 41 %), que se mantiene a largo plazo. En el estudio MAGIC 503 pts. con adenocarcinoma gástrico E $\geq$ II, tratados con 3 ciclos de QT ECF-cirugía-ECF x 3 vs cirugía exclusiva, con una mediana de seguimiento de 4 años, mostró un beneficio en la SVLP, $p=0.001$ y SVG, $p=0.009$, a favor del brazo de QT. En el ensayo CLASSIC, 1035 pts. con adenocarcinoma de estómago E II, IIIA o IIIB, luego de la cirugía fueron randomizados a QT tipo Xelox vs obs, mostrando un beneficio en la SVLE de 74 % vs 60 % ($p=0.0001$).

En Japón el protocolo actualmente aceptado, luego de haber sido evaluado y estudiado, consiste en la realización de quimioterapia con un agente simple como la S-1 una fluoropirimidina oral.

24 - PROGNOSIS OF GASTRIC CANCER PATIENTS WITH LAVAGE CYTOLOGY POSITIVE AND NEW THERAPEUTIC STRATEGIES.

Dr. Takeo Fukagawa
JAPÓN

(Background) Lavage cytology positive (Cy1) is well known as a poor prognostic factor in advanced gastric cancer patients. However, the optimal therapeutic strategy for Cy1 has not been established. The aim of this study is to evaluate the clinical significance of Cy1 for the purpose of establishing a suitable therapeutic strategy.

(Methods) 1) The consecutive advanced gastric cancer patients who underwent gastric surgery at the National Cancer Center Hospital between 1992-98, 2002-09 were retrospectively analyzed. 2) Peritoneal washing of gastric cancer patients was studied by Mini-chip assay (detecting 6 genes related to gastric cancer) in 2004, and the clinical significance was evaluated prospectively.

(Results) 1) 2,3 and 5y survival rate were 23.5, 13.8 and 7.8% for POCy1 patients in 1992-98 ($n=88$), and 2,3y survival were 35.4, 23.2% in 2002-2009 ($n=108$). 4 of 88 (4.5%) and 5 of 108 (4.6%) patients survived more than five years without recurrent disease. 36 patients with POCy1 diagnosed by staging laparoscopy underwent neo-adjuvant chemotherapy. In 17 of 36 (47.2%) patients, Cy1 improved to Cy0 after chemotherapy. 2y survival was 57.3%. 2) Twenty nine patients were

Mini-chip positive among 143 patients with POCy0. The prognosis of Mini-chip(+) patients were similar to that of POCy1 patients.

(Discussion) The prognosis of POCy1 patients were quite severe, but improved after 2000. The reason may be the effect of chemotherapy (adjuvant, or after recurrence) by TS1 in Japan. However, it did not increase the curable population. Neo-adjuvant chemotherapy is promising for POCy1. Mini-chip assay is beneficial for detecting high-risk patients for peritoneal recurrence among POCy0 patients who underwent curative resection.

25- OCLUSIÓN DE COLON, ASPECTOS CONTROVERSIALES DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Dres.: Luis F. Sánchez, Gabriel Massafiero, Ignacio Paysse, Sebastián Fraga
URUGUAY

Utilidad de la imagenología en el diagnóstico de oclusión de colon.

Es para todos conocido que el diagnóstico de oclusión intestinal se basa en un pilar clínico y otro radiológico. No obstante en determinadas situaciones la clínica y la radiografía simple no son suficientes para el diagnóstico positivo ni topográfico de la misma. Ello tiene clara implicancia en el tratamiento de estos pacientes. La topografía de la oclusión determina la táctica quirúrgica a emplear y es a nivel del colon descendente y distal a éste donde surge la controversia. Es así que surgen como métodos complementarios para el diagnóstico la Ultrasonografía, la Tomografía Computada y la Resonancia Nuclear Magnética entre otros, los que ayudan a definir la conducta en estos casos.

Conocer la indicación y el rendimiento de cada técnica imagenológica en la oclusión distal de colon es crucial para su utilización de forma eficiente y ordenada con el fin de no malgastar recursos económicos, y lo que es más importante para no retrasar el correcto diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

TRATAMIENTO

Tratamiento de la Oclusión Neoplásica de Colon con Prótesis Autoexpandibles.

El tratamiento de la Oclusión Neoplásica de Colon, en especial del Colon Izquierdo, reconoce diversas modalidades terapéuticas. Se han desarrollado las técnicas Endoscópicas que mediante la colocación de Prótesis Autoexpandibles permiten resolver la oclusión del tumor con fines preoperatorios, transformando una urgencia, en una cirugía de coordinación donde se puedan mejorar el terreno y las alteraciones fisiopatológicas del cuadro, reduciendo de esa forma la morbimortalidad. Al solucionar la oclusión, se reduce el edema parietal y se mejoran las condiciones locales, permitiendo realizar una resección y anastomosis primaria sobre cabos congruentes, evitando la necesidad de confeccionar una Colostomía. Se utiliza además en forma paliativa en aquellos pacientes incurables, irresecables o inoperables, logrando ofrecerles una alternativa mínimamente invasiva sin someterlos al riesgo quirúrgico y a la realización de una Ostoma, lo que se traduce en una mejora de calidad de vida de estos pacientes.

Su empleo en oclusiones de Colon Derecho es más discutido dado que suele resolverse mediante anastomosis primaria, aunque algunos autores plantean que reduce el riesgo de falla de sutura por la mejora de las condiciones locales. Sin embargo, mantiene los beneficios ya mencionados en los pacientes no candidatos a la cirugía.

La única contraindicación absoluta para el procedimiento es la constatación clínica o radiológica de perforación.

Las complicaciones más frecuentes son menores (dolor autolimitado, rectorragia, tenesmo, migración), siendo la perforación Colónica la complicación mayor más relevante.

El procedimiento, que se realiza con mínima sedación, es técnicamente exitoso en el 78-100% de los casos, mientras que la resolución clínica de la oclusión se da en el 92-100% de los casos. Cuando se utiliza como método paliativo, su efectividad es entre el

82-100%, siendo las causas más frecuentes de oclusión de la prótesis la impactación fecal, y el crecimiento tumoral.

Tratamiento quirúrgico.

La resolución quirúrgica de las oclusiones de colon admiten múltiples opciones. El consenso general en la mayoría de los pacientes con obstrucción del colon derecho y transversal, es la realización de cirugía en una etapa con resección y anastomosis primaria ileo-cólica. Sin embargo, no existe tal acuerdo para el manejo de la oclusión del colon izquierdo, no hay guías establecidas para la misma y por lo tanto, existen variadas conductas para su resolución que dependen de múltiples factores. Su manejo quirúrgico sigue siendo entonces, un problema desafiante para el cirujano. Las cirugías de urgencia para resolver las oclusiones agudas del colon izquierdo están asociadas además, con una mortalidad y morbilidad significativas, con un alto número de pacientes que tendrán una colostomía y que en muchos casos será definitiva. Tradicionalmente la oclusión del colon izquierdo ha sido manejada de esta forma, mediante cirugía en etapas, con una primera intervención de resección y colostomía y una segunda operación para el cierre de la ostomía. Sin embargo, actualmente hay una aceptación creciente, basada en la literatura cada vez más numerosa, en la realización de cirugía en un tiempo, mediante resección y anastomosis primaria con o sin lavado intraoperatorio, demostrándose iguales o mejores resultados comparados con el tradicional abordaje de cirugía en etapas.

El manejo en la urgencia de la oclusión intestinal del colon izquierdo permanece por lo tanto, siendo un tema controversial. En esta exposición realizamos una revisión actualizada de la literatura a fin de proponer recomendaciones basadas en la evidencia actual existente sobre este tema.

26 - HOW SHOULD WE ASSESS NEW SURGICAL TECHNOLOGIES?

Dr. Guy Maddern
AUSTRALIA

Surgical technologies continue to arrive at a rapid pace into our healthcare system. Their safety and efficacy remains a difficult problem as many are developed before large cohort studies and certainly before randomised controlled trials can be conducted. It is necessary to have a logical and reasonable approach to assessing, evaluating and authorising such new technologies. The evolution of surgical technologies moves from laboratory studies, through case series, to randomised controlled trials and audits. All perform an important role in assessing such technologies.

It is also valuable to be able to see early stages of development so that government, hospitals and practitioners can have some idea of the status of new interventions and procedures. Horizon scanning has been developed to facilitate this and is able to provide some overview of the degree of information and state of development of early technologies. Once a device or procedure has begun to be used in practice, data accumulates and it is possible to conduct systematic reviews. Systematic reviews, however, rely heavily on having access to all the data and under-reporting or failing to report adverse outcomes makes this difficult. But there are also difficulties in having standardised methods of assessing outcomes, as well as a paucity of long-term results. New technologies such as the lap. band are only now beginning to gain 10 year periods of followup. In order to monitor post-marketing, the outcome of particularly device registries are of considerable value.

The other mechanism that is available to Government but often not used is "coverage with evidence". This enables new devices and procedures to be introduced under strict data collection parameters. It may well be that this is the way forward for many of the newer innovations arriving. However, new devices, technologies and even their assessment is of little value unless practitioners are well trained in their use and management. This can often be the cause of major failures and appropriate training and assessment needs to be introduced if safe and reliable introduction is to occur.

27 - MECHANISM OF MICROMETASTASIS IN GASTRIC CANCER

Dr. Takeo Fukagawa
JAPÓN

1. Introduction

The complete removal of tumor is the only potentially curative treatment for patients with gastric cancer. Locally advanced gastric cancer frequently recurs after curative operation, and even early gastric cancer relapse in some cases. In patients with recurrent disease, there must have been residual tumor cells in the form of occult micrometastases that were left behind at the time of apparently curative surgery. Recent advances in immunohistochemistry (IHC) and molecular biology allow the identification of discrete and occult tumour cells in the lymph nodes, peripheral blood, bone marrow and peritoneal washing of the patients with malignant disease, which remain undetected by standard hematoxylin and eosin (H&E) staining.

2. Lymph node micrometastasis

After some debate regarding the terminology of occult tumour cells, micrometastases (MM) are defined as deposits of tumour cells of 2 mm or less but larger than 0.2 mm and isolated tumour cells (ITC) are as single or clusters of tumour cells of 0.2 mm or less. The clinical significance of immunohistochemically detected isolated tumor cells (ITC) in lymph nodes of gastric cancer patients is controversial. The aim of this study is to examine the prognostic impact of ITC on patients with gastric cancer.

A total of 402 patients with pathological T2N0 and T2N1 gastric cancer who underwent gastrectomy between 1984 and 1990 in four participant hospitals (including National Cancer Center Hospital, Tokyo) were studied. All resected lymph nodes were reexamined by serial sectioning for hematoxylin and eosin (H&E) staining and evaluated by immunohistochemistry (IHC) with antibody against cytokeratin (AE1/AE3). The prevalence and prognostic significance of ITC were investigated.

ITC were detected by IHC in 187 of 402 (47%) patients. Nodal status, histological type and tumor size were significant factors for the presence of ITC by multivariate analysis. The 5-year and 10-year overall survival rates of patients with or without ITC were 84.4%(95%CI:79.1-89.0),70.4%(64.1-76.7) and, 83.9 % (78.6-89.2), 72.0 % (65.4-78.5), respectively. The hazard ratio of death for patients with ITC compared with those without ITC was 0.90 (95% CI: 0.64-1.26, p=0.53). The presence of ITC in lymph nodes does not affect the prognosis of the patients with gastric cancer who underwent gastrectomy with D2 lymph node dissection. Same result was obtained from additional study that was carried out in NCCH and Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in NY.

3. Peritoneal dissemination

Peritoneal dissemination is one of the most popular distant metastases of gastric cancer, and peritoneal recurrence is also one of the most frequent modes of recurrence after curative surgery for advanced gastric cancer. Lavage cytology is considered to be a good predictor of peritoneal recurrence which reflects the existence of free cancer cells in peritoneal cavity. However, even after curative surgery without any dissemination or positive cytology, many patients develop peritoneal recurrence. More sensitive predictor is needed by molecular method.

We previously reported 13 markers for predicting the recurrence of gastric cancer by RT-PCR using peritoneal washings (BBRC, 313: 931-7, 2004). Next, we developed a focused microarray (termed MiniChip) assay using 10 markers, and evaluated the power of the MiniChip assay on 98 retrospective samples. The presence of cancer cells in the MiniChip-positive peritoneal washings was validated by immunocytochemistry (Ann. Surg. Oncol.,14:1694-1702, 2007).

Here we report the results of an evaluation of a MiniChip assay consisted with 6 markers in 384 prospective samples. Peritoneal washing was collected just after laparotomy of gastric cancer patients who underwent gastric surgery between Feb. and Nov. 2004. in NCCH. Out of the 384 samples, MiniChip provided 379 (99%) informative results. Cy positive patients were all positive for Chip. Among 140 POCy0 patients, the prognosis of Chip positive patients was significantly

worse than that of Chip negative patients. The recurrence ratio of patients stratified by Chip and lymph node metastases were 82.6%(N+ Chip+), 28.8%(N+ Chip-), 16.7%(N- Chip+) and 4.4%(N- Chip-). This Chip is more sensitive prognostic factor.

4. Bone marrow study.

Recent advances of immunohistochemistry and molecular biology enable to identify the presence of isolated tumor cells in peripheral blood and bone marrow. Some studies about breast cancer showed that ITC in peripheral blood and bone marrow correlates the worse prognosis. For gastric cancer patients, it has been still controversial mainly because small sample size of study. A study of large number patients is needed.

Bone marrow and peripheral blood samples from 1030 gastric cancer patients were collected who underwent gastric surgery in NCCH between Oct.2002 and Dec. 2004. The samples were transferred to Kyusyu-University Hospital (Beppu, Kyusyu) where they were analyzed by quantitative real-time PCR for three epithelial markers: carcinoembryonic antigen(CEA), cytokeratin-19 and -7. ITC were frequently detected in bone marrow and peripheral blood of gastric cancer patients, even in early stage of gastric cancer. The presence of ITC did not imply systemic involvement of tumor. The presence of ITC and establishment of metastases should be divided. Additionally, the expression of VEGFR1 was analyzed with same samples. Patients who are positive for both of ITC and VEGFR1 develop more frequently liver metastases than those who are negative both of ITC and VEGFR1. This suggests that cancer cells as well as host side factors may be required to form metastases (Clin Cancer Res.14: 2609-16).

5. Conclusion

Micrometastases is one of the most important targets of oncological study. Not only presence of micrometastases, but also its quality and interaction with host should be studied. Collaboration of basic research and clinical study are quite needed. We hope new therapeutic strategy based on the study of micrometastases.

28 - STANDARD STRATEGY OF LYMPH NODE DISSECTION FOR ADVANCED GASTRIC CANCER PATIENTS

Dr. Takeo Fukagawa
JAPÓN

Standard strategy of lymph node dissection for advanced gastric cancer patients is defined as D2 lymph node dissection based on Japanese Classification of Gastric Cancer and Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010 edited by Japanese Gastric Cancer Association. Lymph nodes which should be dissected for D2 are also defined according to operation method: total gastrectomy, and distal gastrectomy. The locations of those lymph nodes are anatomically described in Japanese Classification of Gastric Cancer: No.1 to 12. The efficacy of prophylactic extended lymph node dissection at paraaortic area (No.16) was not proven in a randomized clinical trial (JCOG9501). Splenectomy aiming for complete lymph node dissection at splenic hilum has been on the way of evaluation by clinical trial (JCOG0110). Optional lymph node dissections: lower mediastinal lymph nodes (No.110, 111) are recommended to be dissected for junctional tumor and the dissection of lymph nodes at the root of supra-mesenteric vein (No.14v) and behind pancreas (No.13) are still controversial.

Postoperative adjuvant chemotherapy by S1 is a standard treatment for stage II,III advanced gastric cancer patients based on the result of a randomized clinical trial (ACTS-GC). Efficacy of neoadjuvant chemotherapy has been evaluated by clinical trials (JCOG0001, 0002, 0210, 0405, 0501, 1002).

Some proportion of early gastric cancer patients are endoscopically treated by ESD according to indication criteria described in Guidelines.

Other patients with early gastric cancer are operated with lymph node dissection. Lymph node dissection for early gastric cancer patients is not a complete D2, but D1 or D1+. However, pre and intra operative diagnosis is not so accurate that D2 is performed for the cases suspicious of advanced tumor. Randomized clinical trial about open surgery vs. laparoscopic surgery for early gastric cancer patients is now carried out (JCOG0912). Laparoscopic surgery for advanced cases is still controversial.

29 - DILATACIÓN DE LA PAPILA CON BALÓN COMO TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE LA LITIASIS COLEDOCIANA

Dr. Hugo Maglione
URUGUAY

Aun existen controversias en lo que tiene que ver con el tratamiento laparoscópico de la litiasis coledociana. Se considera que la dilatación transcística intraoperatoria de la papila de Vater con balones de angioplastia es un método fácilmente reproducible y exitoso en mas del 90% de los casos para solucionar en un solo acto esta patología. Se dan detalles técnicos del procedimiento y experiencia personal con el mismo.

30 - WORKSHOP INTERVENCIONISMO NO VASCULAR ¿QUE DEBE SABER UN CIRUJANO GENERAL?

Dres.: Alfredo Scelza, Francisco Díaz
URUGUAY
Dr. Mariano Giménez
ARGENTINA

Actualmente, no podemos considerar una buena practica medica sin radiología intervencionista, que es parte fundamental de nuestra actividad quirurgica diaria.

Habiendo sustituido a varios procedimientos clásicos diagnósticos y terapéuticos, logrando iguales o mejores resultados con un gran impacto no solo en el paciente, traducido como menor morbi mortalidad, sino que también disminuyendo los costos sanitarios los cuales sabemos son finitos.

Estos avances han exigido cambios estructurales, organizativos, de interpretación del conocimiento y del quehacer medico.

Esta nueva forma de realizar medicina, conjuntamente con el advenimiento de la cirugía video laparoscópica ha significado un nuevo auge y ha puesto a nuestra profesión, la cirugía general nuevamente en un lugar de vanguardia en la salud.

Estas dos técnicas mínimamente invasivas pueden ser realizadas por el cirujano general, previa formación y capacitación, lo cual aumenta su capacidad y destrezas diagnostico/terapéuticas, conformando lo que hoy podría considerarse como un cirujano general integral y moderno.

A diferencia del resto del mundo donde el intervencionismo no vascular esta en manos de radiólogos, en Argentina y Uruguay, mayoritariamente esta en manos de cirujanos generales.

Según los radiólogos su, baja inserción en el intervencionismo no vascular se debe a una deficiente formación durante la residencia, la mayoría de su tiempo asistencial lo dedican a procedimientos diagnósticos dada su alta demanda además de escasa o nula referencia de este tipo de pacientes.

Por otra parte, al cirujano le son derivados la gran mayoría de estos pacientes ya que anteriormente eran de resolución quirúrgica o son pacientes propios con complicaciones postoperatorias.

Pero creo que la explicación de este fenómeno mundial que sucede en Argentina y Uruguay esta dada según nuestro entender a que ambos países tienen una larga tradición en cirugía mínimamente invasiva.

El Dr. Raúl Praderi hace ya 50 años publicaba su experiencia en coledocostomia transhepatica y en la intubación tumoral transhepatica, conjuntamente en la vecina orilla el Dr. Mazzariello comunicaba la extracción percutánea de litiasis coledociana, estos dos pioneros rioplatenses en procedimientos percutáneos, comenzaron el camino que luego otros colegas continuaron hasta nuestra actualidad.

La idea de este workshop, es ofrecer al residente en formación y al cirujano general las nociones globales básicas de las indicaciones del intervencionismo no vascular referidas a su especialidad, diagnósticas y terapéuticas, no solo en patologías prevalentes sino también en enfermedades oncológicas, conocimiento de fundamental importancia para su practica diaria.

31 - FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA

Dr. Gustavo Vitancurt
URUGUAY

La insuficiencia venosa crónica es un patología de elevada frecuencia con repercusiones socioeconómicas importantes, pero que sin embargo goza de escaso prestigio dentro de los cirujanos siendo un tema pocas veces tratado en diferentes congresos o jornadas de cirugía general.

En los últimos años han surgido nuevos aportes referentes a la fisiopatología, estudios paraclínicos y terapéutica, que se incluyen en pautas convenientes a seguir y que ya cuentan con suficiente evidencia en ese sentido.

El advenimiento del ecodoppler color ha contribuido al conocimiento de la fisiopatología permitiendo realizar tratamientos mas racionales, ajustados a cada caso. Esta técnica, inocua, económica y fácil de reproducir nos permite conocer los puntos de fuga hacia el sistema superficial y su tratamiento puntual. Ha permitido conocer el real valor de los reflujo largos y relativizar el peso en la disfunción de las venas comunicantes insuficientes. Los métodos conservadores de la safena interna, como la cura CHIVAS, se ha basado en este tipo de información. Se mantiene el objetivo de disminuir la presión venosa y su efecto devastador sobre la piel a largo plazo, atrofia cutáneas, fibrosis, ulceraciones.

Existen pacientes que se rehúsan a ser operados por técnicas convencionales por el tiempo de recuperación postoperatoria y por ende el retardo en el reintegro laboral. Este hecho ha dado lugar a la generación de técnicas menos invasivas como la ablación laser o la radiofrecuencia. Estos métodos cuentan con un alto nivel de evidencia, sin embargo en nuestro país al no estar contemplado dentro de las prestaciones institucionales su costo debe ser absorbido por los pacientes, motivo por el cual su desarrollo es lento.

Existe una forma convencional de efectuar la cirugía venosa, mediante pequeñas incisiones, en ocasiones orientadas por Ecodoppler, uso de agujas de Crochet, extracción de la safena por eversion lo que generan un menor trauma con una recuperación postoperatoria sensiblemente mejor, con mayor confort y adecuado resultado cosmético. Se muestra este procedimiento fácilmente reproducible por el cirujano general, de bajo costo y posible de efectuar con un minino de infraestructura, en ocasiones con anestesia local.

32 - ABLACIÓN VENOSA MEDIANTE ENERGÍA LÁSER

Dr. Raúl Blanco
URUGUAY

Como en tantas otras áreas de la cirugía, también en la patología venosa, los últimos 20 años han marcado un punto de inflexión significativo en el encare del tratamiento de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores, producto de la convergencia entre el mayor conocimiento de la fisiopatología y los avances tecnológicos puestos a disposición del diagnóstico y la terapéutica de la misma.

La operación de safenectomía clásica ha logrado con el tiempo consolidar los conceptos de indicación terapéutica, técnica, morbilidad postoperatoria y tasa de recidiva; sigue aún hoy siendo el Gold Standard con el que se comparan todos los procedimientos que sucesivamente han ido incorporándose al arsenal terapéutico disponible actualmente.

Safenectomía, cayadectomía, ligadura y resección de venas insuficientes, método de Chiva, esclerosis en todas sus formas y ablación venosa son algunos de los métodos más difundidos en el tratamiento de esta afección que aun hoy sigue afectando a un alto porcentaje de la población y que en ciertas ocasiones determinan gastos a veces muy significativos al colectivo de la sociedad.

En esta oportunidad centraremos la atención en un método joven, que ha cumplido algo más de una década desde sus comienzos, como lo es la ablación venosa mediante depósito de energía láser en el tratamiento de algunas formas de presentación de la insuficiencia venosa superficial.

El tratamiento mediante endoláser venoso permite mediante técnica endovascular, tratar segmentos venosos incompetentes, logrando su ablación y por ende su exclusión de la circulación venosa evitando la transmisión del reflujo y por ende de la hipertensión venosa hacia los segmentos distales del miembro...

Se trata de una técnica mini - invasiva, que en la enorme mayoría de los casos se realiza bajo anestesia local potenciada.

