

63^o

CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA



MONTEVIDEO | URUGUAY

CENTRO DE CONFERENCIAS DE LA
TORRE DE LOS PROFESIONALES

21 al 24 de noviembre de 2012

2das Jornadas
Germano-Uruguayas
de Cirugía

XXIII Jornadas de
Residentes de Cirugía General

XXII Jornadas Integradas de
Enfermería Quirúrgica

XXI Jornadas Integradas
de Instrumentación Quirúrgica

2das. Jornadas Germano-Uruguayas de Cirugía
19 y 20 de Noviembre del 2012

Jornada Inaugural del Capítulo Uruguayo
de Cirugía Hepatobiliopandréatica
19 de Noviembre del 2012



Modificado de "Manos que oran", Albrecht Dürer, 1508

ORGANIZA: SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

SECRETARÍA:



Tel: +598 24010534 al 36
Palmar 2240

Montevideo - Uruguay
www.congresoselis.com.uy

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente: Dr. Augusto Müller

Vicepresidente: Dr. Oscar Cluzet

Secretario: Dr. Alejandro DerBoghossian

Pro Tesorero: Dr. Ricardo Misa

Vocal: Dr. Gustavo Armand Ugón

Vocal: Dr. Roberto Taruselli

Presidente de las 2ª Jornadas Germano – Uruguayas

Dr. Oscar Cluzet

Coordinador de las 2ª Jornadas Germano – Uruguayas

Dr. Alejandro Ettlin

Responsable de los Posters y Temas Libres:

Dr. Andrés Icasuriaga

Representantes de Residentes:

Dr. Manuel Sanguinetti

Dra. Mariana Zeoli

Representante del Interior:

Dr. Gustavo Vitancurt

Encargado Curso ATLS:

Dr. Fernando Machado

Comité Científico:

Dr. César Armand Ugón

Dra. Sonia Boudrandi

Dr. Markus Büchler

Dr. Correa Waldemar

Dr. Francisco Crestanello

Dr. Alfredo Peyroulou

Dr. Luis Ruso Martínez

Dr. Julio Sanguinetti

Invitados Extranjeros

Alemania

Dr. Ulrich Bork

Dr. Markus Büchler

Dr. Martin Erdmann

Brasil

Dr. Renato Poggetti

Colombia

Dr. Alberto García

Japón

Dr. Takeo Fukagawa

Argentina

Dr. Eduardo de Santibañes

Dr. Martín de Santibañes

Dr. Juan M. Fernández Vila

Dr. Mariano Giménez

Dr. Luis Gramática

Dr. Norberto A. Mezzadri

Dr. Diego L. Sinagra

Dr. Francisco Suárez-Anzorena

Dr. Gustavo Tisminetzky

Dr. Angel M. Vannelli

Cuba – EE.UU.

Dr. Juan Antonio Asensio

España

Dr. Lorenzo Fernández Fau

Dra. Luisa Martínez de Haro

Dra. Ángeles Ortiz

Dr. Pascual Parrilla

Dr. Ricardo Robles Campos

Dr. Francisco Sánchez Bueno

Uruguay – España

Dr. Richard Wins

Uruguay – Estados Unidos

Dr. Juan Pablo Arnoletti



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Comisión Directiva

Presidente	Dr. Mario Burger
1º Vicepresidente	Dr. Daniel Ruben Varela
2º Vicepresidente	Dr. Hernán Parodi
Past Presidente	Dr. Mario Bounous
Delegado Interior	Dr. Gustavo Rodríguez
Secretario	Dr. Andrés Salom
Pro Secretario	Dr. Roberto Taruselli
Tesorera	Dra. Mónica Caraballo
Encargado de Publicaciones	Dr. Andrés Icasuriaga
Vocal	Dr. Justino Zeballos
Vocal	Dr. Luis Cimarra

Auspicios

Este Evento ha sido declarado de interés:

Ministerial:

Ministerio de Educación y Cultura
Ministerios de Relaciones Exteriores
Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Turismo y Deporte

Institucional:

Academia Nacional de Medicina
Colegio de Enfermeras del Uruguay
Embajada Alemana
Escuela de Graduados
Facultad de Enfermería
Federación Médica del Interior
Sindicato Médico del Uruguay
Universidad de Montevideo – Centro de Ciencias Biomédicas

PRESIDENTES DE LOS CONGRESOS URUGUAYOS DE CIRUGÍA

I Congreso 1950 Dr. Héctor Ardao †
 II Congreso 1951 Dr. Eduardo C. Palma †
 III Congreso 1952 Dr. Fernando Etchegorry †
 IV Congreso 1953 Dr. Carlos V. Stajano †
 V Congreso 1954 Dr. Juan C. Del Campo †
 VI Congreso 1955 Dr. Pedro Larghero †
 VII Congreso 1956 Dr. Abel Chifflet †
 VIII Congreso 1957 Dr. Juan E. Cendán †
 IX Congreso 1958 Dr. Héctor Armand Ugón †
 X Congreso 1959 Dr. Juan Soto Blanco †
 XI Congreso 1960 Dr. José A. Piquinela †
 XII Congreso 1961 Dr. Oscar Bermúdez †
 XIII Congreso 1962 Dr. Walter Suiffet †
 XIV Congreso 1963 Dr. Ricardo Braceras †
 XV Congreso 1964 Dr. Luis M. Bosch del Marco †
 XVI Congreso 1965 Dr. Máximo Karlen †
 XVII Congreso 1966 Dr. Rafael García Capurro †
 XVIII Congreso 1967 Dr. Ricardo Yanicelli †
 XIX Congreso 1968 Dr. Barsabás Ríos †
 XX Congreso 1969 Dr. Bonifacio Urioste †
 XXI Congreso 1970 Dr. Jorge Lockhart †
 XXII Congreso 1971 Dr. Lorenzo Mérola †
 XXIII Congreso 1972 Dr. Carlos Bortagaray †
 XXIV Congreso 1973 Dr. Alberto Valls †
 XXV Congreso 1974 Dr. Eduardo Anavitarte †
 XXVI Congreso 1975 Dr. Roberto Rubio †
 XXVII Congreso 1976 Dr. Aníbal Sanjinés †
 XXVIII Congreso 1977 Dr. Julio C. Priario †
 XXIX Congreso 1978 Dr. Luis A. Praderi †
 XXX Congreso 1979 Dr. Raúl C. Praderi
 XXXI Congreso 1980 Dr. Alberto Aguiar †

XXXII Congreso 1981 Dr. Norberto Cerruti †
 XXXIII Congreso 1982 Dr. Juan C. Abó
 XXXIV Congreso 1983 Dr. Raúl Ugarte †
 XXXV Congreso 1984 Dr. Roberto Perdomo †
 XXXVI Congreso 1985 Dr. Nelson Ferreira †
 XXXVII Congreso 1986 Dr. Muzzio Marella †
 XXXVIII Congreso 1987 Dr. Milton Mazza
 XXXIX Congreso 1988 Dr. Raúl Amorín †
 XL Congreso 1989 Dr. Pablo Matteucci
 XLI Congreso 1990 Dr. Bolívar Delgado †
 XLII Congreso 1991 Dr. José Soto Cordano
 XLIII Congreso 1992 Dr. Juan C. Castiglioni †
 XLIV Congreso 1993 Dr. Gonzalo Estapé
 XLV Congreso 1994 Dr. Francisco Crestanello
 XLVI Congreso 1995 Dr. Jorge Burgel †
 XLVII Congreso 1996 Dr. Carlos Gómez Fossati †
 XLVIII Congreso 1997 Dr. Carlos Sarroca
 XLIX Congreso 1998 Dr. Néstor Campos
 L Congreso 1999 Dr. Luis Carriquiry
 LI Congreso 2000 Dr. Juan Chifflet
 LII Congreso 2001 Dr. Francisco Di Leoni †
 LIII Congreso 2002 Dr. Edgardo Torterolo †
 LIV Congreso 2003 Dr. Gustavo Bogliaccini
 LV Congreso 2004 Dr. José Pedro Perrier
 LVI Congreso 2005 Dr. Marcos Torres
 LVII Congreso 2006 Dr. Alberto Piñeyro
 LVIII Congreso 2007 Dra. Sonia Boudrandi
 LIX Congreso 2008 Dr. Oscar Balboa
 LX Congreso 2009 Dr. Waldemar Correa
 LXI Congreso 2010 Dr. Alfredo Peyroulou
 LXII Congreso 2011 Dr. Luis Ruso Martínez

Jornada inaugural del Capítulo de HBP

Primer día de las 2^{as} Jornadas Germano-Uruguayas de Cirugía

Sede: Sociedad de Cirugía del Uruguay

PROGRAMA

8:30 a 8:40 Introducción
Dr. Luis Ruso

Módulo Hígado

8:40 a 8:50 **Caso clínico:** Hepatectomía en dos tiempos con ligadura portal
Dr. Martín Abelleira
Discusión

8:55 a 9:15 **Conferencia**
“Resección hepática en dos tiempos: Técnica de regeneración hepática precoz”
Dr. Ricardo Robles Campos
Preguntas

9:20 a 9:30 **Caso clínico:** Secuencia inversa en metástasis hepáticas de cáncer sigmoideo
sincrónico.
Dr. Alejandro Ettlin
Discusión

9:35 a 9:55 **Conferencia**
“Metástasis hepáticas de CCR sincrónico”
Dr. Eduardo de Santibañes
Preguntas

10:00 a 10:10 *Pausa de Café*

10:10 a 10:20 **Caso clínico:** Missing metástasis.
Dr. Gonzalo San Martín
Discusión

10:25 a 10:45 **Conferencia**
Metastasis hepáticas ocultas
Dr. Eduardo de Santibañes
Preguntas

10:50 a 11:00	Serie de casos Trasplante hepático por carcinoma hepatocelular. Experiencia del programa Uruguayo Dr. Menéndez Discusión
11:05 a 11:25	Conferencia “Factores pronósticos del Carcinoma hepatocelular tratado mediante trasplante” Dr. Francisco Sanchez Bueno Preguntas

Modulo Páncreas

11:30 a 11:40	Técnica quirúrgica Abordaje primario de arteria mesentérica superior en resección de tumores pancreáticos Dr. Gustavo Rodríguez Discusión
11:45 a 11:55	Controversia Puntos críticos en neoplasias quísticas de páncreas Dr. Fernando Sanchez Discusión
12:00 a 12:20	Conferencia “Factores pronósticos en los tumores neuroendócrinos de páncreas” Dr. Francisco Sanchez Bueno Discusión
12:30 a 13:00	Presentación de libro “Abel Chifflet. El equilibrio entre el espíritu, el arte y la ciencia de la cirugía” Dres. Milton Mazza y Francisco Crestanello
13.00 a 15:00	<i>Tiempo Libre</i>
15:00 a 15:20	Conferencia Estandares quirúrgicos en pancreatectomía Dr. Markus Buchler Preguntas
15:25 a 15:35	Caso clínico. Tumores páncreas (I) Discusión
15:40 a 15:50	Tratamientos asociados

Neoadyuvancia en adenocarcinoma de páncreas
Dr. Roberto Valiñas
Discusión

15:55 a 16:05 **Problema vigente**
Fistulas pancreáticas post-resección
Dr. Gerardo Secondo.
Discusión

Módulo HBP

16:10 a 17:20 **Mesa redonda:**
•Desarrollo de la Especialización HBP en Uruguay
Coordinador: Dr. Gustavo Bogliaccini
•Nuestra visión del problema.
Dr. Gustavo Andreoli

Panel de expertos:
Dres. Francisco Sanchez Bueno, Ricardo Robles Campos, Eduardo de Santibañez,
Pascual Parrilla, Markus Buchler

17:20 a 17:40 *Pausa de Café*

Módulo Vía Biliar

17:40 a 18:50 **Panel con expertos - ¿Cuándo reconstruir las lesiones quirúrgicas de la Vía biliar?**
Coordinador: Dr. Gustavo Andreoli
Caso clínico. Lesiones vías biliares..(I)
Caso clínico. Lesiones vías biliares..(II)

Expertos: Dres. Luis Cidade, Roberto Valiñas, Fernando Gonzalez, Pascual Parrilla,
Francisco Sanchez Bueno, Ricardo Robles Campos

18:50 a 19:10 **Conferencia**
“Trasplante hepático por iatrogenia biliar tras colecistectomía. Experiencia Española”
Dr. Pascual Parrilla
Preguntas

19:10 **Cierre**

Segundo día de las 2^{as} Jornadas Germano-Uruguayas de Cirugía

PROGRAMA

Módulo 1

Sede: Federación Médica del Interior (FEMI)

Horario: 09:00 a 12:00

Cirugía general y de trasplante: la experiencia de trabajo en la Medizinische Hochschule de Hannover – MHH

Dr. Martin Erdmann

Circulating tumor cells in colorectal cancer as a negative prognostic marker

Dr. Ulrich Bork

IPMN (IntraductalPapillariMucinousNeoplasm) – State of the Art

Prof. Markus Büchler

Presentación y discusión de casos clínicos

12:00 a 15:00 *Tiempo Libre*

Módulo 2

Sede: Embajada de Alemania

Horario: 15:00 a 18:00

Molecular detection of tumor cells in regional lymph nodes as a negative prognostic marker in node-negative colorectal cancer

Dr. Ulrich Bork

The ACDC Trial: Timing of cholecystectomy for acute cholecystitis

Prof. Markus Büchler

Presentación y discusión de casos clínicos

18:00 a 20:00 **Acto Cultural de Clausura Jornadas y Apertura Congreso**
Embajada de Alemania
La Cumparsita 1435, Plaza Alemania

08:00 a 08:30 Acreditaciones

Sala Anacahuíta A

08:30 a 09:00 Conferencia: **How to become a good academic surgeon - Career pathways in modern surgery**

Dr. Markus Büchler, Alemania

Presidente Dr. Augusto Müller

09:00 a 10:30 Mesa de Residentes: **Cirugía laparoscópica de la apendicitis aguda**

Coordinadores: Dra. Mariana Zeoli – Dr. Manuel Sanguinetti

• **Introducción e Importancia del tema**

Dra. Alejandra Liz

• **Objetivo Y Metodología “Cirugía Laparoscopica en la Apendicitis Aguda en Hospitales con Formación de Residentes**

Dr. Gonzalo San Martin

• **Técnica de Apendicectomía Laparoscopica Aplicada**

Dra. Silvana Lapi

• **Resultados**

Dr. Manuel Sanguinetti

• **Realidad de la Apendicectomía Laparoscopica a Nivel Mundial y Nacional y conclusiones**

Dres. Javier Chinelli Y Maria Moldes

• **Importancia de la Enseñanza de la Apendicectomía Laparoscopica en la Urgencia**

Dres. Pablo Valsalgiacomio y Fausto Madrid

• **Comentarios De Especialistas**

Dres. Pascual Parrilla, Roberto Taruselli y Marcelo Viola

• **Comentarios o Preguntas del público**

10:30 a 11:00 *Pausa de Café*

11:00 a 11:30 Conferencia: **Cirugía general: el sistema de formación en Alemania**

Dr. Martín Erdmann, Alemania

Presidente Dr. Luis A. Begulristain

11:30 a 12:00 Conferencia: **Efficient management of a high-volume surgical center - the Heidelberg Model**

Dr. Markus Büchler, Alemania

Presidente Dr. Santiago Cubas

12:00 a 12:30 Conferencia: **Estrategia de control del Daño en trauma abdominal**

Dr. Gustavo Tisminetzky, Argentina

Presidente Dr. Juan José Urroz

12:30 a 13:30	<u>Simposio:</u> Sociedad de Cirugía, Biblioteca y CD - Jornada abierta
13:30 a 14:00	<i>Tiempo libre</i>
14:00 a 14:30	<u>Conferencia:</u> Reanimación del traumatizado. Metas diferentes para escenarios diferentes <i>Dr. Alberto García, Colombia</i> Presidente Dr. Fernando Machado
14:30 a 16:00	<u>Mesa Redonda:</u> Manejo intensivo del pre y postoperatorio <i>Coordinador: Dr. Alfredo Peyroulou</i> •El Paciente Peritoneal en shock. Preparación Preoperatoria. <i>Dr. Ricardo Misa</i> •Falla de sutura en cirugía digestiva; cuando sospecharla, como confirmarla y como tratarla. <i>Dr. Alfredo Peyroulou</i> •La oclusión intestinal en el post operatorio de cirugía digestiva, diagnóstico y tratamiento. <i>Dr. Alejandro Rodríguez</i> •El paciente fistulizado en el post operatorio de cirugía digestiva. Encare diagnóstico y manejo. <i>Dr. Oscar Cluzet</i>
16:00 a 16:30	<i>Pausa de Café</i>

Sala Anacahuita B

08:30 a 09:00	<u>Conferencia:</u> La experiencia argentina en ATLS y en Residencia de Cirugía del Trauma <i>Dr. Gustavo Tisminetzky, Argentina</i> Presidente Dr. Fernando Bonilla
09:00 a 09:30	<u>Conferencia:</u> La organización de un hospital para situación de catástrofe <i>Dr. Lorenzo Fernández Fau, España</i> Presidente Dr. Richard Wins
09:30 a 10:00	<u>Conferencia:</u> Resección hepática laparoscópica. Indicaciones y técnicas <i>Dr. Ricardo Robles Campos, España</i> Presidente Dr. Juan Carlos Folonier
10:00 a 10:30	<u>Conferencia:</u> Tratamiento No Operatorio del trauma abdominal <i>Dr. Gustavo Tisminetzky, Argentina</i> Presidente Dr. José Soto Cordano
10:30 a 11:00	<i>Pausa de Café</i>

- 11:00 a 11:30 **Conferencia: Surgery and Management: How much business education does a surgeon need?**
Dr. Ulrich Bork, Alemania
Presidente Dr. Augusto Müller
- 11:30 a 12:00 **Conferencia: Cirugía endoscópica 25 años después: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?**
Dr. Pascual Parrilla, España
Presidente Dr. José Perrier
- 12:00 a 13:30 **Simposio FELAC: Reunión de Consenso en Apendicectomía Laparoscópica.**
Organiza el Capítulo de Cirugía Laparoscópica y Mínimamente Invasiva de la SCU
Coordinador Dr. Luis Praderi
- Indicaciones
Dr. Miguel Martín
 - Técnica quirúrgica
Dr. Hugo Maglione
 - Casos difíciles
Dr. Carlos Telechea
 - Complicaciones
Dr. Pablo Valsangiacomo
 - Operando con los Residentes
Dr. Gonzalo Estapé
 - Resultados
Dr. Marcelo Viola
 - Conclusiones
Dr. Luis Praderi
- 13:30 a 14:00 *Tiempo libre*
- 14:00 a 14:30 **Conferencia: Utilidad de una guía clínica ("Fast-track") en cirugía del cáncer de esófago (Ivor-Lewis)**
Dra. Luisa Martinez de Harò, España
Presidente Dr. Ricardo Misa
- 14:30 a 16:00 **Mesa Redonda: Cirugía Bariátrica**
Coordinador: Dr. Pablo Santiago
Dr. Gerardo Beraldo
Dr. Hugo Maglione
Dr. Luis Taroco
Comentador: Dr. Luis Gramática
- 16:00 a 16:30 *Pausa de Café*

Sala Coronilla

- 12:00 a 13:00 **Almuerzo con Profesores**
 - *Dr. Markus Büchler, Alemania*
 - *Dr. Ulrich Bork, Alemania*
 - *Dr. Martín Erdmann, Alemania*

Sala Anacahuíta A + B

- 16:30 a 18:00 **Relato Oficial**
 TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA ENFERMEDAD LITIÁSICA DE LA VÍA BILIAR
Autores Dr. Álvaro Piazze y Dr. Andrés Salom
- 18:00 a 19:00 **Aportes al Relato Oficial**
Conferencia 1: Aporte con casuística del tratamiento de las complicaciones biliares en el trasplante hepático
Dr. Francisco Suárez-Anzorena, Argentina
 Presentador Dr. Álvaro Piazze
Conferencia 2
Dr. Luis Gramática, Argentina
 Presentador Dr. Andrés Salom
- 19:00 a 19:30 *Tiempo Libre*
- 19:30 a 20:30 **Acto Inaugural**
 ♦ Presentación de Autoridades
 ♦ Estrofas del Himno Nacional
 ♦ Discurso del Presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay
Dr. Mario Burger
 ♦ Discurso del Presidente del 63^o Congreso Uruguayo de Cirugía
Dr. Augusto Müller
 ♦ Recibimiento de Nuevos Cirujanos
 ♦ Reconocimiento “Amigos de los Congresos Uruguayos de Cirugía”
 ♦ Designación como “Maestro de la Cirugía Nacional” al *Prof. Dr. Abel Chifflet*
 ♦ Conferencia: *Dr. Francisco Crestanello*
- 20:30 a 22:30 **Vino de Honor de Apertura**
Club Español
 Avda. 18 de Julio 1332

08:00 a 08:30

Acreditaciones

Sala Anacahu'ta A

08:30 a 09:00

Conferencia: **Enfoque inicial del trauma penetrante de cuello**

Dr. Alberto García, Colombia

Presidente Dr. Joaquín Bado

09:00 a 10:30

Mesa Redonda: **Emergencia no trauma. Hemorragia digestiva**

Coordinador: Dr. Rubens Neirotti

•**Hemorragia digestiva media**

Dra. Carolina Olano

•**Manejo médico-endoscópico de la Hemorragia digestiva alta no variceal**

Dr. Alberto Sanguinetti

•**Clínica de la Hemorragia digestiva alta y media**

Dr. Nicolás Tarigo

•**Cirugía de urgencia en la Hemorragia digestiva**

Dr. Daniel Terra

10:30 a 11:00

Pausa de Café

11:00 a 11:30

Conferencia: **Evidence based pancreatic surgery**

Dr. Markus Büchler, Alemania

Presidente Dr. Roberto Taruselli

11:30 a 12:00

Conferencia: **Right portal vein combined with in situ splitting for liver surgery**

Dr. Markus Büchler, Alemania

Presidente Dr. Luis Ruso Martínez

12:00 a 12:30

Conferencia: **Academic surgical education in Germany - The "Heidelberg Model"**

Dr. Ulrich Bork, Alemania

Presidente Dr. Roberto Taruselli

12:30 a 13:30

Simposio: **Profilaxis antitrombótica**

Coordinadora Dra. Inés Servini

•**Importancia del tema y sus dificultades**

Dra. Cecilia Carrizo

•**¿Cuál es la situación en diferentes centros públicos y privados en el Uruguay?**

Dr. Juan Zunino

•¿Cuál es el compromiso de los cirujanos?

Dr. Julio Trostchansky

•Discusión

Dr. Julio Trostchansky, Dra. Celicia Carrizo, Dr. Juan Zunino, Dra. Rosario Cuadros

13:30 a 14:00

Conferencia: Actualización del esófago de Barrett

Dr. Pascual Parrilla, España

Presidente Dr. Daniel Varela

14:00 a 14:30

Conferencia: Tratamiento del reflujo gastroesofágico en pacientes con esclerodermia

Dra. Ángeles Ortiz, España

Presidente Dr. José Perrier Fuentes

14:30 a 16:00

Mesa Redonda: Mesa de Emergencia no trauma cuadro agudo abdomen

Coordinador: Dr. José Perrier

•Apendicitis Aguda

Dra. Valeria Porteiro

•Oclusión intestinal

Dr. Jorge Curi

•Cuadros agudos de origen biliar

Dr. Marcel Keuchkerian

16:00 a 16:30

Pausa de Café

16:30 a 17:30

Tiempo Libre

17:30 a 18:45

Mesa Redonda: Anatomía y Cirugía - 2ª Parte - Práctico

Coordinadores: Dr. Gustavo Armand-Ugon - Dr. Ricardo Miso

Dr. Marcelo Laurini

Dra. Daisy Segura

Dr. Juan Alonso

Dra. Viviana Braggio

Sala Anacahuita B

08:30 a 09:00

Conferencia: Retos y realidades en el tratamiento del cáncer colorrectal

Dr. Pascual Parrilla, España

Presidente Dr. Marcel Keuchkerian

- 09:00 a 10:30 **Mesa Redonda: Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante**
Coordinador: Dr. Martín Harguindeguy
 ·Definición de cirujano HBP
Prof. Hernán Parodi
 ·Requisitos e Infraestructura imprescindible para un centro HBP
Dr. Francisco Sánchez Bueno, España
 ·Estándares en cirugía HBP y trasplante hepático
Dr. Alejandro Ettlin
 ·¿Que debería derivarse a un Centro de referencia HBP?
Dr. Markus Büchler, Alemania
- 10:30 a 11:00 *Pausa de Café*
- 11:00 a 11:30 **Conferencia: Manejo selectivo del trauma abdominal penetrante**
Dr. Alberto García, Colombia
 Presidente Dr. Alejandro Rodríguez
- 11:30 a 12:00 **Conferencia: Experiencia en trasplante de páncreas en el Hospital Virgen de Arrixaca**
Dr. Francisco Sánchez Bueno, España
 Presidente Dr. Roberto Taruselli
- 12:00 a 13:00 **Simposio: Trasplante Renopancreático**
Dr. Daniel López Chapuis
 Comentador: Dr. Francisco Sánchez Bueno, España
- 13:00 a 13:30 *Tiempo Libre*
- 13:30 a 14:00 **Conferencia: Metabolic and diabetes surgery - new developments**
Dr. Markus Büchler, Alemania
 Presidente Dr. Alejandro DerBoghossian
- 14:00 a 14:30 **Conferencia: 25 years of total mesorectal excision - evidence based rectal surgery**
Dr. Markus Büchler, Alemania
 Presidente Dr. Gerardo Secondo

14:30 a 16:00

Mesa Redonda: Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante

Coordinador: Dr. Martín Harguindeguy, Uruguay

·Puntos técnicos claves en la DPC

Dr. Markus Büchler, Alemania

·Técnica en la resección Hepática Laparoscópica

Dr. Ricardo Robles Campos, España

·Alternativas en la estenosis biliar benigna

Dr. Álvaro Piazze

·Aportes del Trasplante Hepático a la cirugía

Dr. Pascual Parrila, España

16:00 a 16:30

Pausa de Café

16:30 a 17:30

Mesa Redonda: Anatomía y Cirugía – 1ª Parte - Teórico

Coordinadores: Dr. Gustavo Armand-Ugón - Dr. Ricardo Misa

·Correlación entre anatomía e imagen con la ecoendoscopia: ¿Qué le pido al procedimiento? ¿Qué debo ver en la imagen?