Los resultados en cuanto a lograr la ablación del segmento venoso planificado son muy buenos, en todos los reportes que nos llegan de centros extranjeros como así también la experiencia nacional que ha sido reportada hasta el momento es más que aceptable.

Si bien no hay estudios comparativos de costos entre el tratamiento endoláser y otros tipos de tratamiento en la insuficiencia venosa el sólo hecho de realizarse mediante la modalidad de cirugía ambulatoria y el de no utilizar una anestesia mayor ya lo hace a priori más económico que la cirugía tradicional.

Si este tratamiento se afianzara en el tiempo y lograra obtener menores o al menos iguales tasas de recidiva que la cirugía convencional es probable que en los próximos años el Gold Standard terapéutico para esta cirugía cambie.

Se presentarán aquí algunos aspectos prácticos de la técnica quirúrgica así como también los hechos más relevantes de la valoración pre y post operatoria del procedimiento.

tratamientos prolongados con resultados variables, deteriorando la calidad de vida del mismo.

Objetivos: Valorar cual es el rol de la ligadura de venas comunicantes en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Determinar los índices de curación y recidiva de las úlceras venosas, así como el grado de satisfacción de los pacientes.

Material y métodos: se trata de un trabajo de revisión. Se realizó una búsqueda en PUBMED, de los últimos 10 años (2001-2011). Utilizando como palabras claves: venous ulcer, subfascial endoscopic perforator surgery.

Resultados: Se analizaron 20 artículos. La curación de las úlceras oscilo en las diferentes series de una 80 a un 100%. Mas del 70% en los primeros 2 meses. Las recidivas fueron variables de 0 a 18 % en lapsos de 1 a 60 meses. Con una media de 7 meses (1-31) el 91% de los pacientes están satisfechos del tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: En ausencia de estudios prospectivos randomizados, el mayor beneficio de la ligadura de perforantes subaponeurotica video asistida se encuentra en aquellos pacientes con insuficiencia venosa crónica C5 y C6, con perforantes insuficientes de 3,5 mm de diámetro, con úlceras crónicas que no han mejorado con los tratamientos médicos.

34 - ÚLCERAS DE MMII DE ORIGEN VENOSO

Dr. Miguel Ángel Tellechea
URUGUAY

La lesión ulcerada de MMII, de origen venoso, es la etapa final de descomposición tisular originada por la insuficiencia venosa de los mmii, asentando, habitualmente, en pierna, en la región maleolar interna, lo más frecuente, o externa.

Responde a una serie de causas vasculares que se centran en la insuficiencia del sector comunicante primordialmente, y a la que confluyen otras circunstancias tales como la obesidad, el sedentarismo y la larga estancia de pie.

Si bien, en estos territorios en dable encontrar lesiones ulceradas de otros orígenes (arteriales, por presión, traumáticas, etc.), nos limitaremos a tratar las de causa venosa, que, por otra parte, constituyen más del 70% de las mismas, sin, por ello, dejar de referir la importancia de su diagnóstico diferencial.

Por su elevada frecuencia, por su alto índice de reapariciones, por lo tedioso que resulta su tratamiento en virtud de los largos períodos que conlleva, por la escasa información que poseen quienes la refieren a cirugía, recurriendo, una vez sí y la otra también al placebo de los cultivos bacteriológicos, por la gran dispersión farmacológica que la industria provee para el uso, por lo tanto, los elevados costos asistenciales que implica, sin un rumbo muy claro, es que se considera trascendente la revisión de tratamientos, fundamentalmente controlados por un equipo que atienda específicamente a ello.

No son pocas las instituciones que, a través del tiempo se han motivado para la formación de este tipo de policlínicas, en las que, dirigidas por un médico, habitualmente de orientación quirúrgica y con personal de enfermería adiestrado y motivado, se emplean principios fundados, materiales responsablemente seleccionados y adecuados a cada etapa evolutiva de la lesión, con un seguimiento programado, cuyos resultados han contribuido a mejorar la situación.

En la institución en que trabajamos mayoritariamente, desde el año 2007, se conformó una policlínica de atención especial para esta patología. En ella se sustentan fundamentalmente los principios de curación en ambiente húmedo, el soporte elástico permanente y la adecuación de la medicación a cada etapa evolutiva, a través del seguimiento y control periódico.

- I. (fundamentos de la curación en ambiente húmedo y esquema de tratamiento farmacológico, según las diferentes etapas)
- II. (fundamentos de la utilización de soporte elástico permanente, materiales utilizados, instrucción de uso)
- III. (discusión sobre la indicación de estudio bacteriológico)

33 - ROL DE LA LIGADURA DE VENAS PERFORANTES SUBAPONEUROTICAS POR VÍA VIDEOASISTIDA, EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CON ÚLCERAS VENOSAS

Dres.: Joaquin Pereyra, Gustavo Vitancurt
URUGUAY

Contexto: La insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores es una patología frecuente, generando un gran problema de salud. El mismo determina, dolor al paciente, inmovilidad, ausentismo laboral y

IV. Presentación de la experiencia institucional. Imágenes de la policlínica, imágenes de úlceras en diferentes etapas de tratamiento, (idea: presentación de paciente tipo, ejemplo de curación con hidrogeles, hidrocoloides, cremas con Ag y apósitos de carbón y Ag y apósitos tópicos, terminando con esquema de curación.) planillas de seguimiento, promoción de cuidado de factores de riesgo, informe de resultados clínicos y mención a la información de resultados económicos institucionales.

V. Conclusiones. a. universalización institucional de pautas de tratamiento.

VI. b. uso permanente de medidas de soporte elástico

VII. c. utilización de curación en ambiente húmedo

VIII. d. enseñanza de medidas de auto cuidado, con reducción de factores de riesgo como obesidad y sedentarismo, promoción de estímulo circulatorio.

IX. e. control permanente durante la patología y evaluación periódica de funcionamiento.

35 -TRATAMIENTO DEL CÁNCER INCIDENTAL DE VESÍCULA

Dr. Javier C. Lendoire
ARGENTINA

El cáncer de vesícula es el tumor más frecuente de la vía biliar con una incidencia del 2,6/ 100.000 hab. en los Estados Unidos. 6,7 en Salta (Argentina) y 17,8 en Chile. Hasta mediados de la década del 90 los resultados publicados en series numerosas mostraban supervivencias de solo 5% a los 5 años. En la última década, se han mostrado resultados prometedores, con supervivencias del 35 al 38%. En ello han influido factores como el desarrollo de mejores métodos de diagnóstico, la universalización de la colecistectomía laparoscópica, los avances en la paliación mini-invasiva, la aplicación de resecciones ampliadas y por último los recientes avances en quimioterapia adyuvante y neoadyuvante para este tumor. Si bien la cirugía es el único tratamiento curativo, desafortunadamente la mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad localmente avanzada o metástasis al momento del diagnóstico, siendo menos de un 20% los pacientes candidatos a un tratamiento quirúrgico.

El **cáncer incidental** o sea el hallado durante la colecistectomía o en el estudio histopatológico de la vesícula es el más frecuente (<1% de colecistectomías realizadas) y se diferencia del «no incidental» o sea aquel con sospecha diagnóstica previa a la cirugía vesicular. En la era laparoscópica ha aumentado su frecuencia probablemente relacionado a la indicación precoz de la colecistectomía. Ante la sospecha intraoperatoria de un cáncer de vesícula debe plantearse suspender la colecistectomía. Es primordial no realizar maniobras que puedan comprometer la reseccabilidad (biopsia en el plano tumoral, derrame de bilis, etc). La ausencia de un consentimiento y de la estadificación adecuada habitualmente imposibilitan continuar con la resección. Estudios recientes no muestran diferencias en supervivencia entre la resección inmediata versus la resección diferida en el cáncer incidental de vesícula biliar. Hay evidencia de tipo 3 que ante la sospecha preoperatoria debe evitarse el abordaje laparoscópico, ya que la pérdida de bilis durante la colecistectomía (20-44%) se asocia a un 71% de recurrencia tumoral. No cambia la evolución la extracción con bolsa o la resección de los sitios de introducción de los trocares en caso que estos sean positivos, ya que la presencia de infiltración tumoral determinará progresión tumoral peritoneal. El diagnóstico más frecuente del cáncer incidental de vesícula es en el postoperatorio, tras el análisis histopatológico de la pieza de colecistectomía, que nos definirá el estadio T (tumor). La clasificación actualmente utilizada es la 7ª del AJCC (American Joint Committee on Cancer) que ha variado con respecto a la 6ª en la incorporación del N2. Actualmente los ganglios cístico, coledociano, retroportal y peri arteria hepática son N1 y los celiaco, mesentérico superior e intercavo aórtico son N2. La invasión ganglionar metastásica se correlaciona con el estadio T (T1a 2%, T1b 15%, T2 40-60%, T3 75%). Si bien la cirugía radical es la mejor opción curativa para el cáncer de vesícula aun hoy su aplicación es inadecuada. Así vemos en un estudio reciente realizado en Estados Unidos sobre 4631 pts la aplicación inadecuada de la cirugía recomendada acorde al estadio tumoral

que solo se efectuó en el 2%. En esta presentación valoraremos las siguientes variables:

1) **Laparoscopia diagnóstica:** de utilidad para la detección de carcinomatosis peritoneal y metástasis a distancia. Algunos estudios previos cuestionan el valor de su utilización rutinaria en tumores incidentales T1b y T2, por su bajo rédito diagnóstico en dichos estadios tempranos.

2) **Colecistectomía como único tratamiento:** es el tratamiento indicado para el T1b considerando que el margen cístico sea negativo.

3) **Resección hepática:** está indicada en los pacientes con tumores incidentales T1b, T2 y T3. La magnitud de la resección ha sido motivo de discusión. Dos tipos de resección son las más frecuentemente utilizadas: la resección no anatómica del lecho vesicular y la bisegmentectomía 4B-5. Si bien el tratamiento del T1b ha sido motivo de debate, actualmente es consenso que la resección radical en este estadio aumentaría la expectativa de vida. La aplicación de la bisegmentectomía presentaría ventajas para la obtención de márgenes negativos, extirpando un mayor territorio correspondiente a las venas císticas y mejorando la supervivencia en el T2 tal como ha sido demostrado recientemente en un estudio alemán. Con respecto a las resecciones mayores (≥ 3 segmentos) su aplicación en el cáncer incidental de vesícula varía del 8 al 40%. En el Hospital Argerich hemos realizado un estudio presentado en la Academia Argentina de cirugía sobre 52 pacientes evaluados con cáncer de vesícula, 67% incidentales, de los cuales el 58% fueron tratados quirúrgicamente con intención curativa. La supervivencia a 5 años fue del 54% y analizando por separado los tumores incidentales la supervivencia fue del 88% en T2N0M0 (E1B de la 6ta AJCC, E2 de la 7ª AJCC)

4) **Linfadenectomía:** La linfadenectomía recomendada es la N1 (ganglios cístico, pericoledociano, periaarteria hepática, periportal)

5) **Resección de la vía biliar:** la recomendación es su aplicación selectiva, solo en pacientes que muestren infiltración del cístico o de la vía biliar. El número de ganglios extirpados es similar en pacientes con o sin resección de la vía biliar y la morbilidad es menor en aquellos sin resección de la misma.

6) **Resección de puertos de laparoscopia:** Solo tiene una función estadificadora. Algunos autores han dejado de utilizar este procedimiento ya que no presenta beneficios para el paciente con infiltración peritoneo-parietal.

7) **Resección ampliada:** es de aplicación ocasional en el cáncer incidental, solo en pacientes mal estadificados inicialmente

8) **Anatomía Patológica:** nuestra serie ha mostrado resecciones R0 en el 96%. Todos los pacientes presentaron adenocarcinomas, moderadamente diferenciados en el 75%, con invasión del parénquima hepático en el 41%, invasión vascular en el 10% e invasión perineural en el 7%

9) **Factores pronóstico:** El estudio univariado mostró que las variables significativas de supervivencia fueron: Edad > 60 años, Estadio tumoral, T (extensión tumoral), N (invasión ganglionar) e invasión vascular

En el multivariado la extensión tumoral (T) solo mostró significación estadística. La recurrencia fue predominantemente en hígado y peritoneo

Conclusiones:

- El cáncer de vesícula es una entidad de continuo desafío y progreso para el cirujano HPB
- El cancer incidental (T1b, T2 y T3) deberá ser tratado mediante una resección hepática + linfadenectomía.
- Si bien la magnitud de la resección parenquimatosa aún es motivo de debate recomendamos la resección 4b-5 en tumores T1b, T2 y T3
- La linfadenectomía deberá ser rutinaria involucrando los ganglios N1 de la 7a AJCC
- La extensión tumoral (T) ha sido el factor pronóstico más relevante hallándose invasión parenquimatosa hepática en el 41%
- Futuros estudios con quimioterapia neoadyuvante podrán redefinir el momento óptimo de la cirugía resectiva ante el hallazgo de enfermedad avanzada

Bibliografía recomendada:

1. Jensen J *Gastrointest.Surg.* 2009;13:722-727.
2. Huelman MT *Ann.Surg.Oncol.* 2009;
3. Shih SP *Ann.Surg.* 2007;245:893-901.
4. Araida T *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2009;16:204-215
5. Fong Y *Ann Surg* 2006;243:767-771
6. Pawlik TM *J Gastrointest Surg* 2007;11:1478-1486
7. Duffy, A *J Surg Oncol* 2008;98:485-489
8. Dixon E *Ann Surg* 2005;241:385-394
9. Lendoire J *Rev Arg Cirug* 2009;97(5-6): 179-190

OR1 - MANEJO QUIRÚRGICO POR LAPAROSCOPIA DE LA ACALASIA

Dres.: Navarrete A., S.; Leyba, J.; Navarrete LI S.; Sánchez, N.; Carbón, M.

Servicio de Cirugía Dos. Hospital Un versitano de Caracas. Venezuela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica de causa desconocida, caracterizado por aumento de la presión del esfínter esofágico inferior (EEI) con falta de relajación del mismo durante la deglución, acompañado de un trastorno en la peristalsis normal del esófago. El objetivo del tratamiento de esta entidad es disminuir la presión del EEI por debajo de los valores alcanzados por las ondas peristálticas del esófago, ya que no existe forma alguna de restablecer la motilidad esofágica normal, así como tampoco la respuesta de relajación del EEI durante la deglución. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia con la seromiotomía por laparoscopia asociada al pliegue fúndico tipo Dor y Toupet, en pacientes con acalasia.

MATERIALES y MÉTODOS: Entre mayo 1999 y febrero 2011 se operaron 52 pacientes, 28 mujeres (53,84%) y 24 hombres (46,15%), con acalasia, 5 con recidiva de la misma. Fueron sometidos a seromiotomía por laparoscopia con funduplicatura anterior tipo Dor en 41 casos (78,84%), y posterior tipo Toupet en 11 casos (21,15%). La edad promedio fue de 54,54 años (12–86 años). Todos los pacientes presentaban disfagia a sólidos, líquidos y pérdida de peso. La presión preoperatoria promedio del EEI fue de 47 mmHg y en todos los casos la relajación del EEI fue incompleta y la bomba esofágica era incompetente. Cinco pacientes se habían realizado dilatación esofágica previa.

RESULTADOS: Todos los casos se completaron exitosamente por laparoscopia, con un tiempo operatorio promedio de 101 minutos. Ningún paciente necesitó analgésicos después de las primeras 24 horas del postoperatorio, y el período promedio de hospitalización fue de 2 días (1–3 días). Como complicaciones se presentó un caso de broncoaspiración, sin mortalidad en esta serie. El seguimiento de los pacientes indica un resultado excelente según los criterios de Ellis, con desaparición de la disfagia y retorno a las actividades diarias.

CONCLUSIONES: Concluimos que la seromiotomía anterior laparoscópica es segura y efectiva como tratamiento para pacientes con acalasia.

OR2 - APRENDIZAJE DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL INTERIOR DEL PAÍS. ANÁLISIS DE 183 CASOS OPERADOS POR RESIDENTES.

Dres.: Alberti, L.; Bonilla, S.; Fender, C.; Montero, L.; Beron, M.; Hornos, J.

Hospital Escuela del Litoral «Galón y Rocha»; Paysandú, Uruguay.

Jefe de Servicio de Cirugía, Dr. Daniel Pignata

ANTECEDENTES: el aprendizaje de la cirugía laparoscópica es actualmente imprescindible para la formación integral de los nuevos cirujanos y debe formalizarse durante el curso de la residencias.

OBJETIVOS: 1- Análisis de la experiencia y resultados de las colecistectomías laparoscópicas realizadas por residentes de cirugía general. 2- Demostrar la factibilidad y seguridad del procedimiento en un centro del interior del país.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron 183 pacientes, operados en el período setiembre 2008 / marzo 2011, portadores de litiasis vesicular, sometidos a colecistectomía: urgentes 37 (20 %) pacientes y 146 (80 %) casos de forma electiva. De estos, 16 (8,7%) fueron hombres y 167 (91,3 %) mujeres.

Se practicó colecistectomía laparoscópica en todos los casos. Las cirugías fueron realizadas por residentes de primer (1%), segundo (7%), tercer (33%) y cuarto (43%) año, todas debidamente tutorizadas. En el restante 16% fueron realizadas por los tutores, actuando los residentes como ayudantes.

Se analizaron la incidencia de complicaciones, conversión a cirugía abierta y estancia hospitalaria.

RESULTADOS: la tasa global de complicaciones fue de 2,18%, dentro de las cuales se destaca un 1,09% de lesión quirúrgica de la vía biliar principal. La tasa de conversión fue de 2,18%. No hubo mortalidad.

CONCLUSIONES: los resultados obtenidos son comparables con series de similares características centros, en cuanto a mortalidad, complicaciones y tasa de conversión.

El aprendizaje de la técnica por parte de los residentes en un centro del interior puede ser realizado de forma segura para el paciente y el cirujano responsable.

Bibliografía:

1- Luis Ibáñez A. y cols. Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 59 - Nº 1, Febrero 2007.

OR3 - NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL

Dres.: Viola Malet, M., Castelli, F., Zeballos, J., Rodríguez, P., Laurini, M., Cassinelli, J., Pino, A., Pereyra, J., Belderrain, L., Bonilla, F., Canessa, C. y Viola Nuñez, H.

Departamento de Cirugía de MUCAM. Prof. Agdo. Emil Kamad

Clínica Quirúrgica «B», Prof. Agdo. Dr. César Canessa. Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay.

ANTECEDENTES: El advenimiento de la cirugía laparoscópica ha tenido un gran impacto en la cirugía gastrointestinal en los últimos 20 años; siendo ésta el desarrollo técnico más importante en cirugía colorrectal de los últimos 10 años, teniendo un impacto significativo en la formación y resultados de esta cirugía.

El entusiasmo observado con la colecistectomía laparoscópica se vio limitado en la cirugía laparoscópica intestinal por varios factores: trabajo en distintos campos del abdomen, visión limitada del retroperitoneo, extracción de una pieza voluminosa y necesidad de realizar anastomosis.

Las publicaciones de trabajos prospectivos randomizados en las cuales no se observó una diferencia en el pronóstico de los pacientes, hizo resurgir el interés por el acceso laparoscópico del cáncer colorrectal.

Hoy en día el abordaje laparoscópico del cáncer colorrectal es una realidad y existen fundamentos sólidos que éste no compromete los principios oncológicos y presenta beneficios respecto al abordaje abierto. Dados por el hecho de acompañarse de un trauma quirúrgico menor, traducido en un menor uso de analgésicos, menor íleo postoperatorio, estadía hospitalaria más breve y reintegro social y laboral más rápido.

OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico del cáncer colorrectal, en cuanto a factibilidad y seguridad del mismo, resultados quirúrgicos a corto plazo y la radicalidad oncológica.

MATERIAL Y MÉTODO: Analizamos la cirugía laparoscópica colorrectal de MUCAM y la Clínica Quirúrgica «B» del Hospital de Clínicas; se operaron 48 pacientes entre Noviembre 2007 y Setiembre 2011.

RESULTADOS: Se intervinieron 27 mujeres y 21 hombres, promedio de edad 64 años, el tiempo quirúrgico promedio fue de 159 minutos.

La mortalidad operatoria 2,2%, la morbilidad parietal 14% y 6% de falla de sutura.

41 pacientes intervenidos por adenocarcinoma, 1/3 tenían ganglios positivos; 70% presentaban tumores T3, todas fueron resecciones R0 y promedialmente se resecaron 16 ganglios.

CONCLUSIONES: A través de nuestra experiencia en cirugía laparoscópica creemos que ésta es una cirugía factible de realizar en nuestro medio y segura del punto de vista técnico.

Respecto a la radicalidad oncológica todos los tumores fueron resecados con márgenes negativos (R0) y en cuanto a la linfadenectomía esta fue satisfactoria, 16 ganglios promedio, con una morbilidad comparable a series internacionales.

OR4 - RE-GASTRECTOMÍA EN MANGA

Dres.: Beraldo, G.*; Taroco, L.*; Santiago, P.*; Rivero Amespil, P.**

*Seccional esófago-gástrica. Servicio Cirugía General.

**Servicio de sobrepeso y obesidad.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay.

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía en manga como procedimiento bariátrico surgió como etapa inicial de procedimientos quirúrgicos más complejos como el cruce o switch duodenal y fue ganando su lugar como procedimiento definitivo al evidenciarse buenos índices de pérdida de peso en paciente correctamente seleccionados. En el presente trabajo presentamos 3 pacientes de nuestra serie de 70 gastrectomías en manga, a los que se les realizó una re-gastrectomía en manga, ya que presentaron estabilización precoz del descenso y posterior ganancia de peso.

MATERIAL Y METODOS: Entre junio 2006 y setiembre de 2011, a 3 pacientes de nuestra serie se les realizó una re-gastrectomía en manga debido a la estabilización precoz y posterior ganancia de peso. Los tres casos presentaban una eventración de la incisión mediana, que condicionaba por se la indicación quirúrgica. En los tres casos la imagenología preoperatoria (esófago-gastro-duodeno) demostró una manga gástrica dilatada.

RESULTADOS: En todos los casos fue un procedimiento técnicamente sencillo, sin complicaciones intraoperatorias. Uno de los pacientes presentó una fuga en el sector alto de la línea de sutura requiriendo re-intervención y posterior drenaje percutáneo, con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES: La dilatación del tubo gástrico, así como el abandono del seguimiento nutricional son las principales causas de estabilización precoz y posterior ganancia de peso en estos pacientes. La realización de una re-gastrectomía en manga es efectiva a corto y mediano plazo, si bien todavía no hay datos evolutivos alejados. Este procedimiento puede incluirse como una alternativa terapéutica más en los pacientes donde el resultado de la gastrectomía en manga no es el esperado. La literatura actual generalmente recomienda la conversión a bypass en casos de recaída luego de la manga.

OR5 - RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE LA GASTRECTOMÍA EN MANGA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA.

Dres.: San Martín, G.*; Beraldo, G.*; Santiago, P.*; Taroco L.; Rivero Amespil, P.**

*Seccional de cirugía esófago-gástrica; **Servicio sobrepeso y obesidad.

Hospital Central de las fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay.

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía en manga como procedimiento bariátrico surgió como etapa inicial de procedimientos quirúrgicos más complejos como el cruce o switch duodenal y fue ganando su lugar como procedimiento definitivo al evidenciarse buenos índices de pérdida de peso a corto y mediano plazo, asociado a una baja morbi-mortalidad en paciente correctamente seleccionado.

OBJETIVOS: Mostrar los resultados obtenidos en la seccional de cirugía esófago-gástrica en cirugía bariátrica

METODOS: Estudio retrospectivo de 70 casos de pacientes sometidos a gastrectomía en manga.