Dr. Juan Alonso

·Introducción a la anatomía de piso pélvico

Dr. Gustavo Armand-Ugón

·El meso-recto: una entidad anatómica de conocimiento imprescindible

Dr. Gustavo Armand-Ugón

·Resonancia magnética en piso pélvico: aprendamos a reconocer las estructuras

Dra. Viviana Braggio

·La Resonancia Magnética en la estadificación del cáncer rectal. ¿Qué debo identificar en las imágenes?

Dra. Viviana Braggio

·Escisión meso-rectal total: En la búsqueda del plano correcto. ¿Qué debe ver y qué no debe ver el cirujano?

Dr. Marcelo Laurini

·Fístulas y abscesos perianales: ¿Qué debo reconocer de la anatomía?

Dr. Ricardo Misa

·Resecciones transanales: ¿Qué debo saber de anatomía?

Dra. Daisy Segura

·Amputación en decúbito prono: Una visión anatómica distinta a la convencional

Dra. Daisy Segura

17:30 a 18:00

Conferencia: Alternativas terapéuticas en la sepsis abdominal

Dr. Alberto García, Colombia

Presidente Dr. Julio Trostchansky

18:00 a 18:30 **Conferencia: Quimioembolización previa a la resección del hepatocarcinoma**
Dr. Ricardo Robles Campos, España
Presidente Dr. Alberto Beguiristain

Sala Coronilla

07:30 a 08:30 **Desayunando con Profesor**
Dr. Alberto García, Colombia

12:00 a 13:00 **Almuerzo con Profesor**
Dr. Juan Pablo Arnoletti, Uruguay – Estados Unidos
Actividad Auspiciada por el Capitulo Uruguayo del American College of Surgeons

13:00 a 16:00 **Posters**

16:00 a 16:30 *Pausa de Café*

16:30 a 19:30 **Temas Libres: Premio ARDAO**

19:30 a 20:30 **Actividad Especial**
Conferencia Dr. Markus Büchler
Otorgamiento de la designación como miembro correspondiente extranjero de
la Academia de Medicina
Academia Medicina
Avda. 18 de Julio 2175 – Anfiteatro Planta Baja

08:00 a 08:30 Acreditaciones

Sala Anacahuíta A

08:30 a 09:00 Conferencia: Trauma de grandes vasos abdominales
Dr. Renato Poggetti, Brasil
Presidente Dr. Roberto Valiñas

09:00 a 10:30 Mesa Redonda: Evaluación secundaria del PTM - Mesa SUET
Coordinador: Dr. Gobriel Pombo

10:30 a 11:00 Pausa de Café

11:00 a 11:30 Conferencia
Dr. Juan Antonio Asensio, Cuba – Estados Unidos
Presidente Dra. Rosana González Trípani

11:30 a 13:00 **Asamblea General de la Sociedad de Cirugía**

13:00 a 14:00 Tiempo Libre

14:00 a 14:30 Conferencia: Nuevas técnicas endoscópicas para el estudio del intestino delgado
Dra. Carolina Olano
Presidente Dr. Oscar Cluzet

14:30 a 16:00 Mesa Redonda: Cirugía de tórax y vascular para cirujanos generales
Coordinadores: Dr. Andrés Icosuriaga – Dr. Daniel Terra

Manejo de Heridas Vasculares por Arma de Fuego
Coordinador: Dr. Andrés Icosuriaga
Dr. Marcelo Diamant
Dr. Raúl Blanco
Dr. Federico Murias

Cirugía de tórax para cirujanos generales
Coordinador: Dr. Daniel Terra
•Síndromes de ocupación pleural y trauma de tórax
Dr. José Maggiolo
Dr. Daniel Siul Salisbury

16:00 a 16:30 Pausa de Café

- 16:30 a 17:00 **Conferencia: Rol de la cirugía torácica en la formación del cirujano general y viceversa**
Dr. Richard Wins, Uruguay – España
Presidente Dr. Alfredo Peyroulou
- 17:00 a 17:30 **Conferencia**
Dr. Juan Antonio Asensio, Cuba – Estados Unidos
Presidente Dr. Alejandro DerBoghosian
- 17:30 a 18:30 **Mesa Redonda: Dilemas en el diagnóstico y tratamiento de la Coloproctología de Urgencia**
Coordinador: Dr. César Canessa
·Oclusión de delgado, límite del manejo conservador
Dr. Carlos Barberousse
·Anastomosis primaria en la oclusión de colon
Dr. Ricardo Misa
·Diverticulitis Hinchey III; toilet peritoneal laparoscópica vs Hartmann
Dr. Fernando Simonet
·Tomografía y oclusión de colon
Dr. Justino Zeballos
- 18:30 a 19:00 **Conferencia: GIST**
Dr. Juan Pablo Arnoletti, Uruguay – Estados Unidos
Actividad Auspiciada por el Capitulo Uruguayo del American College of Surgeons
Presidente Dra. Sonia Boudrandi
- 19:00 a 19:30 **Conferencia: Hipotensión permisiva en el trauma**
Dr. Renato Poggetti, Brasil
Presidente Dr. Waldemar Correa Fontes

Sala Anacahuita B

- 08:30 a 09:00 **Conferencia: Splenectomy is needed for D2 total gastrectomy?**
Dr. Takeo Fukagawa, Japón
Presidente Dr. Mauricio Gervasoni
- 09:00 a 10:30 **Mesa Redonda: Patología mamaria**
Coordinador: Dr. José Luis Rodríguez
·Cáncer de Mama en el Uruguay. Una amenaza permanente y sin resolver
Dra. Laura Borgno
·Tipificación Molecular del Cáncer de Mama
Dra. Virginia Ortega



•Conducta con la axila luego del Ensayo Z 0011

Dr. Bernardo Aizen

•Carcinoma In Situ

Dr. Carlos Presa

•Adyuvancia y Neo adyuvancia en el Cáncer de Mama

Dra. Beatriz Alonso

10:30 a 11:00

Pausa de Café

11:00 a 11:30

Conferencia: Paraaortic lymph node dissection for gastric cancer-is it effective?

Dr. Takeo Fukagawa, Japón

Presidente Dr. Luis Ruso Martínez

13:00 a 14:00

Tiempo Libre

14:00 a 14:30

Conferencia: Tratamiento quirúrgico de las lesiones complejas de la vía aérea

Dr. Richard Wins, Uruguay – España

Presidente Dr. José Maggiolo

14:30 a 16:00

Mesa Redonda: La investigación en el Dpto. Básico de Cirugía y su conexión con la formación

Coordinador: Prof. Gonzalo Fernández

•Presentación e Introducción

Prof. Gonzalo Fernández

•Conclusiones

Prof. Agdo. Ricardo Fernández

•Desarrollo de metodologías evaluatorias en modelos básicos y simuladores

Prof. Adj. Jorge Curi

•Metodología de la investigación

Prof. Adj. Fernando Bonilla

•Importancia formativa de los modelos de experimentación animal

Asist. Juan Cossa

•Investigación en modelos de regeneración hepática previa a la hepatectomía

Asist. Mauricio Pontillo

16:00 a 16:30

Pausa de Café

16:30 a 17:00

Conferencia: Valor actual de la AUTOPSIA

Dr. Guido Berro, Uruguay

Presidente Dr. Oscar Cluzet

17:00 a 17:30

Conferencia: Profesionalismo y cirugía

Dr. Juan Pablo Arnoletti, Uruguay – Estados Unidos

Actividad Auspiciada por el Capítulo Uruguayo del American College of Surgeons

Presidente Dr. Ricardo Misa

17:30 a 18:30 *Tiempo libre*

18:30 a 19:00 **Conferencia: ¿Cómo incentivar a un cirujano joven?**
Dr. Mariano Giménez, Argentina
Presidente Dr. Luis Ruso Martínez

19:00 a 19:30 **Conferencia: Pancreatitis grave. ¿Todo mini-invasivo?**
Dr. Mariano Giménez, Argentina
Presidente Dr. Hernán Parodi

Sala Coronilla

07:30 a 08:30 **Desayunando con Profesor**
Dr. Juan Pablo Arnoletti, Uruguay – Estados Unidos
Actividad Auspiciada por el Capítulo Uruguayo del American College of Surgeons

12:00 a 13:00 **Almuerzo con Profesor**
Dr. Richard Wins, Uruguay – España

13:00 a 16:00 **Pósters**

20:30 a 00:00 **Cena de Camaradería (cupos limitados)**
Bodega Santa Rosa
César Mayo Gutiérrez 2211
Auspiciada por Neomed



08:00 a 08:30 Acreditaciones

Sala Anacahuita A

08:30 a 09:00	Conferencia: Exploración laparoscópica de la vía biliar. De la litiasis a la reexploración <i>Dr. Mariano Palermo, Argentina</i> Presidente Dr. Andrés Salom
09:00 a 10:30	Mesa Redonda: Cirujanos del Interior <i>Coordinador Dr. Gustavo Vitancurt</i>
10:30 a 11:00	<i>Pausa de Café</i>
11:00 a 11:30	Conferencia: Tratamiento laparoscópico de la Acalasia <i>Dr. Maximiliano Loviscek, Argentina</i> Presidente Dr. Gonzalo Estapé
11:30 a 12:00	Conferencia <i>Dr. Juan Antonio Asensio, Cuba – Estados Unidos</i> Presidente Dr. Rubens Neirotti
12:00 a 13:00	Actualización: Abordajes vasculares en el hemoperitoneo traumático <i>Dr. Alejandro DerBoghosian</i> <i>Comentarista: Dr. Juan Asensio</i>
13:00 a 14:00	<i>Tiempo Libre</i>
14:00 a 14:30	Conferencia: Tumores neuroendócrinos digestivos <i>Dr. Juan Pablo Arnoletti, Uruguay – Estados Unidos</i> Actividad Auspiciada por el Capítulo Uruguayo del American College of Surgeons Presidente Dr. Gustavo Vitancurt
14:30 a 16:00	Mesa Redonda: Cirugía endócrina – Asociación Argentina de Cirugía <i>Coordinador: Dr. Norberto A. Mezzadri, Argentina</i> • Cáncer medular de tiroides <i>Dr. Angel M. Vannelli, Argentina</i> • Hiperparatiroidismo primario: ¿Déjà vu: Un retorno al abordaje bilateral? <i>Dr. Juan M. Fernández Vilo, Argentina</i> • Cirugía del feocromocitoma <i>Dr. Diego L. Sinagra, Argentina</i> • Tumores endocrinos del tubo digestivo <i>Dr. Martín de Santibañes, Argentina</i>

16:00 a 16:30 *Pausa de Cafe*

16:30 a 17:00 **Conferencia: Cirugía bariátrica: morbilidad precoz y tardía**
Dr. Luis Gramática, Argentina
Presidente Dr. Mario Bounous

17:00 a 17:30 **Conferencia**
Dr. Juan Antonio Asensio, Cuba – Estados Unidos
Presidente Dr. Néstor Campos