RESULTADOS: Entre junio 2006 y agosto del 2011 fueron operados 70 pacientes; 46 mujeres y 24 hombres. La edad promedio fue de 40 años (rango de 23- 63). El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 47,5 Kg/m² (rango entre 36,5- 72,7). La morbilidad global fue de 12,8% y la mortalidad de 2,8%. Las complicaciones se presentaron más frecuentemente en súper-obesos (IMC mayor de 50 kg/m²). El promedio de estadía hospitalaria fue de 4,5 días (rango 3-30). La media de % exceso de IMC perdido (%EIMCP), fue de 50,6 a los 6 meses; de 64,4 a los 12 meses; y de 62,6 a los 18 meses.

CONCLUSIONES: La gastrectomía en manga ha demostrado buenos resultados a corto y mediano plazo en lo que ha pérdida de peso se refiere, asociado a una baja morbi-mortalidad.

Palabras Gastrectomía en manga, Sleeve gastrectomy, obesidad mórbida.

OR6 - CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Dres.: Santiago, P.*; Beraldo, G.; Rappa, J.; Massafiero, G.; Blanco, J.; Rodríguez, J.L.

SECCIONAL CIRUGÍA BARIÁTRICA.

CLINICA QUIRÚRGICA «2», Prof. Dr. José Luis Rodríguez Iglesias.

HOSPITAL MACIEL. MONTEVIDEO, URUGUAY.

*Prof. Adjunto Clínica Quirúrgica 2

INTRODUCCIÓN: Dado el demostrado fracaso de los tratamientos médicos en pacientes con obesidad mórbida, presentando una tasa de recaída superior al 90 % a mediano y largo plazo, la cirugía bariátrica se ha convertido en la mejor opción terapéutica en la actualidad. La correcta selección de los pacientes y procedimientos se asocian con una baja tasa de morbi-mortalidad y buenos resultados en cuanto a pérdida de peso. a corto y mediano plazo, quedando aun la prueba del tiempo para valorar su resultado a largo plazo.

OBJETIVO: Analizar la experiencia en cirugía bariátrica de nuestra clínica, en un hospital público. Mostrar la transición de cirugía convencional a laparoscópica, analizando la morbilidad-mortalidad y resultados a corto y mediano plazo.

METODOS: Estudio retrospectivo de 24 casos de pacientes sometidos a gastrectomía en manga.

RESULTADOS: Entre noviembre 2009 y agosto 2011 fueron operados 24 pacientes. Los criterios de selección fueron: IMC > 40 o IMC > 35 con comorbilidades, asociado a un riesgo quirúrgico aceptable vinculado edad y terreno.

El procedimiento elegido fue la gastrectomía en manga o «Sleeve Gastrectomy», optando inicialmente por el abordaje laparotómico (75%), pasando luego al abordaje laparoscópico (25%). Las complicaciones menores fueron de 12,5% (2 neumonías intra-hospitalarias y un seroma), y las mayores de 8,3% (2 fugas), que requirieron una re-intervención, con 0% de mortalidad.

El seguimiento mostró una tendencia a la disminución de peso mantenida en todos los casos, incluso luego de 2 años. En los pacientes que completaron 6 meses de evolución el porcentaje de exceso de IMC perdido promedio fue de 60%. No se presentaron recaídas o ascenso de peso.

CONCLUSIONES: La cirugía bariátrica es realizable en el contexto de la asistencia pública con baja morbi-mortalidad y buenos resultados. El abordaje laparoscópico en manos entrenadas es seguro y beneficioso.

OR7 - APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Dres: Salom, A.; Perini, M.J.; Cubas, S.

Servicio de Cirugía General del Hospital Central FF.AA, Montevideo, Uruguay.

ANTECEDENTES: La apendicectomía laparoscópica de las apendicitis agudas no complicadas es un procedimiento sencillo de la cirugía videoasistida.

Es también posible tratar por laparoscopia las formas complicadas con peritonitis difusas agudas y localizadas, cuando se tiene experiencia en cirugía laparoscópica y en el tratamiento de las formas simples.

OBJETIVO: Mostrar los resultados obtenidos en el tratamiento por laparoscopia de pacientes portadores de apendicitis agudas simples y con complicaciones peritoneales (peritonitis difusas y localizadas).

DISEÑO: Observacional, retrospectivo, descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODO: La serie está constituida por 148 pacientes tratados entre noviembre de 1998 y julio de 2010. Las edades oscilaron entre 7 y 72 años con un promedio de 29 años. 67 hombres y 81 mujeres. 126 presentaron una apendicitis no complicada (39 congestivas, 73 flemosas, 13 gangrenosas); 22 presentaron una forma complicada (14 peritonitis difusas y 8 localizadas).

RESULTADOS: La mortalidad de la serie fue de 0. La morbilidad fue baja, observándose un mayor número de complicaciones en las formas de peritonitis localizadas (abscesos y plastrones). Las complicaciones infecciosas de las heridas fue casi 0.

CONCLUSIONES: El tratamiento por laparoscopia de las apendicitis simples y complicadas tiene buenos resultados, destacándose la menor morbilidad peritoneal.

Palabras clave: apendicectomía laparoscópica

OR8 - INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS. ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL. CREACIÓN DE PROTOCOLO DE ACCIÓN.

Dres.: Massafiero, G.*; Trostchansky, J.
Departamento De Emergencia.Hospital Maciel.
Montevideo, Uruguay.

*Residente de la Clínica Quirúrgica 2

INTRODUCCIÓN: La ingesta de cuerpos extraños accidental es motivo frecuente de consulta en la población pediátrica. En el adulto ésta es intencional y se da en una población con características particulares como ser reclusos y pacientes psiquiátricos. Su correcto manejo es esencial para el pronóstico del paciente y para no dilapidar recursos.

OBJETIVO: Conocer la realidad de este problema asistencial en nuestro hospital, para compararlo con evidencia publicada de otros centros y así diseñar guías de actuación.

MÉTODOS: La información se recolectó en forma prospectiva durante un año (Abril 2010-Abril 2011). Se diseñó un formulario estandarizado y cerrado contemplando todos los aspectos de interés concernientes a la patología, así como su diagnóstico y tratamiento por parte del médico actuante.

RESULTADOS: La muestra constó de 28 pacientes. El 52% provenía de instituciones psiquiátricas y el 42% eran reclusos, un caso no pertenecía a ninguna de las 2 categorías. El 55% se presentó de forma asintomática, el 38% lo hizo con dolor abdominal, un solo paciente (7%) presentó dolor torácico. En el 96,5% de los casos se localizó el cuerpo extraño a nivel abdominal. El 75% eran objetos no corto-punzantes y dentro de éstos el 66% eran bombillas, 25% eran conto-punzantes. En 9 casos se otorgó el alta sin mediar conducta activa. En el 64% del total de los casos se realizó una FGC, siendo terapéuticas el 53% de las mismas. De todos ellos 6 pacientes (21%) fueron operados. En 5 de ellos previamente se realizó una endoscopia no terapéutica, el restante se presentó como una peritonitis aguda.

CONCLUSIONES: La ingesta de cuerpos extraños es una consulta frecuente y compleja, por ello se requiere un manejo bien estandarizado. La protocolización evita los errores de manejo en este tipo de pacientes y mejora los resultados terapéuticos.

OR9 - CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE PANCREAS NO FUNCIONANTES

Dres.: Ritondale, O.; Ruiz, H.; Garcia, F.; Ozcoide, P.; Gutierrez, J.; Alvarez, F.
Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas., Villa Sarmiento, Buenos Aires, Argentina.

ANTECEDENTES: Los carcinomas neuroendócrinos de páncreas presentan una baja incidencia.. Pueden ser funcionantes o no

funcionantes (CNNF). Los CNNF representan el 35-50% del total y de ellos un 5-10% al momento del diagnóstico presentan metástasis. La cirugía es el único tratamiento curativo. El tratamiento quirúrgico es la duodenopancreatectomía céfalica (DPC) o esplenopancreatectomía-corporocaudal.

OBJETIVO: Presentar la experiencia de nuestro servicio, en pacientes que fueron intervenidos con CNNF.

MATERIAL Y MÉTODO: Observacional retrospectivo. Evaluación de historias clínicas entre enero 2008 y junio 2011. Evaluando clínica de ingreso, laboratorio, estudios complementarios, intervención realizada, complicaciones y evolución alejada.

RESULTADOS: De 37 tumores de páncreas operados, 5 fueron CNNF, 3 mujeres, 2 varones, edad media 46.6. El síntoma más frecuente fue ictericia y pérdida de peso. La media de bilirrubina fue 11,6mg/dl, fosfatasa alcalina media de 994 UI/L.. La pérdida de peso promedio 5 kg. La ubicación 4 céfalica y uno cuerpo-cola. En todos los casos se realizó ecografía, TAC, endoscopia digestiva alta y marcadores. En un caso se realizó ecoendoscopia. Fue necesario drenaje biliar 2 CPRE y 1 TPH. En 4 pacientes se realizó DPC con conservación de píloro (video de 3 minutos con técnica) y en uno esplenopancreatectomía-corporocaudal. La media de internación fue de 10 días. Como complicaciones se registró: una fístula pancreática de bajo débito. Un paciente en POP alejado, reingresó por hemorragia digestiva masiva, evolucionando al fallo multiorgánico y óbito. Anatomía patológica: 2 carcinomas bien diferenciados y 3 poco diferenciado, todos estadio 2 o 3, recibiendo adyuvancia. Un paciente por recaída recibe tratamiento de segunda línea.

CONCLUSIONES: Los CNNF de páncreas en nuestra casuística representa el 13,5% de los pacientes estudiados, similar a la bibliografía consultada. La morbilidad fue del 20% (fístula pancreática). No hubo mortalidad en el postquirúrgico inmediato. Pero un paciente obitó por hemorragia digestiva alta, en el transcurso del tratamiento adyuvante. La necesidad del presente reporte es la infrecuente incidencia de este tipo de tumores.

OR10 - Nódulo Tiroideo Solitario en el departamento de Paysandú: Estado actual del problema, análisis del periodo 1999 - 2010.

Dres: Pignata, D.; Hornos, J.; Rey, U.; Fender, C.

Servicio de cirugía de Hospital Escuela del Litoral – Servicio de Cirugía de COMEPA. Paysandú Uruguay.

ANTECEDENTES: a pesar de los avances de las técnicas diagnósticas vistos en las últimas décadas en la cirugía general, su aplicación a la cirugía tiroidea, en particular al estudio del nódulo tiroideo solitario (NTS) no ha generado cambios sustanciales. La indicación quirúrgica no ha variado en forma notoria, y la tasa enfermedad benigna tiroidea sometida a cirugía permanece próximo a los niveles históricos de la segunda mitad del siglo XX. Esto constituye la base actual del problema de esta entidad clínico patológica. A la fecha, las publicaciones nacionales no son numerosas por lo que las decisiones son tomadas considerando datos obtenidos de otros centros, algunos de referencia mundial, cuyas realidades distan de la nuestra en particular.

OBJETIVOS: valorar la metodología diagnóstica aplicada a los pacientes sometidos a cirugía por nódulo tiroideo solitario. Determinar la incidencia real de cáncer en nuestro medio entre estos pacientes. Objetivar los resultados de la cirugía tiroidea por nódulo tiroideo solitario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron 99 pacientes a quienes se les indicó cirugía por NTS. Se realizaron en forma preoperatoria: determinación de hormonas tiroideas, ecografía tiroidea al con doppler, punción aspiración aguja fina (PAAF) Se les practicó tiroidectomía total / subtotal. La consulta intraoperatoria con patólogo o biopsia extemporánea se practicó en el 21 % de los casos.

RESULTADOS: La determinación de hormonas tiroideas se realizó al 100% de los pacientes, ecografía cervical al 100%, con doppler a 20% (a partir de 2005). La PAAF se realizó a 95%. Se practicaron 99 cirugías en total de las cuales se realizó tiroidectomía total / casi total en el 58 % de los pacientes. Tiroidectomía subtotal al 35%. La incidencia de cáncer entre los NTS es de 29,3%. La tasa de complicaciones global fue de 1.69%. Destacándose un 0% de lesión recurrencial y 0% de hematomas compresivos de cuello.

CONCLUSIONES: Mantenemos aún grandes limitaciones para arribar a un certero diagnóstico preoperatorio de malignidad en el NTS. La PAAF en nuestro medio no logra reproducir los resultados de series internacionales. La incidencia real de cáncer se aproxima a la expresada en series extrajerías y nacionales previas. Los resultados postoperatorios son buenos con baja tasas de complicaciones y comparables a centros de referencia.

OR11 - PROCEDIMIENTO «LIFT» PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS PRELIMINARES EN EL HOSPITAL MACIEL

Dres.: Barberousse, C.; Bado, J.; Chinelli, J.; Moldes, M.; Blanco, J.; González, S.
Hospital Maciel, Clínica Quirúrgica 2, Prof. Dr. J. L. Rodríguez, Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES: Las fístulas complejas constituyen el 10 % de las fístulas perianales e incluyen a aquellas cuyo trayecto involucra más del 50 % del esfínter anal externo. El procedimiento de LIFT, es decir la ligadura del trayecto fistuloso en el espacio interesfínteriano, por su sencillez y buenos resultados surge como una alternativa alentadora en el manejo de esta patología

OBJETIVO: Introducir en nuestro medio el conocimiento de esta técnica y evaluar los resultados preliminares de la misma en la unidad de coloproctología del Hospital Maciel

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el año 2011 se realizó el procedimiento de LIFT en cinco pacientes portadores de fístulas perianales complejas. En todos los casos se colocó un sedal de drenaje durante un período de dos meses previo a la cirugía. La continencia previa era perfecta en todos los pacientes. Se describió la técnica y se analizaron sus resultados peri operatorios y a los dos meses de realizada. Se consideró fundamentalmente la resolución definitiva de la fístula y la afectación o no de la continencia anal (score de Wexner).

RESULTADOS: Tiempo operatorio medio de 45 minutos. Media de internación de cinco días. Tres pacientes obtuvieron la curación definitiva, un paciente presentó una recidiva interesfínteriana con posterior fistulotomía y un paciente presentó una recidiva con un trayecto transefínteriano pero con escasa supuración, el cual por ahora está siendo controlado. En todos los casos el puntaje de Wexner a los dos meses fue de 0, es decir, con continencia perfecta.

CONCLUSIONES: El procedimiento de LIFT muestra muy buenos resultados de curación para la fístula perianal compleja, con riesgo bajo o nulo de incontinencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphachiva K. *J Med Assoc Thai.* 2007 Mar;90(3):581-6. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract.
- Ooi K, Skinner I, Croxford M, Faragher I, McLaughlin S. *Colorectal Dis.* 2011 Aug 11;14(6):1318. Managing fistula-in-ano with ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) procedure: The Western Hospital experience.

OR12 - RESULTADOS ALEJADOS DE LA ESFINTEROTOMÍA INTERNA LATERAL EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD COLORECTAL DEL HOSPITAL MACIEL

Dres.: Barberousse, C.; Chinelli, J.; Blanco, J.; González, S.
Clínica Quirúrgica 2, Prof. Dr. J. L. Rodríguez, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES: La esfinterotomía interna lateral es el tratamiento de elección de la fisura anal cuando fracasa el tratamiento médico. Tiene una elevada tasa de éxito pero como contrapartida puede presentar hasta en un 10 % grados variables de incontinencia

OBJETIVO: Evaluar los resultados alejados de la esfinterotomía interna lateral en una serie de pacientes portadores de fisura anal

MATERIAL Y MÉTODO: Se evaluaron 20 pacientes portadores de fisura anal en quienes se realizó una esfinterotomía interna lateral aproximadamente al año de la misma. La evaluación fue realizada mediante entrevista personal o telefónica. Se analizó fundamentalmente dos aspectos: recidiva de la sintomatología y función esfínteriana.

RESULTADOS: la totalidad de los pacientes fueron dados de alta dentro de las 24 horas del postoperatorio con niveles bajos de dolor postoperatorio, controlado con analgésicos orales. A los diez días del postoperatorio no presentaron complicaciones mayores ni dolor anal intenso en ningún caso. Al año de controlados no se constataron recidivas de la fisura anal. Los niveles de continencia fecal fueron perfectos en 17 pacientes (score de Wexner 0) y en tres pacientes (15%) se constató incontinencia para gases y excepcionalmente para materias líquidas (score 5)

CONCLUSIONES: La esfinterotomía interna lateral sigue siendo una opción muy segura para el tratamiento de la fisura anal, con niveles muy altos de curación y muy bajos de secuelas en la función esfínteriana, afectando principalmente la continencia para gases

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gülsen Kiyac et al. *Results of Lateral Internal Sphincterotomy with Open Technique for Chronic Anal Fissure: Evaluation of Complications, Symptom Relief, and Incontinence with Long-Term Follow-Up.* *Dig Dis Sci* (2009) 54:2220-2224
2. N.A. Rotholtz, M. Bun, M.V. Mauri, R. Bosio, C.E. Peczan, N.A. Mezzadri. *Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy.* *Tech Coloproctol* (2005) 9:115-118
3. Jim S Khan et al. *Subcutaneous lateral internal sphincterotomy (SLIS)—a safe technique for treatment of chronic anal fissure.* *Int J Colorectal Dis* (2009) 24:1207-1211

OR13 - CIERRE PRIMARIO DE PIEL EN CIRUGÍA DE OSTOMAS

Dres.: Murias, F.; Lapiedra, D.; Delgado, D.; Misa, R.; Montano, D.; Boudrandi, S.

Unidad de Coloproctología, Clínica Quirúrgica 1, Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

ANTECEDENTES: La realización de ostomías es un procedimiento frecuente, secundario a múltiples patologías.

Clásicamente el cierre de ostomas es considerado una cirugía contaminada con alto rango de infección de piel.

Es controvertido el tipo de cierre de piel ideal. Se ha considerado que el cierre primario incrementaría el riesgo de infección por lo que es habitual que la brecha de piel y celular se deje entreabierto y mechada.

OBJETIVO: Mostrar una técnica de cierre de piel en forma primaria en la cirugía de ostomas, que evita la necesidad de curaciones,

acortando los tiempos de cicatrización y disminuyendo los costos al sistema de salud.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo con inicio el 25 de marzo de 2011, duración programada de 4 años.

Población: pacientes intervenidos en el hospital Pasteur por cierre de ostomas (criterio de inclusión). Registrados mediante fotografía y controlados a las 24 horas, a los 15 y 30 días.

Variables: necesidad de curaciones, supuración de la herida, celulitis, hematoma, falla del cierre de piel, necesidad de apertura de la herida y resultado estético satisfactorio.

Criterios de exclusión: abandono del seguimiento por parte del paciente, su muerte o necesidad de reimplante del ostoma por el mismo sitio.

Nuestro n actual es de 15 pacientes, 3 excluidos por abandono del seguimiento y 1 por necesidad de reimplante del ostoma.

RESULTADOS: Registramos como complicación la formación de 2 seromas, requiriéndose la reapertura de la herida, presentando todos un resultado estético satisfactorio.

En lo referente al tipo de cirugías: 7 cierres de colostomía, 6 cierres de ileostomía, 1 reconstrucción del tránsito intestinal y 1 relocalización del ostoma.

CONCLUSIONES: El cierre primario de piel en cirugía de ostomas parece ser un método seguro, aunque el número de pacientes analizado hasta el momento es bajo, por lo que resta continuar con la investigación para poder avalar estas conclusiones.

OR14 - INDICADORES DE RESULTADO PARA EL CANCER DE RECTO INFERIOR. ¿CUÁL ES NUESTRA REALIDAD?

Dres: Misa, R.; Laurini, M.; Lapiedra, D.; Bentancor, M.; Delgado, D.; Vilas, A.

UDA Coloproctología

Clínica Quirúrgica «1»

Hospital Pasteur, Montevideo - Uruguay

ANTECEDENTES: El cáncer de recto inferior es un desafío para el cirujano, ya que la calidad de la cirugía tiene impacto directo en el resultado clínico final.

OBJETIVOS: Definir nuestros resultados en el tratamiento del cáncer de recto inferior, comparando nuestra actividad con parámetros internacionales.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo, sobre base de datos prospectiva, de pacientes con cáncer de recto inferior, intervenidos en los últimos 5 años. En todos los pacientes uno, o los dos autores principales actuaron como cirujanos responsables.

Se determinó: utilización de neoadyuvancia, porcentaje de falla de sutura y de reintervenciones, Índice de preservación esfinteriana, y de estoma definitivo; complicaciones y mortalidad a 30 días. Se definió el Índice de Quircke y margen circunferencial en el estudio anatómo patológico.

Análisis estadístico: Las variables continuas se expresaron como mediana. Para proporciones con variables nominales, se realizó test de X^2 con corrección de Yates, y para frecuencias esperadas pequeñas, test exacto de Fischer.

RESULTADOS: Se analizó una población de 50 pacientes. Treinta con neoadyuvancia. 40 hombres; mediana para edad 68 (33-82) Mortalidad cruda 2%.

Se realizó amputación abdómino perineal (AAP) en 18 pacientes. (12 con neoadyuvancia).

En el grupo sin neoadyuvancia, se realizó en 13 pacientes resección ultra baja y anastomosis (RAUB); se presentaron 3 fallas de sutura. Se manejaron con tratamiento conservador. Un paciente quedó con ileostomía definitiva; se realizó además un Hartmann ultra bajo

En el grupo con neoadyuvancia, se realizó RAUB en 18 pacientes. Tres presentaron falla de sutura. Dos se manejaron con tratamiento conservador. Dos reintervenciones: uno por falla de sutura, uno por oclusión.

La escisión meso rectal (EMT) fue insuficiente en 8 pacientes. (6 con neoadyuvancia) En 6 pacientes el margen circunferencial fue insuficiente. (4 sin neoadyuvancia).

No existieron diferencias estadísticas.

CONCLUSIONES: El nivel de AAP es elevado, pero por debajo del nivel umbral aceptado internacionalmente. Nuestra mortalidad está dentro de valores estándar. Nuestro Índice de falla de sutura, fue elevado, pero no incidió en el resultado final de conservación esfinteriana ni fue causante de mortalidad. La calidad de la EMT fue aceptable. La concentración de pacientes es clave para mejorar resultados.

OR15 - COMPLICACIONES DE LA BRECHA PERINEAL EN LA AMPUTACION ABDOMINO PERINEAL.

Dres: Misa, R.; Laurini, M.; Bentancor, M.; Lapiedra, D.; Murias, F.; Duffau, A.

UDA Coloproctología, Clínica Quirúrgica «1», Hospital Pasteur, Montevideo Uruguay

ANTECEDENTES: A pesar de los avances en las técnicas de conservación esfinteriana, la Amputación Abdómino Perineal (AAP) sigue siendo parte del arsenal de tratamiento en la patología de recto inferior.

Las complicaciones de la brecha perineal, son un verdadero problema para el cirujano, ya que son causa de importante morbilidad en el postoperatorio.

OBJETIVOS: El objetivo del trabajo fue revisar las AAP realizadas en nuestra Unidad, analizar las complicaciones de la brecha perineal, y revisar las medidas de prevención y tratamiento de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo sobre una base de datos prospectiva, de los pacientes a los que se le realizó una AAP desde 2005 al 2011. Se realizó el análisis de la población seleccionada, se definió la situación clínica que llevó a la AAP, la realización de procedimientos asociados, y las complicaciones relacionadas al procedimiento, especialmente con la brecha perineal. Para el análisis estadístico, las distintas variables continuas se expresaron como mediana. Para comparar proporciones con variables nominales, se realizó el test de X^2 con corrección de Yates, y para frecuencias esperadas pequeñas, el test exacto de Fischer.

RESULTADOS: Se analizó una población de 30 pacientes. Mediana para edad 69 años (30-85) Veinte hombres. Histológicamente correspondían: adenocarcinoma 27 pacientes; cloacogénico 1; epidermoide 1; Crohn 1. Recibieron neoadyuvancia 21 pacientes. Dos pacientes con cáncer de ano se operaron frente al fracaso del tratamiento quimio-radiante. En dos pacientes se asoció rotación de colgajos músculo cutáneos para la solución de la brecha perineal.