Sala Anacahuíta B

08:30 a 09:00 **Conferencia: Eventraciones Laparoscópicas**
Dr. Gustavo Castagnetto, Argentina
Presidente Dr. Gustavo Armand Ugon

09:00 a 10:30 *Tiempo Libre*

10:30 a 11:00 *Pausa de Café*

11:00 a 11:30 **Conferencia: Error médico**
Dra. Edita Falco
Presidente Dr. Augusto Müller

11:30 a 12:00 **Conferencia: Neoplasias quísticas del páncreas**
Dr. Luis Gramática, Argentina
Presidente Dr. Andrés Salom

12:00 a 12:30 **Conferencia: Stent biodegradable biliar. ¿El fin de la reparación?**
Dr. Mariano Giménez, Argentina
Presidente Dr. Gustavo Rodríguez

12:30 a 13:00 **Conferencia: Neoadjuvance chemotherapy for advanced gastric cancer-japanese standpoint (Therapeutic strategy for citologic positive gastric cancer-is it cured?)**
Dr. Takeo Fukagawa, Japón
Presidente Dr. Fernando Sánchez

13:00 a 14:00 *Tiempo Libre*

14:00 a 14:30	<u>Conferencia: Prevención en trauma</u> <i>Dr. Renato Poggetti, Brasil</i> Presidente Dr. Carlos Antúnez
14:30 a 16:00	<i>Tiempo Libre</i>
16:00 a 16:30	<i>Corte de Café</i>
16:30 a 17:00	<u>Conferencia: Formación del Residente en un momento de cambio</u> <i>Dra. Sonia Boudrandi, Uruguay</i> Presidente Dr. Daniel Montano
17:00 a 17:30	<u>Conferencia: Junctional tumor-how is optimal lymph node dissection?</u> <i>Dr. Takeo Fukagawa, Japón</i> Presidente Dra. Laura Borgno

Sala Coronilla

07:30 a 08:30	Desayunando con Profesor - Casos clínicos de HBP <i>Dr. Mariano Giménez, Argentina</i>
13:00 a 16:00	Posters
16:00 a 16:30	<i>Corte de Café</i>

ORALES

O1 - COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DE LA GASTRECTOMÍA EN MANGA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. EXPERIENCIA URUGUAYA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Beraldo, G.¹; Santiago, P.¹; Taroco, L.¹; Díaz, V.¹; Rappa, J.¹; Rodríguez Iglesias, J.¹

¹Hospital Central FF.AA.-Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Resumen

Introducción. La Gastrectomía en Manga Laparoscópica se ha tornado en los últimos años uno de los procedimientos más utilizados en el tratamiento de la obesidad mórbida a nivel mundial. Sus complicaciones son poco frecuentes pero pueden ser potencialmente graves.

Métodos. Estudio retrospectivo, analizando las principales complicaciones de una serie bi-institucional, valorando incidencia, diagnóstico y tratamiento.

Resultados. Entre Junio de 2006 y septiembre 2012 fueron operados 146 pacientes por los autores. El criterio de selección fue un índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 Kg/m² o mayor a 35 Kg/m² asociado a comorbilidades. El procedimiento inicialmente fue por laparotomía mediana, realizando rápidamente la transición al abordaje laparoscópico. Se calibró la manga con una sonda de 40 F.

La incidencia de complicaciones mayores fue de 6,16% (fugas 5,48 %, estenosis 0,68 %, hemorragias 0 %), las complicaciones menores corresponden a eventraciones con una incidencia de 4,10%. La mortalidad fue de 1,36% y está asociada en esta serie a fuga anastomótica.

Conclusiones. La gastrectomía en manga es un procedimiento seguro, con un bajo índice de morbi-mortalidad. El conocimiento de sus principales complicaciones, su forma de presentación y su manejo terapéutico es fundamental para evitar mortalidad. El seguimiento debe ser estricto en los primeros 30 días de post-operatorio dado que la mayor parte de las fugas se manifiestan luego del alta hospitalaria.

O2 - MICROCIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA Y APLICACIÓN A LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS Y DEFECTOS TRAUMÁTICOS O POST-RESECCIÓN ONCOLÓGICA

Wolff, D.¹; Ortiz, R.¹; Palacio, C.¹; Gryngras, N.¹

¹Servicio de Cirugía Plástica y Microcirugía del Hospital Pasteur. Montevideo – Uruguay

Antecedentes: La Microcirugía es el conjunto de técnicas quirúrgicas que necesitan para ejecutarse el apoyo de magnificación óptica a través de un microscopio. En nuestro Hospital se realiza el entrenamiento en laboratorio experimental y se aplica clínicamente en cirugías de nervios periféricos y cirugía de trasplante de tejidos.

Objetivo: Los objetivos de esta presentación son señalar las etapas formativas por las que cursa el microcirujano en entrenamiento y las aplicaciones de ésta técnica en el contexto interdisciplinario con otras especialidades quirúrgicas.

Material y Método: Se realizó una revisión de los programas de entrenamiento en microcirugía a nivel internacional y en Laboratorio de Microcirugía del Hospital Pasteur desde su reapertura en el año 2009. Así mismo se seleccionaron casos clínicos representativos del alcance de la microcirugía vascular y nerviosa

Resultado: Desde el punto de vista docente, con la reapertura del laboratorio de Microcirugía del Hospital Pasteur, se ha logrado retomar con la formación de residentes de cirugía plástica en ésta técnica quirúrgica. Desde lo asistencial, se ha fomentado la aplicación de éstas técnicas en mayor número, lo que se vio reflejado en una mejor calidad reconstructiva.

Conclusiones: El cirujano entrenado en técnicas microquirúrgicas (vasculares y nerviosas) puede resolver en forma global las lesiones de nervios periféricos, en particular del plexo braquial. Así mismo amplía el abanico de soluciones quirúrgicas en la cobertura de áreas cruentas complejas, reconstrucción mamaria y otros defectos post resección oncológica que en principio de consideraban “irresecables” por la pobre reconstrucción.

O3 - RESULTADOS METABÓLICOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN URUGUAY

Santiago, P.^{1y2}; Beraldo, G.^{1y3}; Taroco, L.^{1y4}; Rappa, J.^{1y5}; Rodríguez Iglesias, J.L.^{1y6}

Antecedentes: La cirugía bariátrica está claramente indicada en pacientes obesos mórbidos con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 40, o en aquellos pacientes con un IMC mayor de 35 que asocien comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial (HTA) y las dislipemias. Múltiples publicaciones referidas al tema hasta la fecha han demostrado claramente una mejoría del status metabólico de éstos pacientes luego de la cirugía bariátrica. Inclusive en 2012 fue publicado un estudio randomizado que claramente evidencia, con valor estadísticamente significativo, el mejor resultado de la cirugía bariátrica vs el tratamiento médico intensivo, en la diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos: Demostrar los resultados metabólicos de la cirugía bariátrica en una serie nacional bi-institucional.

Material y Método: Se analizan los resultados metabólicos, especialmente vinculados a la mejoría de la diabetes mellitus tipo 2, en una población de 146 pacientes sometidos a gastrectomía en manga (GM), operados por los autores tanto en la Clínica Quirúrgica 2 del Hospital Maciel como en el Hospital Central de las FFAA. De este grupo de pacientes operados se analiza en los pacientes diabéticos, el estado metabólico preoperatorio (cifras de glicemia y necesidad de medicación), y se compara con los mismos parámetros en el postoperatorio mediato. Se relaciona el resultado metabólico con la mejoría en el IMC de cada paciente para tratar de establecer si esta mejoría es proporcional al descenso de peso, o si existen otros factores (dietarios, hormonales, etc.) que se relacionan con esta mejoría.

Resultados: De los 146 pacientes operados, 65 (44,5%) eran diabéticos o hiperinsulinémicos. De éstos, 49 pacientes recibían tratamiento médico con uno o dos hipoglicemiantes orales (HGO), tres eran tratados con insulina NPH y los restantes 13 no recibían medicación y eran tratados con dieta. El promedio de glicemia preoperatoria fue de 2,14 g/dl. El IMC preoperatorio osciló entre 36,5 y 73 con un promedio de 47,5.

Luego de la cirugía bariátrica, y con un seguimiento que oscila entre 15 días y 6 años, solo 8 pacientes continuaban recibiendo HGO, y uno solo continuaba con insulina NPH. 46 pacientes no reciben medicación. Diez pacientes se perdieron del control postoperatorio. El promedio de glicemia postoperatorio controlada fue de 0,90 g/dl. El IMC promedio del postoperatorio fue de 32,6. Considerando solo los pacientes que recibían medicación, e incluyendo a los pacientes perdidos del seguimiento en el grupo de no respuesta, la mejoría de la diabetes se apreció en el 62% de los pacientes.

Conclusiones: Al igual que las referencias actuales de la literatura, en nuestra experiencia, la manga gástrica es un excelente tratamiento que permite el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 en un porcentaje alto de los casos. Este control va de la mano con el descenso del IMC y probablemente con la mejoría de los hábitos dietarios. Se describen también efectos endócrinos a nivel del tubo digestivo producidos por la cirugía bariátrica que jugarían un papel importante en el control del metabolismo de los hidratos de carbono.

Buchwald H., Avidor Y., Braunwald E., et al. Bariatric Surgery: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2004; 292:1724-37

Philip R. Schauer, M.D., Sangeeta R. Kashyap, M.D., et al. Bariatric Surgery vs. Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes. N Engl J Med 2012.

1 Clínica Quirúrgica 2 Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay - Departamento de Cirugía del Hospital Central de las FFAA. Montevideo, Uruguay

2 Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica 2 y Cirujano Hospital Central de las FFAA;

3 Asistente Clínica Quirúrgica 2 y Cirujano Hospital Central de las FFAA;

4 Jefe Departamento de Cirugía del Hospital Central de las FFAA,

5 Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica 2; ⁶Profesor Director Clínica Quirúrgica 2

O4 - VARIANTES ANATÓMICAS, TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN Y COMPLICACIONES ARTERIALES EN TRASPLANTE HEPÁTICO. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Dres. Alvez, M.¹; San Martín, G.¹; Harguindeguy, M.¹; Lopez, D.¹; Ettlin, A.¹; Abelleira, M.¹; Reyes, S.¹; Leites, A.¹; Valverde, M.¹; Menedez, J.M.¹; Scalone, P.¹; Rando, K.¹; Gerona, S.¹

¹Unidad Bi-Institucional. Enfermedades Hepáticas-Trasplante Hepático. Centro Nacional Hepato-Bilio-Pancreático. Unidad Docente Asistencial

Resumen

Introducción: Las variaciones anatómicas de la arteria hepática del donante obligan en ocasiones a reconstrucciones arteriales en el trasplante hepático. Estas reconstrucciones determinan un mayor índice de complicaciones, las cuáles ponen en riesgo la viabilidad del injerto y la vida del paciente. Por lo tanto, conocer en detalle la anatomía y las técnicas de reconstrucción arterial es un requisito básico e indispensable para el cirujano de trasplante hepático.

Objetivo: Analizar la experiencia del programa de trasplante hepático en el manejo de situaciones anatómicas de la arteria hepática del donante y las reconstrucciones realizadas, así como las complicaciones postoperatorias de la arteria.

Método: Estudio retrospectivo en 47 Trasplantes Hepáticos Ortotópicos (THO).

Resultados: Entre octubre del 2009 agosto del 2012 se realizaron 47 THO. Se identificó una variación anatómica en relación al patrón normal en 10 de los donantes (21,2%). En 8 (17%) se realizó una reconstrucción arterial durante la cirugía de banco. En 42 (89%) de los trasplantes el sitio de anastomosis arterial en el receptor fue la arteria hepática. 5 (10,6%) pacientes presentaban una arteria hepática inadecuada, por lo cual se realizó, en 3 casos (6,3%) anastomosis al tronco celíaco y en 2 (4,2%) a la esplénica. En un paciente (2,1%) se realizó una interposición con un segmento de mesentérica superior cadavérica, por decolamiento intimal de la arteria hepática propia del injerto. 3 (6,3%) pacientes presentaron estenosis de la arteria hepática, 2 fueron tratados mediante angioplastia + stenting, y el restante mediante revascularización quirúrgica.

Conclusiones: La variación en la anatomía de la arteria hepática es una situación frecuente y frecuentemente requieren reconstrucciones arteriales. Las anastomosis arteriales complejas durante el implante, por una arteria hepática del receptor inadecuada fue una situación también frecuente. En nuestra serie la incidencia de complicaciones arteriales es comparable a series internacionales.

O5 - YEYUNOSTOMÍA POR TÉCNICA DE SELDINGER: UNA OPCIÓN PRÁCTICA PARA LA NUTRICIÓN ENTERAL EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA MAYOR

Acuña, G.¹; Lapiedra, D.¹; Madrid, F.¹; Gonzalez, R.¹; Estapé, L.¹; Gonzalez, F.¹

¹Unidad de Supramesocólico, Clínica Quirúrgica "1", Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

Antecedentes: En el servicio de Cirugía de la Clínica Quirúrgica 1 del Hospital Pasteur desde el período de Julio del 2010 a la fecha se realizan rutinariamente las yeyunostomías de alimentación mediante técnica de Whitzel, utilizando un cateter de Seldinger multifenestrado. El objetivo es contar con una vía de alimentación enteral de fácil uso ya sea para alimentación precoz o al momento de manejar complicaciones en cirugías complejas.

Objetivos: Demstrarar que la yeyunostomía por técnica de Seldinger es un procedimiento de fácil realización, con una curva de aprendizaje corta y con baja incidencia de complicaciones.

Material y métodos:

Lugar de aplicación: Unidad de Supramesocólico, Clínica Quirúrgica 1 del Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo retrospectivo

Población: Todos aquellos pacientes asistidos en la Unidad de Supramesocólico desde julio de 2010 al 31 de agosto de 2012, quienes fueron sometidos a cirugías mayores de coordinación en las que se previó la necesidad de alimentación enteral por yeyunostomía.

Resultados: Se analizaron 20 casos (N: 20), las cirugías en las cuales se realizó la yeyunostomías fueron 14 gastrectomías totales, 1 duodenocefalopancreatectomía, 4 esofagectomías y 1 yeyunostomía en un paciente con una fístula gastro-cutánea. El período promedio de utilización de las yeyunostomías fue de 10 días. La causa más frecuente de utilización de la yeyunostomía fue la alimentación precoz enteral postoperatoria. No se detectaron complicaciones vinculadas al procedimiento en los casos analizados.

Conclusiones: La yeyunostomía por técnica de Seldinger es una vía de alimentación enteral de buena calidad, de fácil realización y bajo costo, con baja tasa de complicaciones (no se detectaron en los pacientes analizados). Es de fácil manejo por el personal de enfermería y con preparados artesanales o comerciales se logra una buena nutrición del paciente en el periodo posoperatorio inmediato por vía enteral, con los beneficios de esta vía respecto a la nutrición parenteral.

V6 - ADENOPATÍA LATEROAÓRTICA SECUNDARIA

Viola Malet, M.¹; Rodríguez, P.¹; Sánchez, G.¹; Laurini, M.¹; Bonilla, F.¹; Brito, N.¹

¹*Clínica Quirúrgica "B" – Servicio de Cirugía de MUCAM, Montevideo-Uruguay*

Antecedentes: El cáncer de ovario ocupa el 6to lugar en frecuencia de las neoplasias en la mujer de nuestro país (8,29/100000 hab); es la 5ta causa de muerte por cáncer en el Uruguay (4,96/100000 hab).

Puede asociarse a cáncer de mama, endometrio y colon; la gran mayoría se presentan en mujeres peri o postmenopáusicas.

80% corresponden a neoplasias epiteliales, cistoadenocarcinomas, y el 20% restante a tumores de células germinales, estromales u otras estirpes más raras.

A pesar de los avances tecnológicos y en oncología el pronóstico global sigue siendo malo, su diagnóstico suele ser tardío, 2/3 diseminación regional y 30% a distancia. El pronóstico se ensombrece por la diseminación transcelómica temprana, con siembra peritoneal, incluso antes de la afectación ganglionar.

Destacamos al CA 125, con valor principalmente en el seguimiento, con valor predictivo de recaída frente a un aumento significativo.

Objetivo: Mostrar un video de la resección laparoscópica de una adenopatía secundaria; único punto de recaída de un cáncer de ovario operado 2 años antes.

Descripción del contenido: Presentamos el caso clínico de una paciente de 52 años, con antecedentes de mastectomía sectorial más ganglio centinela en 2008 por cáncer de mama; en 2010 operación de Taylor por cáncer de ovario. En 2011colecistectomía laparoscópica, sin evidencia de enfermedad humoral, imagenológica ni intraperitoneal.

4 meses después aumento desmedido del CA 125 a 48,7U/ml.

La TC muestra un adenopatía lateroaórtica izquierda de 2,5cm. El PET evidencia una imagen hipercaptante con SUV 13,3 inmediatamente por encima de la bifurcación aórtica.

Se realizó una laparoscopia exploradora. Paciente en decúbito dorsal, antitrendelemburg y lateralización a derecha; neumoperitoneo con aguja de Veress9mmHg. Un trocar umbilical 10mm para la óptica, otro de 10mm en FID para la mano izquierda del cirujano, otro de 5mm suprapúbico para la mano derecha y otro de 5mm en FII para el ayudante.

La exploración de la cavidad abdominal descarta ascitis, carcinomatosis peritoneal y secundarismo hepático; exponemos la bifurcación aórtica y evidenciando una tumoración látero-aórtica de 2,5cm. Realizamos la disección de la misma en forma roma y con ayuda del Ligasure™.

La anatomía patológica confirmó que se trataba de una sustitución metastásica del ganglio látero-aórtico.

V7 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER GÁSTRICO.

Viola Malet, M.¹; Pino, A.L.¹; Muniz, N.¹; Pereyra, J.¹; Rodríguez, P.¹; Laurini, M.¹; Sanchez, G.¹

¹*Clínica Quirúrgica "B" – Servicio de Cirugía de MUCAM - Montevideo-Uruguay*

Antecedentes: El cáncer gástrico es el segundo cáncer más común en el mundo; su incidencia varía de un país a otro, siendo muy alta en Chile, Japón, China y Costa Rica. Es un cáncer de predominio masculino (2,5:1); en la séptima y octava década. En Uruguay 6,4 a 14,26/100.000hab, con una mortalidad de 4,79 a 11,37/100.000hab.

El pronóstico está en directa relación con el estadio al momento del diagnóstico. La sobrevida depende del grado de profundidad y compromiso ganglionar. Presentación en estadios precoces menos del 20%; los demás padecen enfermedad metastásica regional o distante; 50% ganglios positivos al diagnóstico. Sobrevida global a cinco años entre 0% hasta casi 50-60% en estadios precoces.

El tratamiento del cáncer gástrico localmente avanzado tiene hoy día, a la cirugía laparotómica como herramienta esencial, muchas veces única y otras acompañada de quimioterapia y eventualmente radioterapia como tratamientos adyuvantes.

La tendencia a nivel mundial incluye planes de quimioterapia neoadyuvante, cuyo objetivo es mejorar la resecabilidad, disminuir la recidiva locorregional, mejorar la calidad de vida y aumentar el tiempo libre de enfermedad. En el mismo sentido la cirugía laparoscópica está demostrando ser una herramienta excelente para el tratamiento quirúrgico esta neoplasia. Ésta ofrece seguridad oncológica, permitiendo realizar resecciones igual o más extensas que la cirugía laparotómica. Tecnicamente requiere un entrenamiento y curva de aprendizaje amplios para hacerla posible.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico del cáncer gástrico, en cuanto a factibilidad y seguridad, resultados quirúrgicos a corto plazo y radicalidad oncológica.

Material y método: Analizamos la cirugía laparoscópica gástrica de MUCAM y la Clínica Quirúrgica "B"; se operaron 14 pacientes entre Julio 2009 y Setiembre 2012.

Resultados: Se operaron 7 hombres y 7 mujeres, promedio de edad 65 años. Tiempo quirúrgico promedio 215 minutos. Mortalidad operatoria 3 pacientes, sin morbilidad parietal, falla de sutura 14%. Todos adenocarcinomas, 85% localmente avanzados, 57% adenopatías positivas, resecando un promedio de 20, todas R0.

Conclusiones: A través de nuestra experiencia en cirugía laparoscópica creemos que ésta es una cirugía factible de realizar 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, 20 ganglios promedio, con una morbilidad comparable a series internacionales.

Bibliografía

Martínez-Ramos D, Miralles-Tena JM, Cuesta MA, Escrig-Sos J, Van der Peet D, Hoashi JS, Salvador-Sanchís JL. Laparoscopy versus open surgery for advanced and resectable gastric cancer: a meta-analysis. Rev Esp Enferm Dig. 2011 Mar;103(3):133-41. Review

Mac Lellan S.J, Mac Kay H.J, Ringash J, Jacks L, Kassam Z, Conrad T, Khalili I and Okrainec A. Laparoscopic gastrectomy for patients with advanced gastric cancer produces oncologic outcomes similar to those for open resection. Surg Endosc (2012) 26:1813–1821

Li W, Qin J, Sun YH, Liu TS. Neoadjuvant chemotherapy for advanced gastric cancer: a meta-analysis. World J Gastroenterol. 2010 Nov 28;16(44): 5621-8.

V8 - ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. ESPLENOMEGALIA GRADO IV

Muniz, N.¹; Viola Malet, M.¹; Sanguinetti, M.¹; Laurini, M.¹; Rodríguez, P.¹; Sánchez, G.¹

¹*Clinica Quirúrgica "B" – Servicio de Cirugía de MUCAM - Montevideo-Uruguay*

Antecedentes: La esferocitosis hereditaria es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por anemia hemolítica de severidad variable, con esferocitos en sangre periférica, ictericia intermitente de grados variables y esplenomegalia. La alteración se encuentra en un gen localizado en el cromosoma 8, pero existen alrededor de 15% de formas esporádicas.

Forma más frecuente de anemia hemolítica, con una frecuencia que llega a 1/2000 hab en algunos países europeos.

Diferentes formas de presentación clínica, desde asintomáticas hasta forma muy severas con crisis hemolíticas que requieren de asistencia transfusional.

50% se manifiestan antes de los 15 años, pero a menudo se diagnostican en la edad adulta.

El diagnóstico se logra por la historia familiar, esferocitos en sangre periférica, test de hemólisis y fragilidad osmótica.

El tratamiento de esta afección es la esplenectomía.

Objetivo: Mostrar un video de una esplenectomía laparoscópica en una paciente portadora de una esferocitosis con una esplenomegalia grado IV.

Descripción del contenido: Presentamos el caso clínico de una paciente de 32 años, con una anemia hemolítica poresferocitosis, con una esplenomegalia grado IV.

La TC evidencia gran esplenomegalia que llega a la pelvis (25x20cm).

Colocamos la paciente en decúbito lateral derecho 45°, neumoperitoneo hasta 9mmHg. Un trócar de 12mm en la línea media infraumbilical para la óptica, otro de 12mm en la línea media supraumbilical, 8cm por encima del ombligo para la mano izquierda del cirujano, otro de 12mm en la línea medio claviclar flanco izquierdo para la mano derecha, y uno de 5mm en la línea axilar media para el ayudante.

Realizamos la disección del pedículo esplénico próximo al hilio; sección en bloque del mismo con sutura ETS Flex de 45mm carga blanca. Luego procedemos a la disección y sección de los vasos cortos, así como toda la liberación de todos los puntos de fijación medial del bazo. Finalizada dicha disección, se secciona el ligamento freno esplénico, completando así la liberación completa del órgano.

Extraemos la pieza por una incisión de Pfannestiel con protección y separación del dispositivo Alexis™

V9 - HERNIA HIATAL GIGANTE. FUNDUPLICATURA DE NISSEN.

Viola Malet, M.¹; Rodríguez, P.¹; Laurini, M.¹; Sánchez, G.¹; Muniz, N.¹; Zeballos, J.¹

¹*Clinica Quirúrgica "B" – Servicio de Cirugía de MUCAM - Montevideo-Uruguay*

Antecedentes: La hernia hiatal (HH) se define como el pasaje del estómago al tórax a través del hiato esofágico del diafragma. Se consideran gigantes cuando su contenido supera 1/3 del estómago.

Existen 3 tipos de HH, tipo I o por deslizamiento (85%), tipo II o paraesofágica y tipo III mixta.

Más frecuentemente entre 40 y 60 años, estimándose su incidencia en 5/1000, es difícil su valoración exacta, ya que muchas cursan asintomáticas.

Clínicamente se pueden presentar asintomáticas, o con cualquiera de los siguientes síntomas, disfagia, RG-E, epigastralgia, anemia, HDA, dolor retroesternal y regurgitaciones, entre otros.