Fallecieron 2 pacientes (Mortalidad cruda 6,6%) Desarrollaron complicaciones de la brecha perineal 11 pacientes. Cavidades crónicas 4 pacientes; supuración 4 pacientes; corrimiento serohemático sin dehiscencia 2. Un paciente presentó dehiscencia parcial del colgajo. Excepto un paciente fallecido las cavidades crónicas se solucionaron sin nuevo tratamiento quirúrgico. El bajo número de pacientes no permite conclusiones estadísticas.

CONCLUSIONES: La AAP sigue teniendo una morbilidad importante, y no está exenta de mortalidad. La morbilidad es fundamentalmente a expensas de las complicaciones de la brecha perineal. Existen elementos técnicos que deben cuidarse para minimizar la posibilidad de complicaciones.

OR16 - RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN CANCER DE RECTO ¿PODEMOS «ESPERAR Y VER»?

Dres: Misa, R.; Laurini, M.; Vilas, A.; Lapiedra, D.; Bentancor, M.; Murias F; Martínez, G.

UDA Coloproctología - Clínica Quirúrgica «1»

Hospital Pasteur - Montevideo Uruguay

ANTECEDENTES: El tratamiento neoadyuvante es de elección en los Estadios II y III de cáncer de Recto inferior. Se ha llamado la

atención sobre la posibilidad de tener una conducta expectante en los pacientes con respuesta completa al tratamiento neoadyuvante.

OBJETIVOS: Revisar la respuesta a la neoadyuvancia en los pacientes con cáncer de recto inferior tratados y controlados en nuestra Unidad.

MATERIAL Y METODO: Estudio retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva de pacientes con cáncer de recto inferior tratados del 2005 al 2011. Se clasificó la respuesta a la neoadyuvancia mediante el Índice de Dworak. (Grado 0: no regresión; Grado 4: sin células tumorales) Se determinó el N° de ganglios en la pieza. Se comparó con los resultados de pacientes sin neoadyuvancia. Se analizaron los pacientes con respuesta completa en el estudio anátomo patológico. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresaron como mediana. Para proporciones con variables nominales, se realizó test de χ^2 con corrección de Yates, y para frecuencias esperadas pequeñas, test exacto de Fischer.

RESULTADOS: Se analizaron 59 pacientes con cáncer de recto inferior.

Recibieron neoadyuvancia 36 pacientes. Mediana de edad: 64 años (26-78). Hombres 28

Cinco pacientes tuvieron remisión completa en la pared rectal. Uno de ellos tenía una adenopatía positiva en el meso-recto. Tres pacientes tuvieron un Dworak 3. La respuesta fue leve a moderada en 26. Dos pacientes no fueron respondedores. Veintidos pacientes no tuvieron adenopatías positivas. En el grupo con adenopatías positivas la mediana fue 1 (1-19)

En el grupo sin neoadyuvancia, 13 pacientes no tuvieron adenopatías positivas. En los 10 con adenopatías positivas, la mediana fue 9.5 (1-33)

En los pacientes con remisión completa en el informe, se realizó cirugía conservadora en 4. Un paciente tuvo una amputación Abdomino perineal.

CONCLUSIONES: La respuesta completa al tratamiento neoadyuvante no es una situación excepcional. Todavía no estamos preparados en nuestro medio para definir aquellos pacientes en los que pueda utilizarse la conducta expectante, pero debe ser tenida en cuenta, y la información al paciente debe ser veraz.

RESULTADOS: Mediana 69 años, (33 - 82 años). La incidencia de amputación abdominoperineal fue 37%. Hubo un 16 % de resecciones insuficientes o Quirke 3, siendo de un 10% en pacientes sin neoadyuvancia, alcanzando el 20% en pacientes irradiados. Hubieron 6 pacientes con margen circunferencial afecto 2 del grupo sin neoadyuvancia y 4 con neoadyuvancia. De los pacientes con margen circunferencial afecto, solo 1 era Quirke 3. De los pacientes con AAP el 17 % tenía MRC afecto, mientras que solo el 9 % de las RAUB EMT tenían MRC afecto. Las diferencias no tienen valor estadístico.

CONCLUSIONES: El estudio patológico sistematizado de las piezas de resección, ha demostrado que un equipo quirúrgico entrenado, a pesar de la baja frecuencia, pueda realizar EMT con resultados aceptables

BIBLIOGRAFÍA:

1 Heald, R.J. Moran, B.J. Ryall, R.D.H. et al. Rectal Cancer. The Basinstoke experience of Total Mesorectal Excision, 1978-1997. Arch Surg 1998;133:894-899.

2 Quirke P. Training and quality assurance for rectal cancer: 20 years of data is enough. Lancet Oncol 2003; 4: 695-702

3. Nagtegaal ID, Van de Velde CJH, Van der Worp E. et al. Cooperative Clinical Investigators of the Dutch Colorectal Cancer Group. Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: Clinical significance of the pathologist in quality control. J Clin Oncol 2002; 20:1729-1734.

OR18 - OPCIONES EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA CONDILOMATOSIS PERIANAL EXTENSA DE CAUSA NO NEOPLÁSICA

Dres.: Lapiedra, D; Misa, R; Laurini, M; Martínez G; Montano, D Boudrandi, S.

Unidad de Coloproctología, Clínica Quirúrgica «1», Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES: La condilomatosis perianal es causada por la infección del anodermo por el Virus HPV. ^(1,2,3) La cirugía se recomienda en: condilomas pequeños con falla del tratamiento médico, recidiva lesiones extensas, y sospecha de transformación maligna.

OBJETIVOS:

· Analizar la incidencia de condilomas extensos no Neoplásicos en nuestra población.

· Presentar los problemas y las opciones quirúrgicas en el tratamiento de estos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo prospectivo.

Población: pacientes que consultaron en policlínica entre 1/12/05 y 1/10/08, con diagnóstico de condilomatosis perianal.

Se tomó como extensa la condilomatosis tipo C (lesiones confluentes, sobre elevadas) y que ocuparan 3 o más cuadrantes de la margen anal (3C y 4C).

RESULTADOS: Se diagnosticaron 36 pacientes con condilomatosis anal, fueron excluidos 5, quedando un total de 31.

10 pacientes presentaron lesiones 4C y 3 lesiones 3C.

De 13 lesiones extensas, 1 presentaba carcinoma in situ, 3 carcinomas epidermoide infiltrante y 9 condilomas sin displasia o displasia de bajo grado.

La cirugía de la condilomatosis perianal se divide en resecciones puntuales y en masa, éstas últimas reservadas para lesiones extensas. En estas lesiones la cirugía constituye la primera línea de tratamiento.

La resección en etapas utilizando colgajos dermograsos de avance para la cobertura de los defectos resultantes es una opción que hemos utilizado en varias oportunidades, pudiéndose realizar también la resección en masa y reconstrucción en una misma cirugía.

CONCLUSIONES: En nuestra serie la condilomatosis perianal extensa se presenta frecuentemente, predominando lesiones no Neoplásicas malignas.

OR17 - VALOR DEL PATÓLOGO EN EL CONTROL DE CALIDAD DE LA CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO

Dres.: Laurini, M.; Misa, R.; Vilas, A.; Lapiedra D. UDA Coloproctología.

Clínica Quirúrgica 1, Prof. Dra. Sonia Boudrandi. Hospital Pasteur. Montevideo - Uruguay

ANTECEDENTES: A partir de los resultados de Heald, con recidivas menores al 4%, la excéresis total del mesorrecto (ETM), se convirtió en el paradigma de tratamiento del cáncer de recto situado a menos de 10 cm del ano.¹ El cirujano es un factor pronóstico, que está en relación directa con la especialización y el volumen de pacientes. La evaluación de nuevos factores pronósticos como afectación del margen circunferencial (MC)² y calidad del mesorrecto³ han resaltado la importancia del factor cirujano como variable pronóstica y constituyen un índice insustituible para la auditoría de los resultados.²

OBJETIVO: Auditar la calidad de la EMT, en un centro de baja frecuencia, a través del estudio sistematizado de las piezas de resección según los criterios de Quirke.²

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio Retrospectivo, de una base llenada en forma prospectiva, de 50 pacientes operados, con cáncer de recto inferior en el periodo marzo 2006 - julio 2011. En todos los pacientes 1 o los 2 autores principales actuaron como cirujanos responsables. Todas las piezas fueron evaluadas por la misma patóloga. Se utilizaron los criterios de Quirke, para evaluación de las piezas, considerando 1 como suficiente y 3 insuficiente. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresaron como mediana, para proporciones con variables nominales se realizó test χ^2 , con corrección de Yates y para frecuencias esperadas pequeñas test exacto de Fischer

Las resecciones en etapas son una herramienta útil en el tratamiento.

La resección en masa en 1 sola etapa con avance de colgajos si bien representa una cirugía de mayor complejidad, determinó buenos resultados en los casos en que se indicó en nuestra unidad, sin haberse presentado complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armstrong C. ACIP Releases Recommendations on Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine. Practice Guidelines. American Family Physician 2007; 75(9): 1391-94
2. Newall AT, Beutels P, Wood J. Cost-effectiveness analyses of human papillomavirus Vaccination. Lancet Infect Dis 2007; 7: 289-96
3. Bartholomew DA. Human papillomavirus infection in adolescents: a rational approach. Adolesc Med 2004; 15: 569-595

OR19 - PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE LA GLÁNDULA TIROIDES - EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA QUIRÚRGICA "1"

Dres.: Almeida, I., Berriel, E., Boudrandi, S.
Servicio de Cirugía General, Hospital Pasteur.
Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES: La cirugía de la patología del tiroides está catalogada como compleja, en donde los mejores resultados se obtienen por equipos que se dedican específicamente a su tratamiento.

OBJETIVO: Analizar los resultados de nuestra experiencia en cirugía tiroidea en 4 años de funcionamiento de la Seccional de Cirugía de Cuello, de la Clínica Quirúrgica "1".

Lugar de aplicación: Hospital Pasteur

POBLACIÓN: Pacientes operados entre junio de 2006 y junio de 2010

MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo.

RESULTADOS: Se operaron 146 pacientes, 138 (94.5%) sexo femenino, y 8 (5.5%) sexo masculino, realizándose 158 cirugías. La edad promedio fue 45 años, con rango entre 15 y 86 años.

Los diagnósticos preoperatorios fueron: BMN con nódulo sospechoso en 50 pacientes (34.2%); BMN con efecto masa en 16 (11.0%), nódulo solitario sospechoso en 25 (17.1%), nódulo solitario con efecto masa en 16 (11.0%), cáncer en 20 (13.7%), EGB en 8 (5.5%), Hashimoto en 6 (4.1%), y adenoma tóxico en 5 (3.4%).

La paraclínica utilizada más frecuente fue: funcional tiroideo, calcemia, ecografía, PAAF y laringoscopia.

En la mayoría de los casos se realizó consulta intraoperatoria con el Patólogo.

Las 158 cirugías fueron 141 intervenciones primarias y 17 reintervenciones. Se realizaron como procedimiento primario: 79 tiroidectomía total, 15 con vaciamiento central y 4 con vaciamiento ganglionar radical modificado (VGRM) de cuello; 46 lobectomía e istmectomía, 12 lobectomía, istmectomía y subtotal contralateral, y 4 tiroidectomía subtotal bilateral. Las reintervenciones: 15 lobectomías, 1 resección por recidiva neoplásica pretraqueal, y 1 VGRM.

COMPLICACIONES: 5 pacientes (3.2%) parálisis recurrential transitoria, 3 (1.9%) parálisis definitiva, 1 (0.6%) fonostenia, 43 (27.2%) hipocalcemia transitoria, 1 (0.6%) hipoparatiroidismo definitivo, ningún hematoma asfíctico. No hubo mortalidad. La mayor incidencia de complicaciones se asoció al tratamiento de pacientes oncológicos. Las reintervenciones no presentaron complicaciones.

CONCLUSIONES: Una selección de la táctica y de la técnica quirúrgica acorde a la patología realizada por un equipo entrenado, minimiza los riesgos de la misma.

Los resultados obtenidos en nuestra serie, en morbilidad son comparables a las series internacionales.

OR20 - EFECTOS DE LA SIMVASTATINA EN EL DAÑO PULMONAR INDUCIDO POR VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA DURANTE LA INTUBACIÓN SELECTIVA

Dres.: Straneo, P.*; Delgado, E.**; Fiorella, D.**; Pomi J.***; Fernández, JD.****; Fernández G.*****

Facultad de medicina, Departamento básico de cirugía Montevideo-Uruguay

*Ayudante de clase Departamento Básico de Cirugía, **Colaboradores Honorarios Departamento Básico de Cirugía, ***Ex Prof. Agdo. Departamento Básico de Cirugía, ****Asistente de Departamento de histología, *****Prof. Agro. Departamento Básico de Cirugía

ANTECEDENTES: La ventilación mecánica selectiva es una herramienta necesaria en la cirugía video asistida de tórax pero no está exenta de riesgos y efectos adversos. Algunos estudios demuestran su efecto deletéreo sobre el pulmón bajo forma de barotrauma, volutrauma, ateletrauma, biotrauma, o mediado por radicales libres de O₂ y por la propia hipoxemia intraoperatoria. Se han estudiado diversas estrategias para prevenir o disminuir este daño; las estatinas forman parte de los fármacos en estudio dado que han demostrado actuar sobre varios de los mecanismos de daño pulmonar.

OBJETIVO: Evaluar los efectos de la simvastatina sobre el pulmón derecho expuesto a ventilación positiva.

Poner a punto un modelo de intubación orotraqueal selectiva del bronquio derecho en ratas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se desarrolló el modelo de intubación orotraqueal del bronquio derecho utilizando 10 ratas tipo Wistar. Para estudiar el efecto de la simvastatina sobre el pulmón expuesto a presión positiva, se emplearon otras 30 ratas. Las mismas se intubaron con sonda orotraqueal derecha y se ventilaron durante 60 minutos. El ventilador se programó con volumen corriente de 2 ml, frecuencia respiratoria de 77 rpm, tiempo inspiratorio 160 ms, tiempo espiratorio 620 ms, FIO₂ de 1 y presión positiva espiratoria final 1,5 cmH₂O. Los animales se distribuyeron en forma aleatorizada en 2 grupos. Uno recibió simvastatina vía oral, durante 21 días previos al procedimiento y otro (grupo control) se ventiló sin recibir fármaco. Fueron sacrificados 24hs postprocedimiento y el análisis histológico de los pulmones se hizo en forma ciega.

RESULTADOS: El modelo permitió ventilar satisfactoriamente a todos los animales sin mortalidad postoperatoria. Todos los pulmones mostraron algún nivel de daño parenquimatoso en el estudio histopatológico, sin diferencias estadísticamente significativas en los patrones de lesión entre los 2 grupos con p 0.180.

CONCLUSIONES: Se logró desarrollar un modelo de intubación orotraqueal selectiva del bronquio derecho en ratas que permitió llevar adelante satisfactoriamente el estudio, siendo un modelo efectivo, fácilmente reproducible, con excelente control de los parámetros ventilatorios.

En el modelo utilizado, la simvastatina no demostró disminuir los efectos deletéreos de la ventilación mecánica selectiva del pulmón derecho.

OR21 - EPIDEMIOLOGÍA DEL POLITRAUMATIZADO LABORAL

Dres.: Valsangiacomo, P.; González, F.; Perna, R.; Pérez Penco, E.
Departamento de Cirugía del Banco de Seguros del Estado, Central de Servicios Médicos. Montevideo, Uruguay.

ANTECEDENTES: El politraumatizado laboral constituye un problema sanitario creciente con 35000 trabajadores afectados al año; de alta demanda asistencial, la cual se realiza en un centro de referencia y por un equipo multidisciplinario especializado en este tipo de patología.

OBJETIVO: Conocer las características epidemiológicas del politraumatizado laboral asistido en el Departamento de Cirugía del Banco de Seguros del Estado en la Central de Servicios Médicos (BSE-CSM).

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo de corte transversal, registrando todos los pacientes politraumatizados asistidos en la CSM del BSE entre enero 2010 y junio 2011.

Los índices utilizados para la categorización fueron: ISS (Injury Severity Score), RTS (Revised Trauma Score) y TRISS (Trauma Injury Severity Score).

Base de datos: Excel 2007, análisis estadístico: SPSS 19

RESULTADOS. Se registraron 200 politraumatizados en 30.000 consultas en el servicio de emergencia.

Edad media 37 años y sexo masculino 93,5%. Procedencia del interior en un 33%.

El día de mayor asistencia fue el viernes con un 20%.

Los tipos de trauma fueron: colisión vehicular, precipitación y aplastamiento con un 37%, 32% y 24,5% respectivamente. El tiempo promedio de traslado prehospitalario fue 2 horas.

El número de traslados interhospitalarios fue de 2 en el 28,5% y de 3 en el 7%.

El mecanismo lesional predominante fue el impacto directo, contragolpe y desaceleración en un 53,5%; de tipo contuso en el 96%.

La topografía lesional predominante fue el tórax en un 70% seguida por el cráneo 47,5%. La asociación con mayor frecuencia fue cráneo y tórax en un 28%.

La media de los índices fueron: RTS: 7,22, ISS: 29,5 y TRISS: 16,5. 81% fueron politraumatizados graves.

Se operaron de urgencia 29 pacientes, siendo la esplenectomía el procedimiento más frecuente. La media de asistencia fue de 120 días (internación y rehabilitación).

El 18,5% requirió asistencia en cuidados intensivos con estadía mediana de 10 días.

La serie no presentó mortalidad.

CONCLUSIONES: La enfermedad traumática laboral se caracteriza por afectar a pacientes jóvenes, del sexo masculino y con lesiones graves. Predomina el mecanismo contuso de compleja cinemática.

La asistencia centralizada, por un equipo entrenado y multidisciplinario son los factores determinantes de los resultados.

el tipo de procedimiento terapéutico utilizado y sus resultados se agruparon en las siguientes categorías: éxito o fracaso primario, morbi-mortalidad y tiempo de internación. El análisis de los datos y sus variables se realizó con el programa estadístico SPSS-12.0.

RESULTADOS: de un total de 197 pacientes, se excluyeron 92 pacientes en los que no se demostró LVBP durante la cirugía o el procedimiento endoscópico, un paciente con LVBP no recibió tratamiento. Fueron identificados con diagnóstico colangiográfico (endoscópico o transcístico) de LVBP 104 pacientes: mujeres 68,3%, edad promedio de 57,3 (17-97) años. La conducta terapéutica inicialmente propuesta fue la quirúrgica en un 54,8% pacientes, la endoscopia se realizó en un 27,9%, y el tratamiento combinado (endoscópico y quirúrgico) en un 17,3%. El éxito terapéutico de la cirugía fue del 64,9%, de la endoscopia 69%, y del procedimiento combinado 94,4%. El tiempo promedio de internación fue de 25,4 (2-90) días, y la mortalidad global de 3,8% (4 pacientes: 2 vinculadas al procedimiento y 2 al terreno del paciente).

CONCLUSIONES: cuando es planteado de inicio el tratamiento combinado de la LVBP mostró los mejores resultados para el tratamiento de la litiasis coledociana.

OR22 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ENDOSCÓPICO Y COMBINADO DE LA LITIASIS COLEDOCIANA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Dres.: **Muniz, N.**; Bonilla, F., Robaina, R.; Belderrain, L.; Zeballos, J., Canessa, C.

Clínica Quirúrgica «B» - Hospital de Clínicas - Montevideo - Uruguay

ANTECEDENTES: un 5-15% de los pacientes con litiasis vesicular asocian litiasis en la vía biliar principal (LVBP), variando su incidencia con la edad y etnia. La mayoría de las veces corresponden a litiasis que migran de la vesícula y se alojan en el colédoco, por lo que se denominan secundarias. El manejo terapéutico de la litiasis coledociana ha evolucionado desde la cirugía a cielo abierto a los procedimientos endoscópicos y laparoscópicos, pero la secuencia en que estos deben combinarse permanece controvertida.

OBJETIVO: comparar la morbilidad, hospitalización, éxito y fracaso terapéutico del tratamiento quirúrgico, endoscópico y combinado de la LVBP.

Material y método: se realizó un estudio de corte transversal entre enero 2007 y marzo de 2010. Se identificó a los pacientes que fueron tratados por litiasis coledociana en el Servicio de Endoscopia y las Clínicas Quirúrgicas en el Hospital de Clínicas a través de los diagnósticos de colangitis, pancreatitis y litiasis coledociana. Se analizó

V25 - RECIDIVA DE LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL EN LA REGIÓN CEFALOPANCRÉATICA

Dres.: **López Penza, P;** Boudrandi, S; Domínguez, F.; Ruso Martínez, L.
Centro de asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).
Montevideo. Uruguay

INTRODUCCIÓN: Los leiomiomas son tumores poco frecuentes (0.2 %); el 25 % de los cuales son retroperitoneales.

Su diagnóstico es dificultoso y tardío, debido a su sintomatología inespecífica.

El tratamiento es quirúrgico sin tener mayor utilidad la radio y quimioterapia.

El interés quirúrgico del presente caso, es la recidiva tumoral en la región céfalo pancreática, que condicionó la realización de una DPC, aunque posteriormente se verificó la ausencia de invasión visceral. Así como la excepcional conducta biológica de la enfermedad, marcada por múltiples recidivas locales, presencia de metástasis a distancia y la conocida asociación con retinoblastoma.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Mujer, 64 años. Antecedentes: retinoblastoma operado a los 6 meses de edad, cáncer de mama izquierda (1997), sarcoma retroperitoneal con invasión renal (nefrectomía izquierda) en 2003, recidiva abdominal y pulmonar (2006). Carcinoma de mama derecha (2009).

Actualmente: asintomática. Durante su control habitual, una RNM muestra tumoración cefalopaneática de 6x6 cm de diámetro, sólida.

Se interpreta como tumor pancreático y se realiza DPC (Whipple - Child).

Anat.pat.: Neoplasia mesenquimática fusocelular. Sarcoma de alto grado con diferenciación muscular lisa (leiomioma); sin compromiso duodenopancreático.

Postoperatorio sin incidentes. Asintomática a 13 meses.

COMENTARIOS: Los sarcomas son tumores malignos mesenquimáticos. En este caso, la interpretación de las imágenes llevaron a realizar una DPC tipo Whipple- Child, con anastomosis pancreatoyeyunal intususceptada; procedimiento quirúrgico con una mortalidad de aproximadamente 17% en centros de baja frecuencia y 0- 5 % en centros de referencia e índices de complicaciones globales entre 20 % y 40 %. La morbilidad está marcada por la fistula pancreática, con una incidencia de 10% -25%. El pronóstico oncológico depende de la recidiva local.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bassi C, Falconi M, Salvia R, et al. Management of Complications after Pancreaticoduodenectomy in a High Volume Centre: Results on 150 Consecutive Patients / with Invited Commentary. *Dig Surg* 2001; 18:453.
2. Giménez De Marco B, Berné Manero J.M, Bono Ariño A. et al. Leiomioma Retroperitoneal. *Actas Urol Esp*. 2001; 25; 523.

V26 - ENUCLEACIÓN LAPAROSCÓPICA DE UN INSULINOMA PANCREÁTICO.

Dres.: **Viola Malet, M.;** Cassinelli, J.; Gramática, L.; Rodríguez, P.; Laurini, M. y Castelli, F.
Departamento de Cirugía de MUCAM.
Montevideo-Uruguay

INTRODUCCIÓN: Los Insulinomas pancreáticos son relativamente raros y representan las neoplasias pancreáticas endócrinas funcionantes más frecuentes. Desarrollados a partir de las células beta de los islotes pancreáticos.