El tratamiento médico sintomático logra buenos resultados en el control del RG-E, con una alta incidencia de recaída al suspender el tratamiento. La cirugía sigue siendo el tratamiento standard para la corrección anatómica y alivio sintomático de la HH. Existen múltiples procedimientos, siendo el goldstandard la funduplicatura de Nissen laparoscópica; contando con todos los beneficios de este abordaje, sumado a mejor visión y acceso a la región del hiato esofágico.

Objetivo: Mostrar un video de una funduplicatura de Nissen laparoscópica en una paciente con una hernia hiatal gigante.

Descripción del contenido: Presentamos el caso clínico de una paciente de 50 años, con una hernia hiatal gigante sintomática.

La Rx de tórax evidencia la imagen patognomónica en “asa de balde” de la HH. El EGD y la TC muestran una gran hernia hiatal tipo III.

Colocamos la paciente en decúbito dorsal, en antitrendelemburg a 30°, con las piernas abiertas; neumoperitoneo hasta 9 mmHg. Un trocar de 12 mm en la línea media supraumbilical para la óptica, dos trocáres de 12 mm en la línea medioclavicular derecha e izquierda a unos 5 a 8 cm por encima de la línea umbilical, uno de 5 mm en la línea axilar anterior izquierda para el ayudante, y otro de 5 mm en la línea axilar anterior derecha subcostal para la retracción hepática.

Realizamos la disección del saco herniario del mediastino, reduciéndolo completamente al abdomen, y resecándolo. Procedemos al cierre de los pilares con 3 puntos de Polyester 2-0, apoyados sobre parches de PTFE. Confeccionamos la funduplicatura tipo Nissen con 3 puntos de Polyester 2-0, fijamos la funduplicatura al pilar derecho del diafragma.

V10 - LINFADENECTOMÍA D2 LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO.

Viola Malet, M.¹; Pino, A.L.¹; Rodríguez, P.¹; Sanchez, G.¹; Laurini, M.¹; Castelli, F.¹

¹Servicio de Cirugía de MUCAM - Montevideo-Uruguay

Introducción: El cáncer gástrico es el segundo cáncer más común en el mundo; su incidencia varía de un país a otro, siendo muy alta en Chile, Japón, China y Costa Rica. Es un cáncer de predominio masculino (2,5:1); en la séptima y octava década. En Uruguay 6,4 a 14,26/100.000 hab, con una mortalidad de 4,79 a 11,37/100.000 hab.

El pronóstico está en directa relación con el estadio al momento del diagnóstico. La sobrevida depende del grado de profundidad y compromiso ganglionar. Presentación en estadios precoces menos del 20%; los demás padecen enfermedad metastásica regional o distante; 50% ganglios positivos al diagnóstico. Sobrevida global a cinco años entre 0% hasta casi 50-60% en estadios precoces.

El tratamiento quirúrgico laparoscópico del cáncer gástrico localmente avanzado está demostrando ser una herramienta excelente para el tratamiento de esta neoplasia. Ofrece seguridad oncológica, permitiendo realizar resecciones iguales o más extensas que la cirugía laparotómica. Técnicamente requiere un entrenamiento y curva de aprendizaje amplios para hacerla posible.

Cuando se emprende una cirugía con intención curativa para el cáncer gástrico LOCALMENTE avanzado, esta debe cumplir dos premisas fundamentales de radicalidad oncológica, lograr una resección R0 y una linfadenectomía D2. Ésta actualmente es considerada la linfadenectomía standard con criterio curativo, excluyendo los ganglios del grupo 11d y 10 cuya resección aumenta la morbilidad y no mejora la sobrevida ni el tiempo libre de enfermedad.

Objetivo: Mostrar un video de nuestra experiencia en la linfadenectomía D2 en el cáncer gástrico localmente avanzado.

Descripción del contenido:

Presentamos el caso clínico de un paciente de 52 años, con una historia de corta evolución dada por epigastralgia, plenitud precoz y anemia. En la fibrogastroscofia se objetiva una lesión vegetante y ulcerada de cuerpo gástrico, cuya biopsia confirmó que se trata de un adenocarcinoma gástrico. La TC mostró una lesión vegetante de cuerpo gástrico, algunas adenomegalias sobre la pequeña curva y subpilóricas.

Comentarios:

Creemos que la linfadenectomía D2 es un procedimiento factible de realizar por cirugía laparoscópica, que requiere un entrenamiento y una curva de aprendizaje importantes, que permite respetar las premisas de radicalidad oncológica.

V11 - SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA. SINDROME DE CONN

Pereyra, J.¹; Viola Malet, M.¹; Bonilla, F.¹; Muniz, N.¹; Laurini, M.¹; Rodríguez, P.¹; Sánchez, G.¹

¹*Clínica Quirúrgica "B" – Servicio de Cirugía de MUCAM - Montevideo-Uruguay*

Antecedentes: El hiperaldosteronismo (HAP) primario es la causa más frecuente de HTA, representando aproximadamente el 15%. Fue reportado por primera vez hace más de 50 años por Conn, en relación a un adenoma suprarrenal.

La causa en más del 80% de HAP es un adenoma suprarrenal, menos frecuentemente la hiperplasia adrenocortical bilateral o unilateral.

El aumento de la producción de aldosterona determina una mayor reabsorción de sodio y eliminación de potasio, lo que ocasiona un aumento del volumen intravascular con aumento de la tensión arterial e hipopotasemia, menos frecuentemente normokaliemia.

Es capital determinar la etiología de la HTA, dado que los adenomas son de sanción quirúrgica y las hiperplasias requieren tratamiento médico farmacológico.

El objetivo del tratamiento del HAP es prevenir la morbimortalidad asociada a la HTA, los disturbios hidroelectrolíticos y el daño cardiovascular.

El tratamiento de elección del adenoma suprarrenal es la adrenalectomía laparoscópica, dado que permite la normalización de las cifras tensionales, con menor daño parietal, más rápida recuperación postoperatoria y reintegro a las tareas habituales.

Objetivo: Mostrar un video de una suprarrenalectomía derecha laparoscópica.

Descripción del contenido: Presentamos el caso clínico de una paciente de 28 años, hipertensa con un adenoma suprarrenal derecho.

La dosificación de Aldosterona y la relación Aldosterona/Renina muy elevadas; además de presentar un potasio en el límite inferior de lo normal.

La TC evidencia un adenoma suprarrenal derecho de 15mm.

Colocamos la paciente en decúbito lateral izquierdo 90°, neumoperitoneo hasta 9mmHg. Un trócar de 12mm subcostal en la línea axilar media para la óptica, otro de 12mm en la línea axilar anterior para la mano derecha del cirujano, otro de 12mm en la línea axilar posterior para la mano izquierda, y uno de 5mm subxifoideo para retracción hepática.

Realizamos la disección y sección de la vena suprarrenal derecha, y otras venas accesorias, dependientes de la Vena Cava inferior y de la Vena Diafragmática derecha. Disección y sección de la arteria suprarrenal derecha. Completamos la disección de la glándula de sus adherencias externas y al riñón derecho.

Extracción de la pieza en bolsa por puerto de la línea medioclavicular.

V12 - SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA. SÍNDROME DE CONN

Sanguinetti, M.¹; Viola Malet, M.¹; Bonilla, F.¹; Muniz, N.¹; Rodríguez, P.¹; Sánchez, G.¹; Laurini, M.¹

¹*Clinica Quirúrgica "B" – Servicio de Cirugía de MUCAM - Montevideo-Uruguay*

Antecedentes: El hiperaldosteronismo (HAP) primario es la causa más frecuente de HTA, representando aproximadamente el 15%. Fue reportado por primera vez hace más de 50 años por Conn, en relación a un adenoma suprarrenal.

La causa en más del 80% de HAP es un adenoma suprarrenal, menos frecuentemente la hiperplasia adrenocortical bilateral o unilateral.

El aumento de la producción de aldosterona determina una mayor reabsorción de sodio y eliminación de potasio, lo que ocasiona un aumento del volumen intravascular con aumento de la tensión arterial e hipopotasemia, menos frecuentemente normokaliemia.

Es capital determinar la etiología de la HTA, dado que los adenomas son de sanción quirúrgica y las hiperplasias requieren tratamiento médico farmacológico.

El objetivo del tratamiento del HAP es prevenir la morbimortalidad asociada a la HTA, los disturbios hidroelectrolíticos y el daño cardiovascular.

El tratamiento de elección del adenoma suprarrenal es la adrenalectomía laparoscópica, dado que permite la normalización de las cifras tensionales, con menor daño parietal, más rápida recuperación postoperatoria y reintegro a las tareas habituales.

Objetivo: Mostrar un video de una suprarrenalectomía derecha laparoscópica.

Descripción del contenido: Presentamos el caso clínico de una paciente de 68 años, hipertensa con un adenoma suprarrenal izquierdo.

La dosificación de Aldosterona y la relación Aldosterona/Renina muy elevadas; además de presentar una hipopotasemia.

La TC evidencia un adenoma suprarrenal izquierdo de 12mm.

Colocamos la paciente en decúbito lateral derecho 90°, neumoperitoneo hasta 9mmHg. Un trócar de 12mm subcostal en la línea axilar media para la óptica, otro de 12mm en la línea axilar anterior 8cm para la mano izquierda del cirujano, otro de 12mm en la línea axilar posterior para la mano derecha, y uno de 5mm subxifoideo para el ayudante.

Realizamos la disección y liberación del polo inferior del bazo y ángulo izquierdo del colon. Sección del ligamento espleno-renal. Clipado y sección de los pedículos vasculares. Completamos la disección de la glándula de sus adherencias externas y al riñón izquierdo.

Extracción de la pieza en bolsa por puerto de la línea axilar anterior.

P13 - ABSCESO LUMBAR POR CALCULO BILIAR ABANDONADO EN CAVIDAD PERITONEAL. PRESENTACIÓN TARDÍA A 30 AÑOS DE LA CIRUGÍA

Chinelli J.¹; Gonzalez S.¹; Díaz V.¹; Costa J.¹; Borgno L.¹; Rodríguez J.L.¹

¹*Clínica Quirúrgica 2 – Hospital Maciel - Montevideo - Uruguay*

Resumen

Antecedentes: La formación de abscesos y/o fistulas secundarias a litiasis abandonadas en la cavidad peritoneal constituye una complicación muy poco frecuente, cuya incidencia ha aumentado con el advenimiento de la cirugía laparoscópica debido a la posibilidad de rotura vesicular.

Objetivos: Presentación de un caso clínico cuya particularidad es la forma de presentación tardía y posterior a una colecistectomía abierta.

Material y Métodos: Paciente de sexo femenino, 72 años, colecistectomía abierta hace 30 años. Consulta por dolor lumbar de un mes de evolución, sin elementos toxi-infecciosos ni alteraciones del tránsito digestivo o urinario. Al examen físico se destaca la presencia de una tumoración inflamatoria de 7 cm en el ángulo costolumbar derecho, sin pedículo abdominal, que no impulsa con las maniobras de Valsalva. Hemograma sin leucocitosis. Tomografía Computada informa lesión redondeada, hipodensa, con paredes engrosadas, subyacente y en franca relación al plano parietal. En su interior presenta una imagen hiperdensa pequeña (1 cm) calcificada. Se realiza drenaje quirúrgico del absceso bajo anestesia general extrayendo del fondo de éste un cálculo biliar.

Resultados: Postoperatorio sin complicaciones, se deja herida abierta y mechada que cierra por segunda intención.

Conclusiones: Los abscesos y fistulas por litiasis abandonadas son una nueva complicación de la cirugía laparoscópica dado que ante la rotura vesicular y pasaje de cálculos a la cavidad peritoneal, la extracción completa de los mismos suele ser laboriosa. Otras complicaciones similares han sido descritas, como empiema, incorporación en ovario, absceso en puerto de entrada y litiasis en saco herniario. En nuestra paciente se destaca la presentación tardía a 30 años de la cirugía, que fuera realizada por vía abierta. Las técnicas mini-invasivas de drenaje no resuelven el problema definitivamente, ya que la fistula se perpetúa al dejar in situ la litiasis, por lo que es necesario un abordaje quirúrgico para explorar el trayecto y extraer el cálculo.

P14 - APENDAGITIS EPIPLOICA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA EN DOLOR INESPECÍFICO EN FOSA ILÍACA IZQUIERDA

Acuña, G.¹; Palacio, P.¹; Madrid, F.¹; Gonzalez, F.¹

¹*Servicio de Cirugía, Clínica Quirúrgica 1 Profesora Dra. Sonia Boudrandi - Hospital Pasteur, Montevideo Uruguay*

El análisis de situación del cuadro clínico de la “apendagitis epiploica” está dado por la presentación y el análisis de 2 casos clínicos presentados en el servicio de emergencia de nuestro servicio.