Los Insulinomas tienen una incidencia de 1 a 4/millón de habitantes por año; 90% son únicos y benignos, y 10-15% se asocian a MEN I. Los malignos suelen ser más grandes (6cm) y 1/3 tienen metástasis hepáticas al diagnóstico.

La sintomatología de los Insulinomas funcionantes está relacionada con la brusquedad y persistencia del descenso de la glicemia, determinando manifestaciones agudas y crónicas la enfermedad.

Los síntomas de neurogluopenia (confusión, comportamientos anormales, crisis de gran mal, etc) y los adrenérgicos (sudoración, taquicardia, palpitaciones, etc) se agravan con el esfuerzo, stress e ingesta de alcohol, revirtiendo con ingesta o infusión de glucosa.

La triada de Whipple (síntomas neurogluopénicos y adrenérgicos, hipoglucemia y reversión sintomática con glucosa) no es por sí sola suficiente para el diagnóstico. Éste se confirma mediante la asociación de hipoglucemia con hiperinsulinemia. El Test de ayuno controlado 48/ 72 horas es el standard para el diagnóstico; relación Insulinemia/ Glicemia >0,3 es altamente sugestiva de esta afección.

La correcta localización preoperatoria puede ser por demás dificultosa (5-80% éxitos), debiendo utilizar diferentes modalidades imagenológicas preoperatorias (Ecografía, TC, RNM, Angiografía selectiva con y sin estimulación) e incluso Ecografía intraoperatoria.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Presentamos el video de un paciente de 28 años de edad, en tratamiento por trastornos de conducta de más de 10 años; síntomas neurogluopénicos y adrenérgicos en el contexto de crisis hipoglucémicas.

Glicemias 0,5 g/l; Insulinemias 7uUI/ml y test de ayuno Insulinemia/Glicemia 0,62 a las 12hs del estudio. TC mostró un nódulo corporal pancreático de unos 20mm.

Realizamos la enucleación laparoscópica de la lesión.

Anatomía patológica: tumor endócrino bien diferenciado de 18mm, compatible con Insulinoma Pancreático.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Presentamos el video de una enucleación laparoscópica de un Insulinoma Pancreático, patología poco frecuente, de diagnóstico tardío generalmente, que mediante la cirugía se logra la curación de la enfermedad en más del 95% de los casos.

V27 - PALIACIÓN EN EL CÁNCER CEFALOPANCRÉATICO. GASTROEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y STENT BILIAR.

Dres.: **Viola Malet, M.;** Bonilla, F.; Muniz, N.; Brito, N.; Sanguinetti, A. y González N.

Clínica Quirúrgica «B», Prof. Agdo. Dr. César Canessa y Servicio de Gastroenterología, Prof. Director. Dr. Henry Cohen. Hospital de Clínicas Montevideo-Uruguay.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas continúa siendo un desafío terapéutico. Aproximadamente 60% de los casos ocurre en personas 65 años, y 85% se presentan con enfermedad diseminada o localmente avanzada. A pesar de los avances técnicos y quimioterápicos la mortalidad sigue siendo muy alta; la sobrevida luego del año no sobrepasa el 20% y a 5 años la mortalidad supera el 95%.

Al momento del diagnóstico casi 85% de los pacientes no son candidatos para cirugía pretendidamente curativa, siendo la paliación la única opción terapéutica, para mejorar la calidad de vida aliviando los síntomas (ictericia, dolor y estenosis gastroduodenal).

La descompresión biliar puede lograrse mediante procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos; el éxito quirúrgico varía entre 75 y 100%. Los procedimientos endoscópicos pueden utilizarse como medida temporal o permanente para mejorar la obstrucción biliar en pacientes con enfermedad avanzada o con contraindicaciones anestésico-quirúrgicas.

La decisión de realizar una u otra depende de varios factores, el estado general y la esperanza de vida del paciente, el costo, la disponibilidad del material y equipo necesario.

Los pacientes con enfermedad localmente avanzada o metastásica tienen una sobrevida media de 6 meses, por lo que la obstrucción biliar debería manejarse con la colocación de un stent.

Al momento del diagnóstico, 30-45% de los pacientes con cáncer pancreático se quejan de náuseas y vómitos. Sin embargo, la estenosis gastroduodenal está presente sólo en 5% de los tumores pancreáticos. Por tanto, frente a una estenosis gastroduodenal secundaria a cáncer pancreático se impone realizar un procedimiento de derivación digestiva

DESCRIPCION DE CONTENIDOS: Presentamos el video de un paciente de 74 años de edad, que presenta una ictericia fría y estenosis gastroduodenal por un cáncer cefalopancreático. La TC evidencia un tumor irresecable con metástasis hepáticas que determina una estenosis gastroduodenal.

Realizamos una gastroyeyunostomía laparoscópica y colocación de stent biliar endoscópico; logrando una paliación sintomática satisfactoria

OBSERVACIONES Y O COMENTARIOS: Hemos presentado el video de una gastroyeyunostomía laparoscópica mediante sutura manual y la colocación de un stent biliar endoscópico, como medidas paliativas a los síntomas que generaba un cáncer cefalopancreático irresecable estadio IV

V28 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN PACIENTE CON DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL

Dres.: Acuña, G.; Murias, F.; Guariglia, R.; Taruselli, R.
Servicio de Emergencia, Hospital Pasteur Montevideo Uruguay

INTRODUCCION: La presencia de una patología quirúrgica aguda abdominal en pacientes portadores de catéteres de derivación ventrículo peritoneal constituye un desafío terapéutico para el cirujano.

La problemática radica en el alto riesgo de infecciones ascendentes a través del catéter en pacientes con peritonitis o patologías con alto riesgo de peritonitis en su evolución.

DESCRIPCION DE CONTENIDOS: Presentamos el caso de una paciente de 56 años que se diagnosticó colecistitis aguda sin compromiso de la vía biliar principal la cual es portadora de un catéter de derivación ventrículo peritoneal de 2 años de evolución debido a patología generadora de hipertensión endocraneana.

Se decide realizar colecistectomía laparoscópica.

Se realizó la consulta con neurocirujano de guardia del Hospital de Clínicas en vistas al manejo del catéter. Dicho catéter presenta una válvula unidireccional.

Uno de los problemas fue el manejo de las presiones intraabdominales por el neumoperitoneo.

La posibilidad de existencia de pus a nivel intraabdominal ameritaría el recambio del catéter.

Revisando la bibliografía optamos por una solución interesante: identificación del catéter, tomarlo con una pinza grasper y la extracción por uno de los puertos, protección de la punta del mismo cubierta por una compresa con antisépticos, y el pinzado del mismo para evitar la salida de líquido cefalorraquídeo.

Se realizó la colecistectomía de manera habitual. Reintroducción del catéter y posicionamiento del mismo a nivel subfrénico derecho (posición original).

Evolución clínica: sin problemas, control con neurocirujano a las 24 horas quién realiza controles clínicos explicándole a la paciente los signos precoces frente a la aparición de infecciones o elementos de hipertensión endocraneana, se controla al mes en policlínica de cirugía donde relata no haber presentado complicaciones.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Creemos que es una situación de baja frecuencia a la cual el cirujano de emergencia se puede ver enfrentado, debe realizarse la consulta con neurocirujano y consideramos que la táctica empleada fue la adecuada para resolver este problema planteado.

V29 - SINDROME DE CONN POR ADENOMA FUNCIONANTE. TRATAMIENTO POR LAPAROSCOPIA

Dres. Salom, A.; Delgado, J.; Pereyra, J.
Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática de la Asociación Española Montevideo, Uruguay. Director Dr. Hernán Parodi

Introducción. Se considera al hiperaldosteronismo primario como la causa más frecuente de hipertensión arterial de origen endocrino y la segunda forma más frecuente de hipertensión arterial curable. La frecuencia en la población hipertensa es de entre 0.05 y 0.2 %. Se describen cinco formas clínicas, siendo la forma clásica y más frecuente la debida a la presencia de un adenoma cortical productor de aldosterona. Este cuadro se conoce como síndrome de Conn.

Contenido: Se presenta un video de 7 minutos de duración en el cual se muestra un caso clínico de una paciente de 37 años, portadora de un hiperaldosteronismo primario secundario a la presencia de un adenoma funcionante de 9 mm, localizado a nivel de la glándula suprarrenal izquierda. Fue operado el 31/8/2011, realizándose su resección por cirugía laparoscópica. Se muestran aspectos vinculados a los estudios paraclínicos y de imágenes realizados y a la táctica y técnica quirúrgica.

Observaciones: Se trataba de un adenoma benigno funcionante

V30 - INCIDENTALOMA SUPRARRENAL DERECHO. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA

Dres: Salom, A.; Pereyra, J.; Delgado, J.
Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática de la Asociación Española Montevideo, Uruguay. Director Dr. Hernán Parodi.

INTRODUCCIÓN: La presencia de tumores localizados en las glándulas suprarrenales, diagnosticadas en forma incidental, es un hecho frecuente al realizarse en la actualidad mayor número de estudios imagenológicos y de mejor resolución.

CONTENIDO: Se presenta un video de 7 minutos de duración en el cual se muestra un caso clínico de un paciente de 59 años, portador de un incidentaloma suprarrenal derecho de 5 cm de diámetro mayor que fue operado el 4/8/2011, realizándose su resección por cirugía laparoscópica. Se muestran aspectos vinculados a los estudios paraclínicos y de imágenes realizados y a la táctica y técnica quirúrgica.

OBSERVACIÓN: Se trataba de un adenoma benigno no funcionante.

V31 - YEYUNOSTOMÍA VIDEOASISTIDA

Dres.: Belderrain L.; Viola M.
Servicio Emergencia Hospital de Clínicas Montevideo-Uruguay

INTRODUCCIÓN: Los tipos de ostomías de alimentación son tan variadas como las causas que lo requieren. La gastrostomía es la más frecuente y sencilla de realizar, con un abordaje mínimamente invasivo bien establecido en ausencia de estenosis proximal. La que le sigue en frecuencia es la yeyunostomía, en general asociado a patología gástrica. Se describen múltiples técnicas de abordaje convencional, no estando establecido el beneficio de técnica con menor morbilidad.

El objetivo es mostrar una alternativa válida de abordaje mínimamente invasivo, técnica video-asistida.

DESCRIPCIÓN de Contenido: Caso Clínico. Paciente de 29 años, con antecedente de ingesta de cáusticos en la infancia, portador de estenosis esofágica cicatrizal de tercio medio e inferior, severa, de 20 años de evolución. Múltiples dilataciones con balón por endoscopia, las cuales se han ido realizando con mayor frecuencia, dificultad y peor resultado funcional.

Últimos intentos de dilatación infructuosos, en afagia, con severa repercusión metabólica. Se decide cirugía resectiva esofágica, previa reposición proteínica calórica. Ante eventual uso de estómago como órgano de plastia esofágica, se plantea alimentación enteral por yeyunostomía. En paciente hipoproteico, con eventual cirugía en la evolución, se decide la realización de procedimiento lo más mínimamente invasivo posible y seguro.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: se realiza procedimiento sin dificultades técnicas, encontrándose como hallazgo intraoperatorio una alteración anatómica en la implantación del ángulo duodenoyeyunal de Treitz, a la derecha de la aorta, lo cual pudo generar complicaciones insospechadas de haberse realizado por vía convencional. La evolución postoperatoria fue excelente, mínimo dolor, sin íleo postoperatorio ni complicaciones parietales.

Conclusión, la exploración videoscópica abdominal favorece la elección del asa eferente, definir el largo del asa proximal, confirmar orientación isoperistáltica en la parietalización y se asocia a menor morbilidad.

V34 - REDO. CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX. TÉCNICA POR LAPAROSCOPIA.

Dres.: **Navarrete A, S.;** Leyba, J.; Navarrete LI, S.; Sánchez, N.
Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas. Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Se presenta la técnica quirúrgica por laparoscopia de una reoperación, para la conversión de gastrectomía vertical a bypass gástrico en Y de Roux.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se demuestra la técnica quirúrgica detallada del bypass gástrico en Y de Roux por laparoscopia en un paciente previamente sometido a gastrectomía vertical por laparoscopia, con pérdida de peso inadecuada.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Ninguno

V35 - COLECTOMÍA RADICAL DEL ÁNGULO ESPLÉNICO POR LAPAROSCOPIA. TÉCNICA.

Dres.: **Navarrete A, S.;** Leyba, J.; Navarrete LI, S.; Sánchez, N.
Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas. Venezuela

INTRODUCCIÓN: Presentar los detalles técnicos de la técnica laparoscópica para la colectomía radical segmentaria del ángulo esplénico.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se demuestra la técnica quirúrgica detallada de la colectomía radical del ángulo esplénico del colon, y la posterior restitución del tránsito intestinal por el mismo abordaje.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Ninguno

V32 - BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS. DETALLES DE LA TÉCNICA.

Dres.: **Navarrete A, S.;** Leyba, J.; Navarrete LI, S.; Sánchez, N.
Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas. Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Se presenta los detalles técnicos de una técnica novedosa de cirugía bariátrica por laparoscopia.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se demuestra la técnica quirúrgica detallada del bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) por laparoscopia, como tratamiento quirúrgico de los pacientes con obesidad mórbida.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Ninguno

V33 - IVOR LEWIS. ESOFAGOGASTRECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA.

Dres.: **Navarrete A, S.;** Leyba, J.; Navarrete LI, S.; Sánchez, N.
Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas. Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Presentar los detalles técnicos de una técnica novedosa de cirugía bariátrica por laparoscopia.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se demuestra la técnica quirúrgica detallada del bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) por laparoscopia, como tratamiento quirúrgico de los pacientes con obesidad mórbida.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Ninguno

V36 - RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO POR LAPAROSCOPIA. TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Dres.: **Navarrete A, S.;** Leyba, J.; Navarrete LI, S.; Sánchez, N.
Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas. Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Se presentan los detalles técnicos de la resección anterior de recto, para tumores de recto medio, por laparoscopia.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se demuestra la técnica quirúrgica detallada de la resección anterior baja por laparoscopia, para tumores malignos de tercio medio de recto.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Ninguno

V37 - CIRUGÍA METABÓLICA. BYPASS DUODENO – YEYUNAL POR LAPAROSCOPIA. TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Dres.: Navarrete A, S.; Leyba, J.; Navarrete LI, S., Sánchez, N.
Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas. Venezuela

INTRODUCCION: Presentar los detalles técnicos de una técnica novedosa de cirugía metabólica por laparoscopia.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se demuestra la técnica quirúrgica detallada del bypass duodeno-yeayunal por laparoscopia, como tratamiento quirúrgico de los pacientes no obesos, con diabetes mellitus tipo 2.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Ninguno

V38 - REDO. CONVERSIÓN DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE A BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS. DETALLES DE LA TÉCNICA

Dres.: Navarrete A, S.; Leyba, J.; Navarrete LI, S.; Isaac, J.; Sánchez, N.
Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas. Venezuela

INTRODUCCIÓN: Se presenta la técnica quirúrgica por laparoscopia de una reoperación, para el retiro de una banda gástrica ajustable no extruida y la realización de un bypass gástrico de una anastomosis (BAGUA) por laparoscopia en el mismo tiempo quirúrgico.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se demuestra la técnica quirúrgica detallada del bypass gástrico de una anastomosis por laparoscopia en un paciente previamente sometido a colocación de banda gástrica ajustable por laparoscopia, con pérdida de peso inadecuada.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Ninguno

V39 - ESPLENECTOMIA LAPAROSCOPICA POR ESFEROCITOSIS HEREDITARIA EN PACIENTE DE 6 AÑOS DE EDAD

Dres.: Ruiz, H.; Ritondale, O.; Vijande, M.; Motta, G., Lezcano, A., Ganum, N.
Policlínico del Docente, OSPLAD. Lavalle 1974 CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las indicaciones actuales de la esplenectomía se han visto limitadas por el uso de anticuerpos monoclonales, corticoides e inmunosupresores. En 1992 Carrol realiza la primera esplenectomía laparoscópica, convirtiéndose en el patrón de oro, debido a las ventajas que presenta sobre la vía abierta. La edad en la que se indicaba la esplenectomía era aproximadamente entre los 10 y 12 años. Los hemato-oncólogos han ido disminuyendo la edad de la indicación de la esplenectomía. Presentamos un video con una esplenectomía laparoscópica en una niña de 6 años, con esferocitosis hereditaria transfundida en 5 oportunidades.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Se presenta video de 6 minutos del procedimiento. La técnica utilizada fue en decúbito lateral derecho con 3/4 de rotación, se utilizaron 3 trócares, se ingresa el primero a nivel umbilical con técnica de Hassan. Se explora la abdominal en búsqueda de bazo accesorios. Se realizó sección de

vasos con bisturí armónico, se ligó el pedículo esplénico con clips y se extrajo pieza en bolsa porta espécimen, previa morcelación por incisión umbilical. El tiempo quirúrgico fue de 47 minutos. No se encontraron bazo accesorios.

OBSERVACIÓN: La paciente presentó buena evolución, alta a las 72hs, sin complicaciones postquirúrgicas. En el seguimiento alejado, no hubo recidiva de la enfermedad. La esplenectomía laparoscópica constituye una técnica segura y efectiva con menor morbilidad que la cirugía abierta. La indicación temprana en enfermedades hematológicas en pacientes pediátricos aporta no solo el beneficio teórico de la esplenectomía en sí misma, sino que se agregan los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, lo que redundará en una mayor aceptación por parte del equipo médico que deriva el paciente a cirugía, mayor aceptación del procedimiento por parte de los padres y permite acortar el tiempo de internación y la morbilidad asociada logrando una mejor calidad de vida para el paciente.

V40 - COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA. T3N0

Dres.: Castelli, F.; Viola, M.; Sánchez, G.; Launni, M.
Departamento de Cirugía de MUCAM. Montevideo, Uruguay

Mostraremos una colectomía derecha laparoscópica a una paciente portadora de un voluminoso tumor de colon ascendente en contacto estrecho con el duodeno.

Realizaremos una minuciosa disección para liberar al duodeno sin lesionar la pared del mismo y con criterio oncológico. Se comenzará la disección medial abordando el pedículo ileo-cólico y disecando entre las hojas del meso se logrará liberar al duodeno y llegar al hígado.

Se abordará luego los amarres laterales y se resecará parte de la grasa de Jerota adherida al tumor.

Una vez completada la movilización se procede a realizar una incisión mediana de 5cm por donde exterioriza la pieza y se realiza la anastomosis latero-lateral.

Postoperatorio sin incidentes, alta al 6 día.

V41 - REVISIÓN POR VIDEOLAPAROSCOPIA DE CATETES DE DIÁLISIS PERITONEAL

Dres.: Carbon M.; Almeida I.; Taruselli R.
Trabajo del Departamento de Cirugía y Nefrología del CASMU IAMPP

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal es una alternativa valiosa para pacientes con insuficiencia renal crónica. Requiere la colocación de un catéter peritoneal, clásicamente colocado por vía percutánea.

La videolaparoscopia ha demostrado su utilidad no solo en la colocación de dichos catéteres, en forma segura, sino también en la cirugía de revisión, para el diagnóstico y tratamiento de sus complicaciones más frecuentes.

OBJETIVOS: Mostrar la resolución por vía laparoscópica de complicaciones de los catéteres de diálisis peritoneal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se muestran tres casos clínicos: 1) Paciente portador de catéter de diálisis peritoneal (CDP) colocado 2 meses antes por vía percutánea con malfuncionamiento. Visualizamos el catéter en el hemiabdomen superior, rodeado de epiploon mayor y

adherencias. Se procede a su liberación. Se realiza resección del epiplón con bisturí armónico, como lo indican las normas internacionales a fin de evitar nuevas complicaciones. seguida de recolocación del CDP en el fondo de saco de Douglas, (FSD) comprobando su correcto funcionamiento.

2) En este caso se visualiza un catéter con mal funcionamiento por atrapamiento del epiplón, fijo al peritoneo parietal anterior. Durante la liberación se evidencia una colección purulenta en el FSD y gotera parieto cólica izquierda, se realiza cultivo bacteriológico y toilette, se retira el CDP.

3) Paciente portador de catéter de diálisis peritoneal durante 5 años, el mismo fue retirado hace varios meses por disfunción. Se realiza videolaparoscopia diagnóstica para definir su posible recolocación.

Se identifica peritonitis plástica adherencial, que se libera, y se coloca el catéter bajo visión laparoscópica.

La evolución de los tres pacientes fue satisfactoria con buena dinámica peritoneal.

OBSERVACION Y COMENTARIOS: La técnica videolaparoscópica, es de fácil realización, de baja morbilidad, permite resolver los problemas técnicos vinculados a la disfunción de los catéteres de diálisis peritoneal, con una estancia hospitalaria breve, y una rápida recuperación de la función dialítica peritoneal.

La utilización del bisturí ultrasónico facilita una segura resección del epiplón.

V42 - LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN HERIDA DE ARMA BLANCA ABDOMINAL PENETRANTE

Dres.: Belderrain, L.; Britos, N.; Muniz, N.
Servicio Emergencia Hospital de Clínicas Montevideo-Uruguay

INTRODUCCIÓN: Si bien la mayoría de las heridas penetrantes de abdomen requiere exploración quirúrgica, por la posibilidad de lesión de viscera hueca; en pacientes seleccionados, con hemodinamia estable y sin reacción peritoneal; podría plantearse tratamiento conservador. En esta situación, múltiples trabajos refieren alto porcentaje de laparotomías en blanco con morbilidad no despreciable.

El uso cada vez más rutinario de la tomografía ayuda a una selección más segura de dichos pacientes.

En ausencia valoración tomográfica, en pacientes dudosos, mostrar una alternativa válida de exploración abdominal, con sensibilidad igual a la laparotomía y menor morbilidad.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDO: Caso Clínico. Paciente de 36 años, sin antecedentes patológicos, recluso de Comcar, con herida de arma blanca con corte celular por agresión directa, sexo masculino, diestro. Arma de unos 25 cm de largo por 1 cm de ancho. Topografía en hipocondrio izquierdo. Valoración a 10 hs. del evento, presenta hemodinamia estable sin irritación peritoneal. Colocación de sonda naso gástrica, sin gasto hemático. Radiología simple de torax, sin neumó o hemo tórax. Radiología simple de abdomen, ascenso del hemidiafragma izquierdo, sin neumoperitoneo. No se dispone de Tomografía para completar diagnóstico lesional, tendiente a adoptar una conducta conservadora o intervencionista.

Se decide laparoscopia diagnóstica.

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: Videolaparoscopia que objetiva topografía de entrada del arma, grueso coágulo subfrénico izquierdo que envuelve al bazo y hematoma del ligamento gastroesplénico estable. Balance lesional de bazo, hígado izquierdo, hiató esofágico, diafragma izquierdo, ángulo izquierdo del colon, cola de páncreas normal. Se realiza toilette peritoneal con drenaje de látex subfrénico de salida. Buena evolución postoperatoria con alta precoz.

La exploración videoscópica abdominal completa es posible, con un correcto balance lesional y eventual tratamiento definitivo.

V43 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. PUERTO ÚNICO

Dres.: Ruiz, H.; Ritondale, O.; Bruno, M.; Pérez Martín, A.; Alvarez Alberó, A.; Limardo, A.
Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas., Villa Sarmiento, Buenos Aires. Argentina

INTRODUCCIÓN: La cirugía sin incisiones visibles y por incisión única es un concepto quirúrgico moderno, que ha llegado para quedarse, puede considerarse una nueva herramienta de la cirugía mínimamente invasiva consolidándose progresivamente como una estrategia puente en la laparoscopia habitual y las técnicas emergentes más avanzadas como el NOTES. La utilización del puerto único o Single Incisión Laparoscopic Surgery (SILS) se inicia en 2008 buscando mejores resultados estéticos y menor dolor.