El término fue introducido por Lynn en 1956 con la descripción del caso en piezas de anatomía patológica. Es una enfermedad autolimitada y benigna la cuál está dada por la inflamación de los apéndices epiploicos del colon debido a su torsión y compromiso vascular.

Se presentan con dolor a nivel de fosa ilíaca y flanco izquierdo, de duración variable. Su diagnóstico clínico es difícil y la imagenología que lo certifica es la TAC. Su manejo es conservador con altas tasas de éxito (97-100%).

Los casos clínicos a presentar son 2.

En el primer caso se trata de un paciente de sexo masculino de 36 años con dolor de 10 días de evolución (múltiples consultas) a nivel de flanco y fosa ilíaca izquierda, paraclínica humoral normal, se solicita TAC la cual evidencia apendagitis epiploica. Evolucionó favorablemente con tratamiento antiinflamatorio por vía oral.

La siguiente paciente de sexo femenino de 47 años con dolor en misma topografía de 4 meses de evolución, sin alteración del tránsito ni a nivel humoral, TAC evidenció apendagitis epiploica, buena evolución con tratamiento antiinflamatorio.

Estamos frente a una patología quirúrgica de baja frecuencia. La presentación típica a nivel de FII, la cual ofrece una diversa gama de diagnósticos diferenciales los cuales a su vez se presentan con mayor frecuencia (diverticulitis, enfermedades inflamatorias Intestinales, sigmoiditis inespecíficas, cólico nefrítico, etc). La alta sospecha clínica y el conocimiento de esta patología ofrecen ventajas a la hora del manejo de posibilidades diagnósticas.

Es una patología benigna y autolimitada con buena evolución por medio del tratamiento médico antiinflamatorio y el control clínico evolutivo habiendo descartado otras patologías.

P15 - G.I.S.T. GÁSTRICO EN PACIENTE DE 85 AÑOS

Zeoli, M.¹; Tarigo, N.¹; Lyford-Pike, P.¹; Vásquez, I.¹

¹Clínica Quirúrgica "F". Hospital de Clínicas.

Los tumores del estroma gastrointestinal conocidos como G.I.S.T. sigla en inglés: Gastro-Intestinal Stromal Tumors. Son tumores a células fusiformes originados en los componentes estromales del tracto gastrointestinal.

El desarrollo de técnicas inmunohistoquímicas ha permitido diagnosticar estas lesiones con un 100% de fiabilidad. El marcador CD117 (proteína KIT) es específico para el diagnóstico de G.I.S.T. y solo los que son positivos son considerados como tales. Representan menos del 1% de todos los tumores digestivos y la topografía gástrica es la más frecuente.

Presentamos el caso de un G.I.S.T. gástrico, su valoración preoperatoria, tratamiento quirúrgico e informe definitivo de Anatomía Patológica.

Hombre de 85 años, Exfumador. Consulta en emergencia, Hospital de Clínicas por reiterados episodios de hemorragia digestiva alta, con repercusión hemodinámica y hematológica. En la FGC de urgencia se evidencia un tumor del fondo gástrico, sobre la vertiente posterior de la curvatura mayor, de 50 mm de diámetro, mucosa sana a excepción de un sector ulcerado con fibrina y estigmas de sangrado reciente. Se realizó tratamiento con esclerosantes y presentó una buena evolución posterior en sala.

Tomografía Computada evidenció en fondo gástrico, un proceso expansivo intraluminal, redondeada, regulares y densidad homogénea que realza con el medio de contraste i/v, de aproximadamente 30mm.

Descartó otras lesiones locorregionales y metástasis hepáticas.

Tratamiento quirúrgico consistió en gastrostomía sobre cara anterior, evidenciando la tumoración sobre cara posterior, próxima a la curvatura mayor. Se realiza gastrectomía atípica con máquina de sutura lineal cortante N°75 y posterior cierre con sutura reabsorbible. Consulta con anatomopatólogo intraoperatoria, comprobando la negatividad de los márgenes de resección.

Excelente evolución postoperatoria, otorgando el alta a los 8 días de operado.

Anatomía Patológica- Tumor fusocelular cuya morfología es evocadora de un G.I.S.T. Mide 70x35x35. Pseudoencapsulada con bajo índice mitótico, sin evidencia de gran celularidad y necrosis. Se solicitan técnicas de IHQ. Inmunofenotipo Tumoral- CK negativo, AML positivo, CD 34 positivo y CD117 positivo focal granular intracitoplasmática en el componente celular proliferativo. En suma, perfil inmunofenotípico compatible con G.I.S.T.

P16 - HEMAGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE HEPÁTICO MÚLTIPLE

San Martin, G.¹; Reyes, S.¹; Harguindeguy, M.; Ettlin, A.¹; Abelleira, M.¹; Alvez, M.¹; Lopez, D.¹; Valverde, M.¹; Menedez, J.M.¹; Scalone, P.¹; Roca, A.¹; Rando, K.¹; Leites, A.¹; Gerona, S.¹

¹Hospital Central de las FF. AA. – Hospital de Clínicas, Montevideo Uruguay

El Hemangioendotelioma Epitelioide Hepático (HEHE) es un raro tumor maligno de origen vascular descrito por primera vez por Weiss and Enzinger en 1982 con una incidencia de menos de un caso por millón de habitantes. Este es un tumor de etiología desconocida, mas frecuente en mujeres, habitualmente se presenta como un tumor hepático múltiple y suele cursar de manera asintomática. Las características imagenológicas de la lesión son superponibles a las de un proceso metastásico. El diagnostico se logra mediante biopsia y estudio anatomopatologico el cual requiere de análisis inmunohistoquimico complementario. El curso de esta enfermedad es impredecible, pero suele ser mortal en mas del 50% de los casos. La resección quirúrgica y el trasplante hepático son las opciones terapéuticas.

Caso Clínico

Mujer 53 años.

AP: Mastectomía sectorial mas vaciamiento axilar en 2008 por cáncer de mama, carcinoma ductal infiltrante variante neuroendocrina pT2 N0. Hipertensa crónica.

EA: Asintomática. Imágenes compatibles con secundarismo Hepático.

Se realizo laparoscopia diagnostica con biopsia.

Anatomía: Hallazgos histológicos e inmunohistoquimicos compatibles con Hemangioendotelioma Epitelioide Hepático.

Discutido en ateneo Multidisciplinario se decide: Trasplante Hepático, entrando en lista de espera por la vía de excepción con MELD de 22.

Cirugía de Trasplante en Febrero del 2012:

Donante Optimo. Se evidencian múltiples lesiones hepáticas bilobares, blanquecinas y duras que retraen la cápsula hepática. Sin enfermedad extra hepática. Hepatectomia sin incidentes. Implante con técnica de Piggy-Back, Tiempo de isquemia fría de 3 hs.

Buena evolución postoperatoria. Alta al séptimo día postoperatorio.

Discusión

El HEHE es una neoplasia muy infrecuente, de origen endotelial, siendo un tumor intermedio entre el hemangioma y el hemangiosarcoma. El diagnostico de esta entidad no es posible sin estudio histológico e inmunohistoquimico que evidencie positividad para Factor VIII, CD31 y CD34. Por otra parte el estudio anatomopatologico no permite establecer un pronostico.

El algoritmo terapéutico de HEHE lejos esta de ser estandarizado, debido a su rareza, variabilidad evolutiva y la imposibilidad de establecer un pronostico preoperatorio.

En los tumores resecables la cirugía constituye tal vez la primera opción, pero debido a que estos tumores suelen ser múltiples y bilobares, la resección oncológica preservando parénquima hepático suficiente no es posible. En estos casos y en ausencia de enfermedad extra hepática el trasplante Hepático constituye la primera opción con sobrevida de hasta 80% a los 5 años.

P17 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA OCLUSIÓN INTESTINAL

Reyes, S.¹; Rodríguez, A.¹; Folonier, J.¹; San Martin, G.¹; Geribaldi, N.¹

¹Hospital Central FFAA, Montevideo-Uruguay

Introducción:

Las lesiones traumáticas del diafragma son poco frecuentes, con una incidencia global del 0.8 al 5.8%. El trauma penetrante toracoabdominal es el responsable de la mayoría, siendo las provocadas por trauma contuso menos frecuentes pero más graves, predominan a izquierda y pueden pasar inadvertidas si no hay un alto índice de sospecha.

La brecha producida lleva a la herniación de las vísceras abdominales hacia el tórax, provocando cuadros como: insuficiencia respiratoria, arritmias, hipertensión endotorácica, y oclusión intestinal como en éste caso.

La detección temprana es clave para evitar estas situaciones graves en la evolución.

Caso Clínico:

Hombre 29 años, AP: trauma toracoabdominal contuso a izquierda, con fracturas costales bajas y contusión pulmonar, buena evolución y alta.

MC: Dolor abdominal, de una semana de evolución, náuseas, vómitos, y detención del tránsito para materias y gases. En lo físico distensión abdominal difusa, RHA en base de HTX izquierdo.

Diagnóstico:

Diagnostico clínico se basa en los antecedentes de trauma toracoabdominal, auscultación de vísceras abdominales en el tórax y oclusión intestinal.

Se confirma con la radiología simple de tórax, que muestra contenido intestinal en HTX izquierdo, y la T.A.C que demuestra el ascenso patológico de contenido abdominal al HTX izquierdo.

La T.A.C realizada hace un año post-traumatismo inmediato fue normal, como sucede frecuentemente, siendo de baja sensibilidad para el diagnóstico de lesión diafragmática en agudo.

Tratamiento:

El tratamiento es quirúrgico y su manejo, diferente dependiendo de la etapa en que se realice el diagnóstico. En nuestro paciente que presento una complicación evolutiva: oclusión intestinal. El abordaje fue una mediana supraumbilical, se confirmó una hernia diaframática en el sector muscular izquierdo del diafragma como es lo más frecuente, con ascenso del sector izquierdo del colon transversal, que se conserva vital, omento menor y omento mayor, el cual presentaba áreas de necrosis que requirieron resección. El orificio herniario de 7 cm, se reparo con puntos separados de polipropileno 2.0.

Conclusiones:

La lesión traumática del diafragma es poco frecuente, y de difícil diagnóstico.

En la fase aguda la mortalidad esta determinada por la severidad de las lesiones asociadas.

La evolución natural es hacia la hernia diafragmática, cuya complicación, la estrangulación, es de alta mortalidad.

No contamos en nuestro medio aún, con protocolos destinados al diagnóstico precoz de las lesiones traumáticas del diafragma.

P18 - OCLUSIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

González, S.¹; Chinelli, J.¹; Costa, J.¹; Barberousse, C.¹; Santiago, P.¹; Rodríguez, J.L.¹

¹Hospital Maciel, Montevideo. Clínica Quirúrgica "2"

Antecedentes: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado. En series clásicas está presente en 3% de la población. La cirugía se impone ante las complicaciones del mismo. En la actualidad se discute su resección ante su hallazgo fortuito.

Objetivo: Exponer el caso clínico de un paciente con oclusión intestinal por divertículo de Meckel gigante. Como anexo se discute la indicación de diverticulectomía ante hallazgo fortuito durante una cirugía.

Material y método: Caso clínico de un paciente de sexo masculino, de 33 años, sin antecedentes, con cuadro de 48 horas de evolución dado por detención del tránsito, escasos vómitos, y síndrome toxi-infeccioso. Al examen presentaba distensión abdominal, dolor difuso y aumento de los ruidos hidro-aéreos. De las rutinas destacamos: leucocitosis. Radiografía de abdomen compatible con oclusión de delgado. Se optó por realizar laparotomía exploradora, por mediana infra-umbilical, objetivando en el intraoperatorio, un gran divertículo de Meckel, de unos diez centímetros de longitud, con base de implantación ancha, con brida entre su punta a un sector distal de meso, lo que mediaba de agente de constricción. Se realizó diverticulotomía y degravitación del sector proximal, y diverticulectomía con sutura mecánica. Con buena evolución se otorgó alta al cuarto día.

Discusión: Surge, en instancia académica posterior, la necesidad de los más jóvenes, de saber cómo actuar ante hallazgo fortuito de un divertículo de Meckel sano, tras una laparotomía. Basado en la morbilidad de su exéresis y en el índice de complicaciones, se reconocen tres puntos claves: 1) Evitar la exéresis en cirugía mayor, 2) La indicación de exéresis es inversamente proporcional a la edad, 3) Valorar el aspecto macroscópico: longitud y base (riesgo de diverticulitis o invaginación), y presencia de induraciones.