DESCRIPCIÓN: Se presenta un video de 5 minutos de duración de una colecistectomía laparoscópica por puerto único. Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, puérpera de 65 días, con antecedente de 2 cólicos biliares, vesícula con litiasis múltiple, vía biliar no dilatada sin antecedentes canaliculares. Se realiza incisión umbilical, colocación de puerto único, punto tractor percutáneo en fondo vesicular, colecistectomía de cuello a fondo, previo clipado de arteria y conducto cístico, extracción de pieza junto a la extracción de puerto único. Cierre parietal. Incisión de 2,5cm. Alta a la 18 hs. del procedimiento. No presentó complicaciones postoperatorias ni requerimiento de analgesia de rescate.

COMENTARIO: La colecistectomía laparoscópica sigue siendo el gold standard en el tratamiento de la litiasis vesicular. La técnica mínimamente invasiva con un solo puerto es eficaz, segura y reproducible pudiendo ser una alternativa a las técnicas quirúrgicas laparoscópicas convencionales.

V44 - LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR

Dres.: Chabon, C.; Ruso Martínez, L.; Fernández, R.; Boudrandi, S.; Viñoles, C.
Clínica Quirúrgica 3, Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Maciel, Departamento Cirugía CASMU. Montevideo, Uruguay

INTRODUCCIÓN: El leiomioma es un tumor excepcional (0.5 % de los tumores de partes blandas); el 2% de ellos tiene origen en la pared vascular. La Vena Cava Inferior (VCI) es el vaso más afectado (50%). Son tumores encapsulados, que histológicamente se caracterizan por cordones de células en huso con alto índice mitótico, con expresión HHF35 positiva. Su lento crecimiento y localización retroperitoneal determinan su evolución asintomática hasta etapas avanzadas. Suelen presentar dolor abdominal y tumoración palpable. Los estudios imagenológicos, permiten establecer el diagnóstico y su extensión locoregional, metástasis a distancia, y trombosis asociada. El tratamiento consiste en la resección en bloque del tumor y de las estructuras comprometidas con márgenes oncológicos. La radioquimioterapia adyuvante ha logrado aumentar el período libre de enfermedad.

CONTENIDO: Se presenta una mujer de 52 años, que en ecografía abdominal se evidenció de forma incidental una tumoración retroperitoneal derecha, que se confirmó por TC y RNM, incluyendo el compromiso de la VCI a nivel ambas venas renales e infiltración del riñón derecho. Se realizó la excéresis quirúrgica del tumor completa, incluyendo nefrectomía derecha y sustitución de VCI con prótesis de Dacron® con reimplante de vena renal izquierda. Hipocoagulación seguida de antoagregantes plaquetarios en el posoperatorio.

COMENTARIOS: Estos tumores se clasifican según el segmento de VCI que involucran; segmento I (24%) infrarrenal, II (42%) desde las venas renales al sector retrohepático, III (34%) desde la desembocadura de las venas suprahepáticas a la aurícula derecha. En nuestro caso se trató de un tumor del segmento II, Aunque hay varias opciones de manejo vascular, en este caso se optó por una

técnica de sustitución y reimplante. La sobrevida a 5 años es 56% y se estima un 36% de recidiva locorregional. La resección completa con márgenes oncológicos constituye el principal factor pronóstico de sobrevida.

V45 - CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO. GASTRECTOMÍA CON RESECCIÓN DE ÓRGANOS VECINOS

Dres.: **Díaz de Liaño, A.**; Sánchez, G.; Artajona, R.; Yarnoz, C.
Servicio: Unidad de Cirugía Esófago gástrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

INTRODUCCIÓN: A pesar del avance de la cirugía, el cáncer gástrico avanzado continúa teniendo muy baja sobrevida a largo plazo. La evasión del órgano con infiltración de órganos vecinos agrava la situación oncológica, limita la posibilidad de su excéresis total (R.0) y su resección impone al cirujano un desafío técnico importante.

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS: Mujer de 52 años, diagnosticada de un adenocarcinoma del antro gástrico que se comprueba invade: duodeno, cabeza de páncreas, mesocolon y ángulo hepático del colon. No evidencia de metástasis ganglionares ni a distancia. Se realiza la excéresis oncológica en bloque, mediante cirugía radical. Estadificación: pT.4 N.0 M.0

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: En pacientes bien seleccionados, la propuesta de una cirugía visceral extensa, con criterio oncológico radical, por un cáncer gástrico regionalmente infiltrante, es una alternativa racional y factible, para el control de la enfermedad.

VIDEOS

P45 - NEUMOPERITONEO PRE-OPERATORIO EN EVENTRACIÓN GIGANTE

Dres. **Alberti, L., Hornos, J., Pignata, D.**
Servicio de Cirugía. Hospital Escuela del Litoral, Paysandú, Uruguay.
Verocay 871, Paysandú

ANTECEDENTES: En 1940 Goñi Moreno describió el neumoperitoneo preoperatorio, cuyo objetivo es permitir la reintroducción visceral progresiva y su adaptación a la cavidad abdominal, reduciendo las complicaciones cardiorrespiratorias y aparición del síndrome compartimental en el postoperatorio. Esta indicado en eventraciones mayores a 10 cm diámetro irreducibles.

OBJETIVO: Vigencia de una técnica clásica en una patología actualmente excepcional.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: SF, 59 años obesa. Voluminosa eventración mediana infraumbilical de 28 años evolución, incoercible, irreducible de 30cm de diámetro, con pequeña úlcera de piel. Operación: plastia con maya de polipropileno utilizando parte del saco para aislarlo de las vísceras y celular subcutáneo. Buena evolución posoperatoria sin complicaciones. Alta a los 3 días. Sin recidiva a 12 meses de seguimiento.

Técnica: Catéter Seldinger. Bajo anestesia local se realiza una punción abdominal a ciegas con técnica de Seldinger a nivel subcostal izquierdo línea medio-clavicular. Se colocó una llave de 3 vías con una jeringa de 50ml en una de las entradas, a través de la cual se insuflaron 1000ml de aire ambiente cada 24hs. En otra entrada, se conectó a un esfigmomanómetro para vigilar que la presión no superara los 12mmHg en cada sesión o según la tolerancia del paciente. Se repitió el procedimiento por 10 días.

RESULTADOS: A pesar de ser una técnica antigua mantiene vigencia.

CONCLUSIONES: Son excepcionales los casos de eventraciones que evolucionan hasta constituir una «pérdida de derecho a domicilio». Se comunica la vigencia de esta técnica clásica que busca readaptar la relación continente / contenido y permite la reintroducción al abdomen del contenido de la eventración, evitando las consecuencias fisiopatológicas graves derivadas de la hipertensión intrabdominal brusca. Es una técnica simple, de la cual se postula que disminuye las adherencias y a partir de la segunda semana estimula la inmunidad y mejora la respuesta de los macrófagos favoreciendo la cicatrización.

Bibliografía: 1-Goñi Moreno I. Eventración crónica gigante preparada con neumoperitoneo y operada. Informe preliminar. Buenos Aires: XXII Congreso Argentino de Cirugía; 1940.

P46 - PROCEDIMIENTO DE KARYDAKIS. UNA SOLUCION PARA LA ENFERMEDAD PILONIDAL

Dres.: Barberousse, C.*; **González, S.****; Chinelli, J.**; Rodríguez, JL.***

Prof. Adj. Clínica Quirúrgica 2. **Residente Clínica Quirúrgica 2

***Prof. Clínica Quirúrgica 2

Clínica Quirúrgica 2. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay

ANTECEDENTES: La Enfermedad Pilonidal Sacro Coccígea (EPSC) afecta principalmente hombres jóvenes. Presenta elevada tasa de recurrencia y prolongado tiempo de curaciones e inactividad. La técnica descrita por el Dr. George Karydakís' (1973), es cerrada y desplaza la cicatriz de la línea media con rápido reintegro y baja recurrencia.

OBJETIVOS: Describir la técnica de Karydakís y mostrar resultados.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Hombre de 21 años, con historia de 2 años de evolución. Debutó con el drenaje quirúrgico de absceso pilonidal. Instaló nueva supuración y drenaje al año. Se decide

cirugía definitiva, sin supuración en dicha oportunidad. Presentaba dos orificios, a 4 cm y a 8 cm del ano. Recibió profilaxis antibiótica (Cefazolina). Anestesia general. Posición en «muelle de navaja sevillana». Rasurado, antisepsia con iodopovidona. Técnica: Karydakís con algunas modificaciones. Consiste en incisión elíptica longitudinal, a un lado de la línea media, incluyendo orificios fistulosos. Excéresis en bloque, en profundidad hasta aponeurosis sacro-coccígea. Labramos colgajo hacia lado contralateral. Aproximamos con dos planos (sutura reabsorbible). Cierre de piel.

RESULTADOS: Alta a las 48 hs. Quince días después, herida en buenas condiciones (retiro de puntos). Se reintegra a su actividad habitual. A los dos meses, asintomático y con excelente cicatrización.

CONCLUSIONES: El viejo procedimiento de Karydakís con modificaciones descritas por Bascom², es una alternativa para la EPSC, permitiendo cierre primario y lateralización de la cicatriz, disminuyendo la recurrencia por: excéresis del sitio de recurrencias (línea media), y nueva línea media resultante, menos profunda, evitando acumulación de pelos (principal factor etiológico). Otras ventajas: sencillez, permitiendo realización ambulatoria, rápida reinserción a actividades habituales.³

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Karydakís GE: 'Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative processes Aust NZ J Surg 1992; 62:385-9
2. Bascom JU 'Failed pilonidal surgery' Arch Surg 2002; 137:1146-50
3. Kitchen PRB 'Pilonidal Sinus - Experience with the Karydakís Flap' Br J Surg 1996; 83:1452-55.

P47 - EPIDEMIOLOGÍA SOBRE EL TRAUMA CIVIL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

Dres. **Acuña, G.;** Thomasset, D.; Castillo, A.; Madrid, F.; Barreiro, C.

Servicio de Cirugía, Clínica Quirúrgica 1 Profesora Dra. Sonia Boudrandi Hospital Pasteur Montevideo Uruguay

RESUMEN: El trauma civil ocupa un alto porcentaje de consultas en las puertas de emergencia de los Hospitales. Con la diversidad de lesiones que estos conllevan y sus diferentes pronósticos ocupan un lugar preponderante a nivel de los servicios de salud.

Objetivo: análisis epidemiológico de las lesiones por trauma civil asistidas en el hospital Pasteur.

MATERIAL Y METODOS: se analizaron los pacientes que consultaron entre 1º noviembre del 2010 hasta 30 de setiembre de 2011 en el servicio de emergencia por heridas de arma de fuego y/o arma blanca. Se consignaron datos demográficos, topografía lesional; presencia de signos de gravedad al ingreso; balance lesional definitivo y morbimortalidad.

RESULTADOS: se registraron 122 pacientes con una mediana de edad de 27 años (rango intercuartílico 21-35,5), mayoría del sexo masculino (96%). Predominaron las heridas de arma de fuego (56,7%).

Las topografías lesionales más frecuentes fueron el abdomen (39,3%) y miembros inferiores (38,5%).

El 92% de los pacientes tenían un Score de Glasgow 15 al ingreso, y un RTS mayor a 7 (98,2%).

La mortalidad cruda fue de 1,6% (2/122)

Las UEM trasladaron el 49,2% de los pacientes; móvil policial 28,7% y por sus propios medios 22,1%.

Más del 70% de los pacientes trasladados por la policía arribaron a la puerta dentro de la hora de producirse la lesión, las UEM lo lograron en el 67,9%; y por sus propios en el 50% de los casos.

Los dos pacientes fallecidos tenían un RTS al ingreso menor o igual a 2.

CONCLUSIONES: El trauma civil predominó en varones entre 20 y 35 años. Las heridas de arma de fuego fueron la noxa mayoritaria. La mayoría de las lesiones fueron de leve entidad con baja morbimortalidad. No hubo diferencias significativas en cuanto a la velocidad de traslado comparando los diversos medios de transporte. Dos tercios de los pacientes llegaron dentro de la hora de la lesión.

P48 - TUMORES INFRECIENTES DE GLANDULA MAMARIA

Dres.: Castro, Ma. T.; Rodríguez, S.; Castillo, A.; Vila, A.; Arévalo, C.; Boudrandi S.

Servicio Cirugía General, Clínica Q1 UDA Mastología
Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay

RESUMEN: Hay algunos tumores de mama que son de presentación clínica infrecuente esto motivo la presentación del poster. Objetivo mostrar cuáles son estos tumores en nuestro centro.

MATERIAL Y METODOS: Realizamos una revisión retrospectiva de dichos tumores de mama. En el periodo del 2000 a agosto 2011 en un total de 494 cirugías mamarias

RESULTADOS: encontramos 24 tumores infrecuentes de mama (4,8%). Con respecto al sexo 17 mujeres y 7 hombres. Entre los cuales mencionamos 3 hamartomas, 1 adenoma lactacional, 9 tumores phyllodes, 1 sarcoma, 2 tumores metaplásicos, 1 tumor metastásico, 1 carcinoma ductal originado en un fibroadenoma y 6 cáncer de mama en el hombre.

CONCLUSIONES: Son tumores de mama de baja incidencia donde encontramos tumores benignos y malignos. Hacemos una breve reseña de su presentación clínica, diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFIA:

Tavassoli F. World Health Organization Lyon 2003. Pathology & Genetics of tumours of the breast and female genital organs.

MATERIAL Y METODOS: Mujer de 58 años que presentó perforación esofágica por cuerpo extraño con mediastinitis evolucionada. Dado el mal estado general se realizó inicialmente esofagectomía, esofagostoma cervical y cierre del cardias, para reconstruir el tránsito en diferido mediante gastroplastia retroesternal

RESULTADOS: Complicaciones: empiema pleural que requirió nueva toilette pleural, reconfección de la yeyunostomía y luego de la 2 cirugía fístula salival por la cervicotomía.

CONCLUSIONES: En los casos de perforación esofágica donde la mediastinitis es evolucionada, existe patología esofágica previa o inestabilidad hemodinámica se aconseja realizar la esofagectomía. La gastroplastia retroesternal constituye una vía extraanatómica que, contrariamente a lo que se creía, es promedialmente unos 3 cm más corta, sin diferencias en cuanto a complicaciones y resultados funcionales respecto de la vía posterior, pero estos resultados se basan en esofagectomías por cáncer. Siendo la radioterapia y la recidiva locorregional factores en la toma de decisión. En nuestra paciente consideramos que fue la ruta de elección debido a la distorsión anatómica que suponen la infección y el abordaje previo del mediastino posterior, destacando además la excelente tolerancia hemodinámica al momento del ascenso de la plastia.

BIBLIOGRAFIA

1. Braghetto I. et al; Perforación esofágica. Experiencia clínica y actualización del tema. Rev Méd Chile 2005; 133: 1233-1241
2. Haiquan Chen, Jiade J et al; Anterior Versus Posterior Routes of Reconstruction After Esophagectomy: A comparative anatomic study. Ann Thorac Surg 2009;87:400-404
3. J. J. B van Lanschoot et al; Randomized comparison of prevertebra and retrosternal gastric tube reconstruction after resection of oesophageal carcinoma. British Journal of Surgery 1999, 86, 102 – 108.

P49 - GLÁNDULAS SUPERNUMERARIAS

Dres. Rodríguez, S.; Castro, Ma. T.; Castillo, A.; Arévalo, C.; Vilas, A.; Boudrandi, S.

Servicio Cirugía General. Clínica Q 1.
HOSPITAL PASTEUR. Montevideo. Uruguay

RESUMEN: La polimastia es la presencia de más de 2 glándulas mamarias. Es una anomalía congénita con una frecuencia del 1 a 2 %. Se originan a lo largo de la línea mamaria que va de la región axilar a la ingle. Pueden ser completas o incompletas.

Se presentan habitualmente en la pubertad con mastodinia, ingurgitación premenstrual y aumentan en el embarazo. Pueden asociar malformaciones urogenitales y cardiovasculares.

Desarrollan la misma patología que las glándulas eutópicas. Presentamos un caso clínico, su diagnóstico y tratamiento. El mismo es quirúrgico, la mastectomía simple por los síntomas y por estética.

P50 - PERFORACION ESOFAGICA POR CUERPO EXTRAÑO: GASTROPLASTIA RETROESTERNAL COMO RUTA DE ELECCION PARA LA RECONSTRUCCION DEL TRANSITO

Dres. Chinelli, J.; González, S.; Borgno, L.; Beraldo, G.; Rodríguez, J.L.
Clínica Quirúrgica 2 – Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES: La perforación esofágica es una emergencia que requiere una alta sospecha clínica y el mayor reto que enfrenta un cirujano es elegir el tratamiento más adecuado para cada paciente.

OBJETIVO: Analizar las ventajas que ofrece la ruta retroesternal en el ascenso de la plastia para reconstrucción del tránsito luego de una mediastinitis grave.

P51 - CARCINOMA BASOCELULAR DE LA MARGEN ANAL

Dres. Ferla, D.; Moldes, M.; Barberousse, C.; Rappa, J., Bado, J. Rodríguez, J.L.

Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES: El Carcinoma Basocelular (CBC) es la neoplasia cutánea epitelial maligna más frecuente, presentándose en más del 80% de los casos en regiones expuestas al sol, siendo raramente encontrada en áreas protegidas de la luz solar. Las lesiones en la región perianal son extremadamente raras, representando menos de 0.5% de dichos tumores. Existen varias teorías que explican la etiopatogenia de estos CBC en áreas no fotoexpuestas; entre ellas, destaca la propuesta por Heckmann et al, que consideran que la inmunodepresión causada por las radiaciones ultravioletas a distancia es un factor principal. Estos tumores son de buen pronóstico con capacidad metastásica de 0.1%. Es fundamental el diagnóstico diferencial con el carcinoma basaloide (cloacogénico), mucho más agresivo. El tratamiento habitual consiste en la exéresis local del tumor, con márgenes de seguridad. Otras modalidades terapéuticas incluyen el curetaje, microcirugía de Mohs, electrocoagulación, crioterapia, aplicación tópica de 5-fluorouracilo, terapia fotodinámica, radioterapia, láser de CO2 y, la administración tópica de imiquimod.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de un caso clínico de carcinoma basocelular perianal.

DISEÑO: En el presente trabajo se realiza un análisis descriptivo.

Materia y método: Se presenta el caso clínico de una mujer de 70 años, que consulta por una tumoración perianal de años de evolución, indolora, con episodios de rectorragias escasas auto limitadas. No presentaba alteraciones del tránsito intestinal ni elementos de síndrome rectal, destacándose al examen físico una tumoración perianal polipoidea de 8 x 6 cms, exofítica, pediculada, con estigmas de sangrado, de consistencia firme pero móvil y de color rojo vinoso. Tacto rectal sin elementos patológicos a destacar.

RESULTADOS: Se realizó tratamiento quirúrgico mediante resección de la tumoración con márgenes adecuados, presentando una buena evolución. El examen anatomopatológico evidenció una neoplasia cutánea perianal con los caracteres de un carcinoma basocelular. Bordes quirúrgicos sin compromiso tumoral.

CONCLUSIONES: El carcinoma basocelular perianal es extremadamente infrecuente, el diagnóstico diferencial más importante es con el carcinoma basaloide. El tratamiento se basa en la resección con márgenes adecuados, presentando buen pronóstico.

P52 - TRAUMA HEPÁTICO. ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS DE MANEJO QUIRURGICO.

Dres.: **Abadie R;** Correa C; De Mattos A; Ruso Martínez L.
Servicio de Cirugía de COMTA (Cooperativa Médica de Tacuarembó) y Hospital Regional de Tacuarembó. Tacuarembó, Uruguay.

ANTECEDENTES: Durante los últimos 25 años hemos asistido a un espectacular cambio en el tratamiento de los traumatismos hepáticos. Desde tratamientos muy agresivos, como las resecciones hepáticas a muy conservadores, como la conducta no operatoria o el packing incluso con lesiones de vena cava. Históricamente, fue Pringle, en 1908, quien hizo las primeras observaciones sobre los traumatismos hepáticos.- La mortalidad por trauma hepático, llega al 25 %, aunque estas cifras se atribuyen más a las lesiones asociadas que a la lesión hepática en si misma. El adecuado manejo táctico/técnico de las lesiones graves continua siendo un desafío quirúrgico.

OBJETIVO: El presente trabajo muestra varias alternativas terapéuticas utilizadas en distintas etapas evolutivas de una contusión hepática cerrada grave.

MATERIAL Y METODO: Se analizan la secuencia terapéutica utilizada en las diferentes etapas evolutivas de un trauma hepático cerrado por compresión mecánica con un montacargas en un paciente joven de sexo masculino, que ingresa con hemodinamia inestable por un desgarramiento hepático profundo, en el cual se utilizó sucesivamente: la resección hepática izquierda, packing, reintervención, colecistectomía y colangiografía i/op, para establecer fuga biliar, bilistasis; open vacuum, para evitar el síndrome de hipertensión intraabdominal, sin cierre ulterior de la brecha quirúrgica, cuya superficie granulante se cubrió con amnios y luego con un injerto cutáneo; con buena evolución.

CONCLUSIONES: Para los traumas hepáticos contusos, se ha comunicado, con manejo no operatorio, ausencia de mortalidad y una morbilidad del 12 % (2). Para casos mas graves con necesidad de cirugía la mortalidad oscila entre 10 % y 25 % (3). El presente caso muestra la complejidad del manejo de un trauma cerrado grave de hígado y la diversidad de técnicas que pueden utilizarse durante el mismo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Torterolo, E; Rinaldi, B; Piacenza, et al. Análisis de 43 hepatectomías. Rev. Argent. Cir:47-95, 1984.
- 2) Trostchansky J., Ruso L., Vazquez A., Trostchansky J. Hematoma hepático por traumatismo cerrado de abdomen.. Cir. Uruguay 2003;73:97.
- 3) Ercolani G, Ravaoli M, Grazi GL, et al. Use of vascular clamping in hepatic surgery; lessons learned from 1260 liver resections. Arch Surg; 2008 :143:380.

P53 - QUISTE HIDÁTICO PRIMITIVO RETROPERITONEAL

Dres. **Moldes, M;** Ferla, D; Bado, J; Barberousse, C; Rappa, J; Secondo, G.
Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES: La equinocosis hidatídica retroperitoneal primitiva es una entidad anatomoclínica bien definida y poco frecuente, con una frecuencia para esta localización de 0.8-1% en las publicaciones. Asienta sobre el plano músculo esquelético de la pared posterior del abdomen, en la región lumbosacral, detrás del peritoneo posterior; su ambiente es el tejido celular laxo subperitoneal. La presión

intraabdominal y la resistencia del peritoneo parietal posterior, los aplica contra el raquis y les impone un crecimiento más bien vertical. El quiste hidático retroperitoneal tiene tendencia a migrar por el espacio débil del cuadrilátero de Grynfelt y invadir los planos parietales haciendo saliente bajo la piel. El manejo quirúrgico admite como en otras localizaciones de esta patología, varias modalidades.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de un caso clínico de quiste hidático retroperitoneal.

DISEÑO: En el presente trabajo se realiza un análisis descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso clínico de un paciente de 71 años, que consulta por una tumoración en la fosa lumbar derecha de 4 meses de evolución, indolora, destacándose al examen físico la palpación de una tumoración en flanco derecho redondeada de consistencia firme, fija a los planos profundos y a nivel de la fosa lumbar derecha, cercana a la gotera paravertebral se palpa tumoración de partes blandas, alargada, de consistencia firme elástica. Se describen los métodos diagnósticos empleados destacando en la imagenología una tumoración retroperitoneal con paredes calcificadas, contenido inhomogéneo que impresiona comunicar con la tumoración de partes blandas.

RESULTADOS: Se realizó tratamiento médico mediante Albendazol y quirúrgico mediante lumbotomía derecha y quistectomía total y tratamiento percutáneo del tumor retroperitoneal persistente mediante punción, evacuación, esterilización y drenaje ecoguiado, presentando una buena evolución.

CONCLUSIONES: La equinocosis hidatídica retroperitoneal primitiva es una localización infrecuente; el diagnóstico precoz, basado en la sospecha clínica, una actitud quirúrgica oportuna, junto al adecuado tratamiento médico es lo que permite lograr los mejores resultados.

P54 - INVAGINACIÓN INTESTINAL COLO-CÓLICA EN EL ADULTO: A PROPOSITO DE DOS CASOS.

Dres.: **González, S.;** Borgno, L.; Chinelli, J.; Beraldo, G.; Rodríguez, J.L.
Hospital Maciel, Clínica Quirúrgica 2. Setiembre del 2011

ANTECEDENTES: La invaginación intestinal, es rara en los adultos. La etiología en casi un 80%, se debe a una lesión orgánica benigna o maligna lo que condiciona la necesidad de tratamiento quirúrgico definitivo.

OBJETIVO: Destacar la marcha subaguda en dos casos clínicos, su registro imagenológico y tratamiento

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos dos casos (1 y 2), de pacientes con invaginación intestinal, destacando en ambos, historia arrastrada de varias semanas de dolor abdominal esporádico e inespecífico, y náuseas. En uno de los casos se sumó adelgazamiento (caso 1). En la evolución, presentan tumoración abdominal por lo que consultaron. Ninguno presentó historia oclusiva.

Del examen se destacó, en ambos, presencia de tumoración de 10-12cm, móvil y dolorosa. En el caso 1 a nivel de la región umbilical y en caso 2 en flanco izquierdo.

La Tomografía mostró en ambos, imagen en forma de «escarpela» o «diana», con sector intestinal intususceptado, y en cortes axiales, clásica imagen en «salchicha», ileoceco-cólica en el primer caso y sigmoidea en el segundo.

La laparotomía exploradora, confirmó el diagnóstico de invaginación intestinal colo-cólica en ambos casos, en colon derecho (caso1) y sigmoidea (caso2), realizando hemicolectomía derecha y sigmoidectomía respectivamente.

La anatomía patológica informó adenocarcinoma en el primer caso y lipoma submucoso sigmoideo en el segundo.

CONCLUSIONES: La Invaginación Intestinal en adultos es una rara causa de dolor abdominal inespecífico. La mayoría se presentan con marcha subaguda o crónica, respondiendo a una patología

orgánica (cabeza invaginante). Es común que no presenten cuadros oclusivos ni sufrimiento isquémico. La modalidad terapéutica es la cirugía resectiva.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gayer G, Zissin R, Apter S, Papa M, Hertz M. Adult intussusceptions—a CT diagnosis. *The British Journal of Radiology*, 75 (2002), 185–190
2. Yalamathi S, Smith R. Adult intussusceptions: case reports and review of literature. *Postgrad Med J* 2005;81:174–177
3. Gayer G, Apter S, Hofmann C, et al. Intussusceptions in adults: CT diagnosis. *Clin Radiol* 1998;53:53–7

P55 - EQUINOCOCCOSIS HIDATÍDICA RETROPERITONEAL PRIMITIVA. PRESENTACIÓN DE UNA ENTIDAD CLÍNICA INFRECIENTE

Dres.: Abadie, R.; Correa, C.; Ferreira, C.; Geninazzi, H.
Servicio de Cirugía Hospital Regional de Tacuarembó, Tacuarembó, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: Se trata de una entidad anatomoclínica bien definida por sus particulares características topográficas.

Descrita por primera vez por Cranwell y Herrera Vargas en 1910, en Uruguay por Lockart y Saprizza Vidal en 1956. De acuerdo a Devé, integran las «raras localizaciones del Quiste Hidático»

Se topografían sobre el plano musculoesquelético de la pared posterior del abdomen, región lumbosacral, detrás del peritoneo parietal posterior, en el tejido celular laxo subperitoneal.

Se plantean como principales diagnósticos diferenciales: la Equinococosis renal, de columna vertebral y del músculo psoasiliaco.

Crecen en sentido vertical, por la resistencia del peritoneo parietal posterior tienden a migrar a través de sectores débiles invadiendo planos parietales.

Se presentan frecuentemente como una colección líquida de la pared lumbar o de la gotera paravertebral, con protrucción a través del cuadrilátero de Grynfelt. Pueden ser asintomáticos durante mucho tiempo.

Habitualmente se trata de quistes multivesiculares, con bolsa adventicia, a menudo con varias logias, lo que tiene implicancias terapéuticas y pronósticas.

OBJETIVO: Describir el caso clínico de un paciente con Equinococosis Hidatídica Retroperitoneal Primitiva, su presentación clínica, sus dificultades diagnósticas y su resolución quirúrgica.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 55 años, procedente de zona rural de Colonia, con antecedentes familiares de Enfermedad Hidatídica Hepática, con antecedentes personales de litiasis vesicular, que durante un screening ecográfico, se halla una imagen quística retroperitoneal Clínicamente sintomática, con un examen físico normal.

ECOGRAFÍA: Formación quística en íntimo contacto con el polo inferior del riñón izquierdo que se extiende caudalmente, mide 18 por 17 por 15 mm, presenta paredes regulares bien definidas e imágenes quísticas en su interior compatible con QH renal emergente multivesicular.

TAC Abdominopélvica con contraste IV:

Formación quística multivesicular de 15cm por 17 cm de diámetro que se extiende por debajo del riñón izquierdo hasta la pelvis mayor de ese lado.

ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS PARA HIDATIDOSIS: negativos.

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM): Cataloga la imagen quística como QH multivesicular, define su localización retroperitoneal al identificar, fundamentalmente en los planos coronal y sagital, fino plano graso de separación con el riñón y establece mejor las relaciones de la misma con el uréter izquierdo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Se realizó un abordaje anterior. De la exploración se destaca una tumoración de 20 cm de diámetro, retroperitoneal a izquierda, por debajo del polo inferior del riñón izquierdo

y por delante del psoas, que desplaza hacia adentro el uréter y vasos gonádicos y que se extiende hasta la pelvis menor.

Se realiza la quistoadnectomía total.

EVOLUCIÓN: Buena evolución, alta al tercer día del postoperatorio.

DISCUSIÓN: Motivo el análisis de este caso, la baja frecuencia de presentación de la enfermedad hidática en esta topografía, así como la forma de presentación asintomática como ocurre en las tumoraciones retroperitoneales de lento crecimiento.

Los hallazgos imagenológicos, fundamentalmente la RNM, fueron pilar fundamental para la aproximación diagnóstica, descartando los diagnósticos diferenciales.

En cuanto a la terapéutica instaurada desde el punto de vista quirúrgico se realizó el plan máximo que es la quistectomía total, lo cual no es habitual poder realizar en esta topografía.

BIBLIOGRAFÍA:

- Larghero, P; Venturino, W; Brolí, G; Equinococosis hidatídica retroperitoneal primitiva. En: Larghero, P; Vehturino, W; Brolí, G, Equinococosis hidatídica del abdomen. Montevideo: Delta, 1962; pág 195-96.
- Rosa, F; Hidatidosis retroperitoneal primitiva. Bol.Soc.Cir.Uruguay, 1961;32:281-4
- Lockhart, J; Saprizza Vidal, C. Hidatidosis retroperitoneal primitiva. Bol.Soc.Cir.Uruguay, 1956;27:290-303.
- Danza, R; Esperón, R; Mateo, L; problemas semiológicos a propósito de un caso de hidatidosis retroperitoneal primitiva. Bol.Soc.Cir.Uruguay, 1963;34:301-4
- Hojman, I. Quiste hidático retroperitoneal. Congreso Uruguayo de Cirugía, 1ro. Montevideo, 15-17 de dic. de 1950. Montevideo: Talleres Gráficos de A. Montevideo, 1951.p.143-6.
- Terra, E. Equinococosis hidatídica abdominal extrahepatorenal. Quiste hidático primitivo de bazo. Rev.Cir.Uruguay, 1985;55:171.
- Caaubarrere, NL. Hidatidosis de la pelvis. Bol Soc Cir Uruguay, 1948. 19:5-20.
- Devé, F. Sobre equinococosis preperitoneal. Bol Soc Cir Uruguay, 1940. 11:4-7.
- Del Campo, JC, Castiglioni, JC. Hidatidosis peritoneal secundaria subdiafragmática. Bol Soc Cir Uruguay, 1931;2:40-4.
- Chifflet, A. Equinococosis peritoneal. Bol Soc Cir Uruguay, 1938,9:365-76.
- Chifflet, A. Arias Bellini, M. Imágenes radiológicas en dislocaciones viscerales del flanco. Bol Soc Cir Uruguay, 1953,24:32-4.
- Valls, A. Complicaciones peritoneales crónicas de la hidatidosis peritoneal. Contribución de la cirugía del Uruguay en el tratamiento de las complicaciones peritoneales de la hidatidosis. Cir.Uruguay 1971,41:378-86.

P56 - TRATAMIENTO DE METASTASIS HEPATICAS POR TUMOR CARCINOIDE. CASO CLÍNICO

Dres.: Madrid, F.; González, R.; Barreiro, C.; Estape Viana, G.; González, F.
Servicio de Cirugía del Hospital Pasteur, Clínica Quirúrgica «1». Montevideo. Uruguay.

ANTECEDENTES: Los tumores carcinoides son lesiones poco frecuentes que se originan a nivel del tubo digestivo. Los que se originan a nivel del íleon y colon derecho tienen capacidad de diseminación metastásica hepática por vía hemática. Cuando ello ocurre son capaces de determinar un síndrome carcinóide.

OBJETIVO: puesta a punto del estudio y tratamiento de las metastasis hepáticas por tumor carcinóide a propósito de un caso clínico.

CASO CLÍNICO: paciente de 37 años, sexo femenino, colecistectomizada, con historia de diarrea, tuforadas y sensación de ocupación epigástrica. Sin elementos de repercusión general ni clínica de obstrucción de la vía biliar. Se estudia con ecografía,

OBJETIVOS: Analizar dos pacientes portadores de SIDA y Síndrome colangiopático, destacando el algoritmo diagnóstico y el plan terapéutico realizado en los mismos.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de dos casos clínicos

Caso 1: 41 años, hombre, SIDA en tratamiento con ARV. 20 días previo ictericia y dolor de HD. Ex. Físico: ictericia universal, apirético. hepatomegalia. BT 8,7 BD 6,9 FA 2022 GGT 1397 TGP 288 TGO 256. Ecografía: hepatomegalia. TAC: tumoración de S II 70 mm x 50 mm. Dilatación VBIH. Múltiples adenomegalias en hilio hepático. ERCP: coledoco distal afinado sin litiasis. Punción bajo Ecografía evidencia LINFOMA. Se decide tratamiento médico en Servicio Hemato Oncología Hospital de Clínicas. Buena evolución

Caso 2: 39 años, hombre, SIDA en tratamiento con ARV, BK en dos oportunidades, hepatitis C. 15 días previo ictericia y dolor abdominal. Ex. Físico: ictericia universal, apirético, adenopatía de cuello, hepatoesplenomegalia. BT 31 BD 24 FA 1957 GGT 1008 TGO 309 TGP 152 Ecografía y TAC 07/2008: hepatoesplenomegalia, dilatación VBIH y adenopatías hilio hepático. Biopsia adenopatía: LINFOMA. CTPH: colocación de drenaje biliar transestenótico. Continúa con tratamiento en Servicio de Hemato Oncología Hospital de Clínicas. Buena evolución.

DISCUSIÓN: las alteraciones hepatobiliares son muy frecuentes en pacientes con SIDA, existiendo alteraciones bioquímicas, serológicas y morfológicas. Puede afectar hígado, sistema biliar o ambos. La etiopatogenia es multifactorial, la causa más común es la hepatitis tóxica inducida por drogas, las cuales producen cuadros de colangitis esclerosante al producir daño vascular en el árbol arterial hepático. le siguen en frecuencia las infecciones por gérmenes oportunistas y neoplasmas (Linfomas). El algoritmo diagnóstico no está protocolizado, se realiza ecografía, TAC, Colangio RNM. El tratamiento ulterior puede ser con: a) ERCP y eventual colocación de STENT, o b) CTPH asociado a punción biopsia hepática.

En los casos analizados se confirmó el diagnóstico de Linfoma por biopsia con Trucut del tumor hepático, y en el otro caso biopsia de adenopatía de cuello. Respecto al tratamiento, en un caso se trató el Linfoma en Hematología sin derivación biliar por tener una BT menor de 10, no presentar progresión y sin elementos de infección. En el otro paciente se recurrió al drenaje transparieto hepático debido a un aumento progresivo del patrón colestático con valores mayores de 30 de BT. La evolución fue buena en ambos casos.

CONCLUSIONES: Es fundamental la conformación de un equipo multidisciplinario integrado por infectólogo, hematoncólogo y cirujano.

Una vez descartada las causas tóxicas inducidas por drogas e infecciones por gérmenes oportunistas, debemos avanzar en el diagnóstico con imagenología eventualmente con procedimientos mini invasivos. Hoy día la Colangio RNM nos ofrece un excelente mapeo de la vía biliar en el síndrome colangiopático del paciente con SIDA.

El diagnóstico y tratamiento de las afecciones biliares que ocurren en pacientes con SIDA siguen constituyendo un desafío para el cirujano.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Scheniderman DJ. Hepatobiliary of abnormalities AIDS. *Gastroenterology Clin North Am* 1988;17:615-30
2. Kim Y. Cytomegalovirus infection in HIV patient with duodenal papillitis. *Endoscopy* 2007; 39: 23-27
3. Martínez HP. Sclerosing cholangitis, papillary stenosis and B cell lymphoma in a patient with AIDS. *Med Clin* 1991;97:58-60.
4. Bilgin M. Hepatobiliary and pancreatic MRI and MRCP findings in patients with HIV infection. *AJR* 2008;191: 228-32.

P60 - INFECCIÓN ACTINOMICÓTICA DE UN QUISTE DE URACO

Dres.: Rabellino Flores, J.; Domínguez Corbo, F.; Armand Ugon Bigi, G.; Olivera Pertusso, E.; Ruso Martínez, L.
Clínica Quirúrgica 3. Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

ANTECEDENTES: La actinomicosis es una infección causada por la bacteria anaerobia grampositiva *Actinomyces israelii*, integrante de

la flora intestinal normal. El uraco, vestigio embrionario de la alantoides, se oblitera a las 15 semanas de desarrollo embrionario. En el 2% de los casos esta obliteración es incompleta y origina distintas malformaciones, siendo el quiste de uraco una de ellas. La infección del quiste de uraco es infrecuente, con pocos casos publicados en la literatura. La presentación clínica suele confundirse con la de un adenocarcinoma de uraco y el tratamiento es la resección quirúrgica. La actinomicosis se presenta más frecuentemente en mujeres portadoras de dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo, aunque puede presentarse en ambos sexos y sin factores predisponentes evidentes.

OBJETIVO: Reporte de caso clínico. Búsqueda en bases de datos y correlación con lo encontrado en la paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Reporte de caso; tumoración dolorosa infraumbilical y mediana, en paciente con fiebre. Antecedente de extracción de DIU en la semana previa. Quiste de uraco confirmado en tomografía. Antibióticoterapia y resección quirúrgica. Estudio anatomopatológico confirmó quiste de uraco y el bacteriológico actinomicosis. Búsqueda bibliográfica en base de datos digitales.

RESULTADOS: Presentación clínica, tratamiento y evolución de la paciente son concordantes con lo encontrado en diferentes publicaciones.

CONCLUSIONES: La infección actinomicótica presenta un comportamiento pseudotumoral y debe considerarse como diagnóstico diferencial en tumoraciones inflamatorias de la pared abdominal infraumbilical y mediana. El diagnóstico es de sospecha clínico-imagenológica y su confirmación anatomopatológica y bacteriológica. El tratamiento requiere antibióticoterapia y cirugía con resección en bloque del uraco y las estructuras adyacentes afectadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. A Jalón, O Rodríguez, J García, M Díaz, J Fernández, S Escaf, J Regadera. Actinomicosis uracal: a propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 2002 Aug; 26 (7): 519-22.
2. E Micheli, R Hurler, A Losa, D Chingalia, A Ranieri, A Lembo. Primary actinomycosis of the urachus. *BJU International* 1999; 83: 144-45.
3. VK Marella, O Hakimian, GJ Wise, DA Silver. Pelvic actinomycosis. Urologic perspective. *International Braz J Urol* 2004 Sep-Oct; 30(5): 367-76.

P61- VÓLVULO DE SIGMOIDES GIGANTE: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA COMPLICACIÓN OBSTRUCTIVA BENIGNA

Dres.: Santamaría Ortiz, A.; Domínguez, F.; Trostchansky, J., Armand Ugon, G.; Presinky, M.
Departamento de Emergencia y Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel. Montevideo-Uruguay.

ANTECEDENTES: Se define vólvulo como la torsión o rotación anómala de un sector del intestino sobre su eje mesentérico. El vólvulo de sigmoides es la causa del 4 al 6% de las oclusiones intestinales, la segunda causa de volvulación intestinal y la primera (75%) en las de origen colónico, seguido por el ciego y transversos. El factor predisponente más importante es la presencia de un asa intestinal larga, con un meso largo y libre y extremos cercanos. El sufrimiento vascular lo hace una entidad quirúrgica, aunque en etapas incipientes está indicada la devolvulación endoscópica. Se presenta un caso con síntomas escasos, excepcional volumen visceral y evolución fatal.

OBJETIVO: Análisis anatómico-clínico/quirúrgico y evolutivo. Revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Hombre, 73 años, distensión abdominal y detención del tránsito intestinal por materias y gases, de 72 hs de evolución. No dolor abdominal ni vómitos. Al ingreso: polipnea y taquicardia, gran distensión abdominal difusa y uniforme, sin dolor a la palpación del abdomen, ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia. Tacto rectal: materias normocoloreadas, Douglas indoloro. Deshidratación y acidosis. Radiografía de abdomen: confirma distensión colónica con edema de la pared intestinal (imagen en grano

de café). Operación: incisión mediana, vólvulo de sigmoides, dólícomegacolon, paredes intestinales gruesas; sigmoidectomía y Hartmann. Evolución: ingresa a CTI, fallece a las 14 horas del postoperatorio (Shock irreversible). Anatomía Patológica: sigmoides de 52 cms. de longitud x 48 cms.de perimetro máximo, con cambios squémicos.

RESULTADOS: Presentación clínica atípica y grave de un vólvulo de sigmoides en un paciente portador de dólícomegacolon. Las publicaciones consultadas hacen referencia a la presentación clínica con dolor de inicio brusco, cólico al inicio, luego de tipo isquémico e intensidad en aumento, y distensión abdominal asimétrica.

CONCLUSIONES: Se comunica un caso de vólvulo de sigmoides con marcada disociación clínico lesional, intervenido con importante repercusión metabólica e hidroelectrolítica, que condicionaron su pronóstico vital más allá de la exéresis quirúrgica.

P62 - TRATAMIENTO CONSERVADOR EN UN TRAUMATISMO HEPATO-PANCREÁTICO

Dres. Salvatierra, M. *; Díaz, V.*; Campos, N. **

Trabajo de UDA Quirúrgica SALTO, Servicio Cirugía Hospital Salto
* Residente, **Jefe Servicio

Paciente de 19 años, siniestro de tránsito conductor de moto, sin casco, politraumatizado, TEC con coma primario (contusión parietal izquierda y edema encefálico difuso), trauma cerrado de tórax, abdomen y pérdida de sustancia en miembro inferior. Presenta hemoneumotorax necesitando ARM, destacándose en la tomografía hematoma contenido en casi todo el lóbulo izquierdo hepático, páncreas engrosamiento e hipo densidad difusa del órgano con compromiso total del mismo. Mantiene una hemodinamia estable durante toda la evolución, presenta un derrame pleural infectado bilateral que requirió drenaje también del hemitórax contra lateral. Desarrollo un pseudoquistes pancreático post traumático que fue a la resolución espontánea en la evolución, no requiriendo cirugía por sus lesiones abdominales.

Actualmente curación «ad integrum» sin secuelas.

P63 - LIPOSARCOMA DE NUCA

Dres.: Steffani, J.; Pontillo, M.; Walsh, J.; Telles, L.

Clínica Quirúrgica «3», Hospital Maciel, Montevideo Uruguay.

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico en póster, liposarcoma en una, topografía y edad atípica.

INTRODUCCION: Los liposarcomas son tumores malignos de origen mesodérmico.

Cuyo pronóstico oncológico depende del tipo histológico y de su topografía.

Los tumores no encapsulados y pobremente diferenciados, tienen mayor tasa de recidiva local

El único tratamiento eficaz es la resección quirúrgica tipo RO.

CASO CLINICO: Mujer de 20 años, sin AP a destacar.

Consulta por tumoración de 1 año de evolución, de nuca de rápido crecimiento en los últimos 4 meses.

RNM: Tumoración de aspecto heterogéneo, con rica vascularización en su interior.

Punción biópsica con tru-cut, confirma diagnóstico de liposarcoma a células redondas.

Se realizó excéresis tipo RO.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Presentación de un voluminoso liposarcoma, en una edad y topografía atípica.

Se logró la resección completa del macroscópica del tumor.

Destacando como factores de mal pronóstico tamaño mayor a 5 cm (T2), tumor a células redondas, elementos que aumentan la tasa de recidiva local.

P64 - TRAUMATISMO GRAVE DE PELVIS, LESION DE PERINÉ ANTERIOR. A PROPOSITO DE UN CASO.

Dres.: Domínguez Corbo, F.; Santamaria Ortiz, A.; Rabellino

Flores, J.; Bado Bayce, J.; Trostchansky Vasconcellos, J.;

Departamento de Emergencia y Clínica Quirúrgica 3.Hospital Maciel. Montevideo-Uruguay.

ANTECEDENTES: La mayoría de los traumatismos de pelvis son debidos a accidentes de tránsito, accidentes laborales por aplastamiento o precipitación. El trauma de pelvis se asocia con politraumatismos en un 9% de los casos, con una mortalidad de más del 50% en el traumatismo abierto; las causas de muerte en este caso son debidas a shock hipovolémico, falla multiorgánica y sepsis. Las cuatro fuerzas que llevan a la fractura pélvica incluyen: compresión anteroposterior, compresión lateral, cizallamiento lateral y combinadas.

OBJETIVO: Reporte de un caso clínico. Revisión de la bibliografía y correlación con la presentación clínica y los hallazgos quirúrgicos del caso presentado.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso; 20 años, sexo femenino, incidente de tránsito como acompañante de moto, sin casco, choque frontal contra automóvil sale despedida del vehículo, traumatismo encefalocraneano (TEC) con pérdida de conocimiento. Del balance lesional se destaca vigíl, hemodinamia estable, erosiones en cara, inestabilidad mecánica del anillo pélvico, hemorragia a través de genitales externos y hematoma de los mismos a derecha. Radiografía de pelvis: disyunción de sínfisis pubiana y fractura sacra. Tomografía computada: fractura del cuerpo de sacro, disyunción de sínfisis pubiana, líquido subperitoneal compatible con sangrado y aire en pared abdominal anteroinferior y fosa isquiorrectal. Operada por equipo multidisciplinario integrado por traumatólogos, ginecólogos y cirujanos. Fijación externa de pelvis. En periné, lesión de clitoris y hematoma de labio mayor derecho de vulva. se realiza drenaje y hemostasis. Buena evolución.

RESULTADOS: La conducta empleada está de acuerdo con las pautas de manejo publicadas en la literatura. Los hallazgos intraoperatorios coinciden con la clínica que presentó la paciente.

CONCLUSIONES: En el caso de nuestra paciente existió una lesión por compresión anteroposterior, que implica la disrupción de la sínfisis pubiana con desgarro de los complejos ligamentosos óseos posteriores representado por la fractura sacra, junto con una lesión del periné anterior involucrando los genitales externos, presentando un lesión grado III según escala de injuria del útero no grávido, teniendo este grado de lesión indicación de sutura y drenaje, se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico de hematomas mayores a 5cm reducen el número de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, et al. Organ injury scaling. VI: Extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. J Trauma. 1995 Dec;39(6):1069-70.

2. Benrbi G, Neuman C, Nuss RC. Vulvar and vaginal hematomas: A retrospective study of conservative versus operative management. South Med J 1987;80:991.

P65 - CUMPLIMIENTO DE PAUTAS DE TROMBOPROFILAXIS COMO MEDIDA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA SERIE DE PACIENTES QUIRÚRGICOS OPERADOS EN EL HOSPITAL MACIEL

Dres.: **Domínguez Corbo, F.**; Rabellino Flores, J.; Logaldo Fernández, R.; Bazán Hernández, N.; Trostchanky Vasconcellos, J.
Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

ANTECEDENTES: La incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes internados en cirugía general varía entre el 15 a 40% en ausencia de tromboprofilaxis, siendo la mortalidad por tromboembolismo pulmonar (TEP) del 20% en pacientes hospitalizados. Diversos programas destacan la tromboprofilaxis como indicador de calidad asistencial. Para ser efectiva deben cumplirse determinadas pautas preestablecidas, que dependen del nivel de riesgo para enfermedad tromboembólica (ETE) que presenta cada paciente.

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de las pautas de tromboprofilaxis en una serie de pacientes operados en el Hospital Maciel.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos mediante revisión de historias clínicas en el periodo 2008-2011. Se describen variables tales como: edad, sexo, tipo de cirugía, enfermedades médicas comorbidas, tratamiento profiláctico recibido, días de internación, entre otras. Se calculó el riesgo de padecer un evento tromboembólico basados en el score de Joseph Caprini y se describió si los pacientes con alto y muy alto riesgo recibieron o no tratamiento profiláctico.

RESULTADOS: De un total de 119 pacientes (M: 46; F: 73), con una media de edad de 47,5 años (rango: 16 - 82), 61 pacientes (51%) presentaron riesgo para ETE (score $\geq$ 3). Solo el 18% de estos recibió tromboprofilaxis. Siendo el subgrupo de riesgo alto (score 3 - 4) el menos tratado (4%) y el subgrupo de muy alto riesgo (score $>$ 4) el más tratado (56%).

CONCLUSIONES: A pesar de la existencia de guías y recomendaciones basadas en evidencias sobre los aspectos de prevención de ETE, la tromboprofilaxis no se realizó en forma correcta en un 80% de los pacientes analizados con indicación de la misma, poniendo en evidencia el incumplimiento de las pautas aceptadas y el potencial riesgo de comorbilidad o muerte que ello conlleva. La prevención de la ETE se reconoce como un indicador de calidad asistencial y es necesario implementar en forma activa estrategias para mejorar el cumplimiento de dichas pautas. Así mismo es importante diseñar estudios destinados a valorar el efecto de las iniciativas propuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. SL Cohn. Prophylaxis of venous thromboembolism in the US: improving hospital performance. *J Thromb Haemost*. 2009 Sep;7(9):1437-45.
2. WH Geerts, D Bergqvist, GF Pineo, JA Heit, CM Samama, MR Lassen CW. Colwell. Prevention of venous thromboembolism: American College Of Chest Physicians. Evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2008;133;381S-453S.

P66 - LIPOMA GIGANTE DE HOMBRO

Dres: **Zeoli, M.**; Cantileno, P.; Lyford-Pike, P.; Waller G.; Neirotti R.
Clínica Quirúrgica «F». Prof. Dr. Veirano G.
Hospital de Clínicas- Montevideo - Uruguay.
UDA Cirugía General- Hospital Español.

Definimos Lipoma al tumor benigno de tejido graso que puede encontrarse en donde se encuentre tejido graso normalmente.

Es el tumor mesenquimatoso que ocupa el primer lugar en frecuencia entre los tumores de partes blandas, la que varía entre un

16 al 50%. Corresponde al 90% de los tumores grasos y el 1% de los tumores benignos.

Pueden ser únicos o múltiples. La mayoría son subcutáneos. Es importante el diagnóstico diferencial con liposarcomas; los lipomas pueden ser más profundos entre los tejidos; estos a su vez, suelen sub-clasificarse en intramuscular (más común en el tronco) e intermuscular (más común en la pared abdominal anterior).

Histopatológicamente presenta adipocitos normales, presencia de células con núcleos en agujero; fina cápsula y delgados tractos de tejido conectivo. Vascularización aumentada. Ausencia de mitosis y de atipias celulares.

Definimos al Lipoma gigante aquel con diámetro mayor a 10 cm y peso mayor a 1000 mg.

Presentamos el caso clínico de paciente de una mujer de 51 años, HTA. Obesa. Consulta por tumoración del hombro derecho de 20 años de crecimiento progresivo, indoloro, sin compromiso local, con limitación funcional y estética. Al examen tumoración de hombro de 25 x 20 cm, sin compromiso cutáneo, compatible con lipoma gigante.

Se realizó excéresis quirúrgica. Se confirma la histología por anatomía patológica, tamaño de 20 x 22 y peso de 1300 mg.

Destacamos la importancia de esta patología radica en su frecuencia y diagnóstico diferencial fundamentalmente con el liposarcoma. Así como importantes trastornos funcionales y estéticos que éstos pueden generar, como en nuestra paciente.

En la literatura nacional e internacional consultada no se encontraron casos clínicos de lipomas de hombro.

Se describe a liposucción como método usado para lipomas gigantes en quienes la escisión quirúrgica conlleva un mayor riesgo de hematoma e infección y puede requerir un cierre en varios planos.

El tratamiento en general para los lipomas es la escisión.

P67 - PATOLOGÍA LITIÁSICA VESICULAR

Dres.: **Zeoli, M.**; Waller, G.; Lyford-Pike Terra, D.; Neirotti, R.
Clínica quirúrgica «F» Prof. Veirano G.
Hospital de Clínicas - Montevideo

ANTECEDENTES: La patología litiasica vesicular y sus complicaciones es una entidad frecuente en nuestro medio a la cual el cirujano se enfrenta diariamente.

La litiasis biliar se define como la presencia de cálculos en algún lugar de la vía biliar, pudiendo ocasionar problemas obstructivos.

La litiasis biliar puede aparecer a cualquier edad. En los primeros años la prevalencia es similar en ambos sexos, pero al aumentar la edad va siendo más frecuente en el sexo femenino.

OBJETIVO: El propósito de este estudio es valorar la edad actual de presentación de la litiasis vesicular y sus complicaciones en el periodo comprendido entre enero 2010 y junio del 2011.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se analizaron los casos de 572 de 610 pacientes que requirieron cirugía por litiasis vesicular y sus complicaciones.

Se excluyen 38 pacientes por falta de datos.

La población fue elegida arbitrariamente en 4 grupos etarios: e» 15 - 20; 21 - 40; 41 - 60; e» 61 años.

RESULTADOS: Las edades oscilaron entre 16 y 93 años, la media fue 47.

Fueron 441 (77%) mujeres y 329 (23%) hombres.

Del total se trataron 243 pacientes de coordinación y 329 de complicaciones de la litiasis vesicular.

Destacando el grupo de complicaciones de 21 a 40 años con el mayor porcentaje.

CONCLUSIONES: La litiasis vesicular tiene alta incidencia en nuestra población.

Continúa siendo más frecuente en el sexo femenino.

En esta serie se observa mayor número de pacientes operados por complicaciones de la patología biliar; diferencia más marcada en el segundo grupo etario.

La edad media disminuyó en la población femenina, no modificándose en la población general según bibliografía consultada.

Se observa que el porcentaje de presentación en la población de 15 a 40 años es similar a la del rango 40 a 60 años, esto muestra un aumento de prevalencia en la población más joven.

Se observó que la edad media de presentación en mujeres es 10 años menor que en hombres.

-Como desventajas, se reconoce el costo y disponibilidad de la prótesis (actualmente presupuestada en UCAMAE para todos los centros públicos), la necesidad de disponer de un Cirujano-Endoscópico entrenado (disponibles y en formación en nuestro centro), y la propia morbilidad del procedimiento (dolor, tenesmo, rectorragia, migración, perforación, obstrucción).

-Son Contraindicaciones Absolutas la presencia de peritonitis (por perforación); mientras que Relativas son la presencia de abscesos, lesiones multifocales y oclusiones incompletas por el riesgo de migración de la prótesis.

-El Servicio de Cirugía del Hospital Policial dispone de este centro con un programa de formación para Cirugía Endoscópica (técnicas híbridas laparoscópicas-endoscópicas) que accede a las prótesis y forma Cirujanos para realizar estas técnicas.

P68 - TRATAMIENTO DE LA OCLUSIÓN COLÓNICA MEDIANTE EL USO DE PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES -STENT-

Dres.. **Fraga, S., Evia, A., Piazze, A., Silveira, S.; León, I.**
Centro de Endoscopia Interdisciplinaria del Hospital Policial; Servicio de Cirugía del Hospital Policial
Montevideo, Uruguay, 2011

INTRODUCCION: El desarrollo de las técnicas endoscópicas a colaborado en cambiar los protocolos diagnósticos y terapéuticos en patología quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico de la Oclusión Colónica Neoplásica reconoce varias opciones terapéuticas como:

- 1) Resección + Colostomía (transitoria o definitiva)
- 2) Resección + Lavado Intraoperatorio + Anastomosis Primaria
- 3) Colostomía + Posterior Resección + Posterior Cierre (cirugía en 3 tiempos)
- 4) Colostomía de degravitación (irreseabilidad)

En los últimos años se ha desarrollado la técnica del Stent Colónico como complemento terapéutico en el tratamiento de los pacientes con

Oclusión de Colon de causa neoplásica, reconociéndole como principales beneficios:

- 1) Tratamiento de la Oclusión en vistas a mejorar el terreno para una cirugía posterior
- 2) Preparar el Colon para una cirugía en un tiempo
- 3) Evitar la morbilidad de la colostomía
- 4) Paliar la oclusión en pacientes inoperables o irreseables

En nuestro hospital, funciona el Centro de Endoscopia Interdisciplinaria, perteneciente al Departamento de Cirugía, donde los Cirujanos y Residentes de Cirugía del servicio acceden a la formación en estos procedimientos, logrando ofrecerle a nuestros pacientes y a los usuarios de Salud Pública de todo el país los beneficios de estas técnicas.

Presentamos uno de los casos asistidos en nuestro centro:
Hombre. 74 años; Obeso; Fumador. Oclusión Cerrada de Colon Izquierdo. Insuficiencia Renal Pre-Renal. Disonía. Bronquitis.

Conducta: Se opta por resolver la oclusión e intentar una cirugía en un tiempo de coordinación.

Endoscopia: Lesión vegetante a 60 cm del margen anal.

PROCEDIMIENTO: -Cateterización; -Instilación de contraste marcando longitud de la lesión; -Pasaje de guía bajo radioscopia; -Colocación de prótesis sobre la guía y liberación de la misma. Buena evolución, con expulsión de materias fecales dentro de la primer hora de finalizado el procedimiento.

A los 10 días: Corregidas la Insuficiencia Renal y Disonías. Realizada Preparación Respiratoria. Resección Segmentaria de Ángulo Esplénico con Anastomosis T-T manual.

DISCUSIÓN: El objetivo del Stent Colónico en la Oclusión Neoplásica de Colon es fundamentalmente tratar la complicación tumoral con el objetivo de preparar al paciente para una cirugía en un tiempo, evitando así la morbilidad de la colostomía y de la cirugía de reconstrucción. (Fundamentalmente en Colon Izquierdo).

En Oclusiones Derechas, su beneficio es más discutido aunque se plantea que al reducir el edema parietal disminuye el riesgo de falla de sutura.

Por otro lado, también puede considerarse como un tratamiento paliativo definitivo en pacientes que se consideran inoperables o irreseables.

-El procedimiento se realiza bajo mínima sedación o despierto.

-Se recomienda operar a los 10 días para que se reduzca el edema parietal Colónico causado por la obstrucción.

ÍNDICE DE AUTORES

Abadie, R.	41	P	Beraldo, G.	40	P
Abadie, R.	42	P	Beraldo, G.	41	P
Abelleira, M.	3	C	Beraldo, G.	26	O
Acuña, G.	34	V	Beraldo, G.	19	C
Acuña, G.	39	P	Beron, M.	25	O
Alberti, L.	25	O	Berriel, E.	31	O
Alberti, L.	39	P	Blanco, J.	26	O
Almeida, I.	31	O	Blanco, J.	28	O
Almeida, I.	36	V	Blanco, J.	28	O
Almeida, I.	43	P	Bonill, F.	25	O
Álvarez Alberó, A.	37	V	Bonilla, F.	32	O
Álvarez, F.	27	O	Bonilla, F.	33	V
Alvez, M.	3	C	Bonilla, S.	25	O
Arévalo, C.	40	P	Borgno, L.	40	P
Arévalo, C.	40	P	Borgno, L.	41	P
Armand Ugon Bigi, G.	43	P	Borgno, L.	19	C
Armand Ugon Bigi, G.	44	P	Boudrandi, S.	28	O
Armand Ugon Bigi, G.	44	P	Boudrandi, S.	30	O
Artajona, R.	38	V	Boudrandi, S.	31	O
Artifon, Everson, L. A.	10	C	Boudrandi, S.	33	V
Artifon, Everson, L. A.	10	C	Boudrandi, S.	37	V
Artifon, Everson, L. A.	13	C	Boudrandi, S.	40	P
Bado Bayce, J.	45	P	Boudrandi, S.	40	P
Bado, J.	28	O	Brito, N.	33	V
Bado, J.	40	P	Britos, N.	37	V
Bado, J.	41	P	Bruno, M.	37	V
Bagnulo, H.	16	C	Campo, N.	45	P
Barbato, M.	16	C	Camps Vilata, B.	7	C
Barberousse, C	28	O	Canessa, C.	25	O
Barberousse, C	28	O	Canessa, C.	32	O
Barberousse, C	39	P	Cantileno, P.	46	P
Barberousse, C	40	P	Carbon, M.	36	V
Barberousse, C	41	P	Carbón, M.	25	O
Barreiro, C.	39	P	Cassinelli, J.	25	O
Barreiro, C.	42	P	Cassinelli, J.	33	V
Bazán Hernández, N.	46	P	Castelli, F.	25	O
Belderrain, L.	25	O	Castelli, F.	33	V
Belderrain, L.	32	O	Castelli, F.	36	V
Belderrain, L.	34	V	Castillo, A.	39	P
Belderrain, L.	37	V	Castillo, A.	40	P
Bentancor, M.	29	O	Castillo, A.	40	P
Bentancor, M.	29	O	Castro, Ma. T.	40	P
Bentancor, M.	29	O	Castro, Ma. T.	40	P
Bentancor, M.	43	P	Chambon, C.	37	V
Beraldo, G.	26	O	Chinelli, J	28	O
Beraldo, G.	26	O	Chinelli, J	28	O

C = CONFERENCIA
P = POSTERS
O = ORAL
V = VIDEO

Chinelli, J	39	P	Ganum, N.	36	V
Chinelli, J	40	P	Garía, F.	27	O
Chinelli, J	41	P	Geninazzi, H.	42	P
Correa, C.	41	P	Giménez, M.	22	C
Correa, C.	42	P	Godino, M.	16	C
Costa, J.M.	19	C	González, F.	31	O
Cubas, S.	26	O	González, F.	42	P
Curi, J.	18	C	González, F.	43	P
De Aretxabala, X.	12	C	González, N.	33	V
De Aretxabala, X.	13	C	González, R.	42	P
De Mattos, A.	41	P	González, S.	28	O
Delgado, D.	28	O	González, S.	28	O
Delgado, D.	29	O	González, S.	39	P
Delgado, D.	43	P	González, S.	40	P
Delgado, E	31	O	González, S.	41	P
Delgado, J.	34	V	Gramática, L.	33	V
Delgado, J.	34	V	Guariglia, R.	34	V
Delgado, J.	18	C	Gutiérrez, J.	27	O
Delgado, L.	14	C	Harguindeguy, M.	3	C
Díaz de Liaño, A.	38	V	Hornos, J.	25	O
Díaz, F.	22	C	Hornos, J.	27	O
Díaz, V.	45	P	Hornos, J.	39	P
Domínguez Corbo, F.	44	P	Isaac, J.	36	V
Domínguez Corbo, F.	45	P	Keuchkerian, M.	17	C
Domínguez Corbo, F.	46	P	Lapiedra, D.	28	O
Domínguez, F	33	V	Lapiedra, D.	29	O
Domínguez, F	44	P	Lapiedra, D.	29	O
Duffau, A.	29	O	Lapiedra, D.	29	O
Etapé Viana, G.	42	P	Lapiedra, D.	30	O
Etapé Viana, G.	6	C	Lapiedra, D.	30	O
Etapé Viana, G.	18	C	Lapiedra, D.	43	P
Ettlin, A.	3	C	Laurini, M.	25	O
Evia, A.	47	P	Laurini, M.	29	O
Fender, C.	25	O	Laurini, M.	29	O
Fender, C.	27	O	Laurini, M.	30	O
Ferla, D.	40	P	Laurini, M.	30	O
Ferla, D.	41	P	Laurini, M.	33	V
Fernández, G.	31	O	Laurini, M.	36	V
Fernández, J.D.	31	O	Laurini, R.	29	O
Fernández, R.	37	V	Leites, A.	3	C
Ferreira, C.	42	P	Lendoire, J.C.	23	C
Fiorella, D.	31	O	León, I.	47	P
Fraga, S.	47	P	Leyba, J.	25	O
Fukagawa, T.	19	C	Leyba, J.	35	V
Fukagawa, T.	21	C	Leyba, J.	35	V
Fukagawa, T.	21	C	Leyba, J.	35	V

Leyba, J.	36	V	Navarrete A, S.	36	V
Leyba, J.	36	V	Navarrete Ll., S.	25	O
Lezcano, A.	36	V	Navarrete Ll., S.	35	V
Limardo, A.	37	V	Navarrete Ll., S.	35	V
Logaldo Fernández, R.	46	P	Navarrete Ll., S.	35	V
López Penza, P.	33	V	Navarrete Ll., S.	35	V
López, Daniel	3	C	Navarrete Ll., S.	36	V
Lyford-Pike Terra, D.	46	P	Navarrete Ll., S.	36	V
Lyford-Pike, P.	46	P	Navarrete, A.S.	25	O
Maddern, G.	18	C	Navarrete, A.S.	35	V
Maddern, G.	20	C	Neirotti, R.	46	P
Madrid, F.	39	P	Neirotti, R.	46	P
Madrid, F.	42	P	Olivera Pertusso, E.	44	P
Maglione, H.	22	C	Ozcoidi, P	27	O
Martínez, G.	29	O	Paysse, S.F.	20	C
Martínez, G.	30	O	Penini, M.J.	26	O
Massaferro, G.	26	O	Pereyra, J.	25	O
Massaferro, G.	26	O	Pereyra, J.	34	V
Massaferro, G.	20	C	Pereyra, J.	34	V
Meyer, G.	43	P	Pereyra, J.	18	C
Misa, R.	29	O	Pérez Martín, A.	37	V
Misa, R.	29	O	Pérez Penco, E.	31	O
Misa, R.	29	O	Perna, R.	31	O
Misa, R.	30	O	Piazzze, A.	47	P
Misa, R.	30	O	Piccinini, P.	3	C
Misa, R.	43	P	Pignata, D.	27	O
Moldes, M.	28	O	Pignata, D.	39	P
Moldes, M.	40	P	Pino, A.	25	O
Moldes, M.	41	P	Pomi, J	31	O
Montan, D	28	O	Pontillo, M.	45	P
Montano, D	30	O	Porteiro, V.	17	C
Montero, L.	25	O	Praderi, R.C.	14	C
Motta, G.	36	V	Presinky, M.	44	P
Msa, R.	28	O	Rabellino Flores, J.	44	P
Muniz, N.	32	O	Rabellino Flores, J.	45	P
Muniz, N.	33	V	Rabellino Flores, J.	46	P
Muniz, N.	37	V	Rappa, J.	26	O
Murias, F.	28	O	Rappa, J.	40	P
Murias, F.	29	O	Rappa, J.	41	P
Murias, F.	29	O	Rey, U.	27	O
Murias, F.	34	V	Ritondale, O	27	O
Murias, F.	43	P	Ritondale, O	36	V
Navarrete A, S.	35	V	Ritondale, O	37	V
Navarrete A, S.	35	V	Rivero Amespil, P.	26	O
Navarrete A, S.	35	V	Rivero Amespil, P.	26	O
Navarrete A, S.	36	V	Robaina, R.	32	O

Rodríguez, J.L.	26	O	Steffani, J.	45	P
Rodríguez, J.L.	39	P	Straneo, P.	31	O
Rodríguez, J.L.	40	P	Taroco, L.	26	O
Rodríguez, J.L.	40	P	Taroco, L.	26	O
Rodríguez, J.L.	41	P	Taruselli, R.	34	V
Rodríguez, P.	25	O	Taruselli, R.	36	V
Rodríguez, P.	33	V	Taruselli, R.	43	P
Rodríguez, S.	40	P	Taruselli, R.	5	C
Rodríguez, S.	40	P	Tellechea, M.A.	23	C
Rodríguez, S.	43	P	Telles, L.	45	P
Ruíz H.	36	V	Thomasset, D.	39	P
Ruíz H.	37	V	Trostchansky Vasconcellos, J.	45	P
Ruiz, H	27	O	Trostchansky Vasconcellos, J.	45	P
Ruso Martínez, L.	33	V	Trostchansky, J.	27	O
Ruso Martínez, L.	37	V	Trostchansky, J.	44	P
Ruso Martínez, L.	41	P	Valsangiacomo, P.	31	O
Ruso Martínez, L.	44	P	Varela, R.	17	C
Russo Couste, A.	43	P	Vijande, M.	36	V
Salom, A.	26	O	Vila, A.	43	P
Salom, A.	34	V	Vilas, A.	40	P
Salom, A.	34	V	Vilas, A.	29	O
Salom, A.	18	C	Vilas, A.	29	O
Salvatierra, M.	45	P	Vilas, A.	30	O
San Martín, G.	26	O	Vilas, A.	40	P
Sánchez N.	35	V	Viñoles, C	37	V
Sánchez, G.	36	V	Viola, M.	34	V
Sánchez, G.	38	V	Viola Malet, M.	25	O
Sánchez, L.F.	20	C	Viola Malet, M.	33	V
Sánchez, N.	25	O	Viola Malet, M.	33	V
Sánchez, N.	35	V	Viola Nuñez, H.	25	O
Sánchez, N.	35	V	Viola, M.	36	V
Sánchez, N.	35	V	Vitancurt, G.	22	C
Sánchez, N.	36	V	Vivas, C.	16	C
Sánchez, N.	36	V	Voliovici, E.	43	P
Sanguinetti, A.	33	V	Waller, G	46	P
Santamaría Ortiz, A.	44	P	Waller, G	46	P
Santamaría Ortiz, A.	45	P	Wlash, J.	45	P
Santiago, P.	26	O	Yarnoz, C.	38	V
Santiago, P.	26	O	Zeballos, J.	25	O
Santiago, P.	26	O	Zeballos, J.	32	O
Santiago, P.	19	C	Zeballos, J.	17	C
Scelza, A.	22	C	Zeoli, M	46	P
Secondo, G.	41	P	Zeoli, M.	46	P
Silveira, S.	47	P			
Sobrino Cossio, S.	8	C			
Sobrino Cossio, S.	11	C			

ORGANIZA:



Secretaría:



CONGRESOS
ELIS

20 de Setiembre 1544
Tel: +598 2706 9629/30
cirugia2011@congresoselis.com.uy
www.congresoselis.com.uy/cirugia2011