Conclusiones: Tras las diferentes complicaciones del divertículo de Meckel, el diagnóstico etiológico se realiza en la cirugía. Se aboga por conducta conservadora ante hallazgo fortuito de divertículo de Meckel sano.

Bibliografía: Piñeiro, A; Martínez, E; Canteras, M; Castellanos, G; Rodríguez, JM; Parrilla, P. Complicaciones, diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel. Cir Esp 2001; 70: 286-290.

P19 - ROTURA ESPONTÁNEA DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL

Cáceres, G.¹; Armand Ugon, G.¹; Estape, G.¹; Bado, J.¹

¹Servicio de Cirugía General - Hospital Central de las Fuerzas Armadas - Montevideo - Uruguay

Introducción

La ruptura espontánea de la vía biliar principal es un evento excepcional, con algunos pocos casos reportados en la literatura. La mayoría de los pacientes con este problema son ancianos como ocurrió en el caso que se describe a continuación.



Caso Clínico

Paciente de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, cáncer de mama operada hace 3 años y portadora de litiasis vesicular. Consultó por cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal epigástrico que luego se torna difuso, es permanente, acompañado de distensión abdominal y detención del tránsito para materias de 3 días, expulsa escasos gases. Examen físico: febril 37.7, tinte icterico de piel y mucosas y dolor a la palpación abdominal difusa sin defensa, RHA escasos, TR: ampolla sana con materias. De la paraclínica humoral se destaca 16000 GB, perfil hepático alterado con BT de 2,44 a expensas de la BD, FA 183 y GGT 140, resto de la paraclínica sin particularidades.

Se plantea laparotomía exploradora en la cual se evidenció biliperitoneo por lesión de conducto hepático común izquierdo, se realizó colecistectomía y drenaje de la vía biliar con tubo en T, colocación de otro drenaje biliar a nivel de la perforación y toilette peritoneal.

Presentó en el postoperatorio edema agudo de pulmón que requirió internación en CTI con buena evolución, es dada de alta a los 14 días de la cirugía. Se retiraron los drenajes biliares a los 34 días. Actualmente asintomática pasados 10 meses de la cirugía.

Discusión

La mayor parte de las perforaciones de la vía biliar son producto del daño quirúrgico, siendo la perforación espontánea un evento extremadamente raro en los adultos. No se ha logrado establecer claramente la patogenia de la perforación no traumática de la vía biliar, pero pareciera ser multifactorial. La mayoría de los casos reportados se asocian a litiasis biliar, por aumento de la presión intraductal debido a un lito impactado, también se describen otros factores involucrados como necrosis de la pared de la vía biliar secundaria a trombosis de vasos intramurales, la presencia de divertículos ductales, la infección intramural y la autodigestión causada por reflujo de secreciones pancreáticas. Los estudios de imagen evidencian la presencia de litiasis y de líquido libre intraabdominal o colección. Los tratamientos recomendados incluyen colecistectomía y exploración de la vía biliar principal con drenaje sobre tubo en T y toilette peritoneal.

P20 - YEYUNOSTOMÍA POR TÉCNICA DE SELDINGER: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Acuña, G.¹; Lapiedra, D.¹; Madrid, F.¹; Gonzalez, R.¹; Estapé, L.¹; Gonzalez, F.¹

¹Unidad de Supramesocólico, Clínica Quirúrgica "1", Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

Antecedentes:

En el servicio de Cirugía de la Clínica Quirúrgica 1 del Hospital Pasteur desde el período de Julio del 2010 a la fecha se realizan rutinariamente las yeyunostomías de alimentación mediante técnica de Whitzel, utilizando un cateter de Seldinger multifenestrado. El objetivo es contar con una vía de alimentación enteral de fácil uso ya sea para alimentación precoz o al momento de manejar complicaciones en cirugías complejas.

Objetivos:

Descripción de la técnica mediante imágenes.

Material y métodos:

Lugar de aplicación: Unidad de Supramesocólico, Clínica Quirúrgica 1 del Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

◀ Población: Todos aquellos pacientes asistidos en la Unidad de Supramesocólico desde julio de 2010 al 31 de agosto de 2012, quienes fueron sometidos a cirugías mayores de coordinación en las que se previó la necesidad de alimentación enteral por yeyunostomía.

Resultados:

Se describe mediante el uso de imágenes los diferentes pasos de la técnica de yeyunostomía utilizando el catéter de Seldinger.

Conclusiones:

La yeyunostomía por técnica de Seldinger es una vía de alimentación enteral de buena calidad, de fácil realización y bajo costo, con baja tasa de complicaciones (no se detectaron en los pacientes analizados). Es de fácil manejo por el personal de enfermería y con preparados artesanales o comerciales se logra una buena nutrición del paciente en el periodo posoperatorio inmediato por vía enteral, con los beneficios de esta vía respecto a la nutrición parenteral.



Programa de las XXII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica:

Presidenta: Lic. Enf. Esp. Marlen Peleteiro

Vice-Presidenta: Lic. Enf. Esp. Soledad Pesce

Secretaria: Lic. Enf. Esp. Isabel Andujar

Secretaria: Lic. Enf. Esp. Laura Camisa

08:00 a 09:00 Acreditaciones

Sala Ombú

- 09:00 a 09:20 Acto de Apertura de las XXII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica
Dr. Augusto J. Müller Gras
Lic. Esp. Marlen Peleteiro
- 09:20 a 09:50 Redes Sociales Para Uso en la Educación en Enfermería
Lic. Esp. Carolina Rodríguez
- 09:50 a 10:30 Viviendo con una Ostomía. Percepciones y Expectativas Desde la Fenomenología Social
Dr. Enf. Augusto Ferreira
- 10: 30a 11:00 *Pausa de café*
- 11:00 a 12:15 Mesa Redonda: Nutrición Parenteral en Pacientes con Patologías Oncológicas Colon-Rectales
Coordinadora: Lic. Esp. Mabel Pellejero
Lic. en Nutrición Nora Mira
Dr. Carlos Berozzi
Dra. Estela Olano
- 12:15 a 14:00 *Tiempo Libre*

- 14:00 a 15:10 Primeras Jornadas de Enfermería en Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático
Mesa Redonda: Atención al Paciente de CHBP y Trasplante por el
Equipo Multidisciplinario
Coordinadora: Lic. Esp. Sara González
Lic. Trabajo Social María del Carmen Viñoli
Dr. Martín Harguindeguy
Dra. Karina Rando
Dra. Paola Scalone
- 15:10 a 16:00 Visita de Enfermería Per Opetatoria
Dr. Enf. Rui Leal (Portugal)
- 16:00 a 16:30 *Pausa de café*
- 16:30 a 17:00 Enfermería en los Cuidados al Paciente Sometido a CHBP
Lic. Enf. Micaela Rosario Quispes Tueros (Perú)
Lic. Enf. María Candelaria Roca Salas (Perú)
- 17:00 a 18:00 Indicadores de Calidad de Enfermería en el Programa de
Trasplante Hepático
Lic. Esp. Sara González



08:30 a 09:00	Polifarmacia en Adulto y Anciano Lic. Esp. Isabel Silva Lic. Esp. Laura Uturbey
09:00 a 09:30	Una Experiencia en la Humanización Para el Cuidado de Enfermería Lic. Esp. Leticia Diana Lic. Esp. Rosa Gil Lic. Esp. Valeria Quintero Lic. Enf. Karina Scanzerra
09:30 a 10:00	Trauma de tórax Lic. Enf. Silvana Pan Lic. Esp. Marcela Valdivia Lic. Enf. Jimena Vega
10:00 a 10:30	Percepción del Usuario Sobre el Quehacer de la Licenciada en Enfermería en el Primer Nivel de Atención Lic. Enf. Laura Agoglia Lic. Enf. Eliana Camacho Lic. Enf. Karen González Lic. Enf. Jessica Juárez Lic. Enf. Magela Techera Lic. Enf. Catherine Tirelli
10:30 a 11:00	<i>Pausa de café</i>
11:00 a 12:00	Taller: Salud Laboral Desde el Cuidado de Enfermería Responsable: Lic. Esp. Elizabeth Bozzo
12:00 a 14:00	<i>Tiempo Libre</i>
14:00 a 16:00	Mesa Redonda: Ética en la Relación Clínica Coordinadores: Lic. Esp. María Inés Umpiérrez y Dr. Oscar Cluzet Lic. en Psicología María Rosa Fernández Lic. en Nutrición Mariú Nari Dr. en Derecho Felipe Luzardo Dra. en Odontología Sylvia Piovesan Dra. en Odontología Inés Salveraglio
16:00 a 16:30	<i>Pausa de café</i>
16.30 a 17:00	Paciente con Cáncer Bronco Pulmonar. Aplicación de la Teoría de Gordon.

Caso Clínico
Br. Moira Bernate
Br. Gabriela Morales

17:00 a 17:30	Impacto de las Intervenciones de Enfermería en el Cuidado Integral de las Heridas Crónicas. Caso Clínico Lic. Enf. Laura Berón Br. Melissa Migliozi
17:30 a 18:00	Elección de las Autoridades XXIII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica 2013
18:00 a 18:30	Entrega de Premios por Comité Científico



Programa de las XXI Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica:

Presidenta: Lic. I.Q. Miriam Nerón

Vice-Presidenta: Lic. I.Q. Bibiana da Rosa

Secretaria: Lic. I.Q. Giannina Mannise Mathieu

08:30 a 09:00 Acreditaciones

Sala Ombú

09:00 a 09:15 Acto de Apertura de las XXI Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica
Dr. Augusto J. Müller Gras
Lic. I. Q. Miriam Nerón

09:15 a 10:00 REPARACION DE LIGAMENTO PERONEO
Disertante: Lic. I.Q. Mariza Fasciolo
Secretaria: Lic. I.Q. Marina Parodi

10:00 a 10:30 OSTEOSINTESIS DE COSTILLA
Disertantes: Lic. I.Q. Valeria Silveira, Lic. I.Q. Ana Lia da Rosa
Secretario: Lic. I.Q. Giancarlo Bordoli

10:30 a 11:00 *Pausa de café*

11:00 a 11:45 OBLITO
Disertante: Prof. Dr. José Perrier
Secretaria: Lic. I.Q. Teresa Lopez Pini

11:45 a 12:30 A confirmar

12:30 a 14:00 *Tiempo Libre*

14:00 a 14:45 HISTERECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA, NUESTRA EXPERIENCIA
Disertante: Lic. Gabriela Kruk
Secretaria: Lic. I.Q. Iliana Navarro

14:45 a 15:30 RESIMPEX – HOMBRO Y RODILLA
Secretario: Lic. I.Q. Fernando Valdez

15:30 a 16:00 INSTRUMENTISTAS QUIRURGICAS Y EL DERECHO LABORAL, NORMATIVA
APLICABLE A LA ACTIVIDAD. PROBLEMAS FRECUENTES Y UN AVANCE HACIA
SOLUCIONES

Disertante: Dra. (Abogada) Andrea Mercapide

Secretaria: Lic. I.Q. Paola Rial

16:00 a 16:30 *Pausa de café*

09:00 a 09:45	MANGA GÁSTRICA Disertantes: Br. Cecilia Addiego, Br. Lorena Bejerez, Br. Eugenia Beguistain, Br. Jessica Manzulino Docente Tutor: Prof. Asistente Lic. I.Q. Adriana Gutiérrez Medico Asesor: Prof. Adj. Dr. Pablo Santiago Secretaria: Lic. I.Q. Natalia Prieto
09:45 a 10:30	QUISTE HIDATICO HEPATICO Disertante: Lic. I.Q. Cristina Collazo, Lic. I.Q. Cistina Mieres, Lic. I.Q. Sandra Gronros Secretaria: Lic. I.Q. Mariza Batista
10:30 a 11:00	<i>Pausa de café</i>
11:00 a 11:45	LITOTRICIA POR RAYOS LASER Disertante: Lic. I.Q. Gabriela Barboza Secretaria: Lic. I.Q. Victoria Loaces
11:45 a 12:30	RADIOPROTECCION Disertante Br. Gianella Zurbano Secretaria: Lic. I.Q. Daniela Rosales
12:30 a 14:00	<i>Tiempo Libre</i>
14:00 a 14:45	HABILITACION DE BLOCK QUIRURUGICO MARCO NORMATIVO VIGENTE Disertante: Lic. I.Q. Victor Hugo Bernadet Secretaria: Lic. I.Q. Melisa Machin
14:45 a 15:30	BIOERIX – Seguridad del paciente quirúrgico. Uso del checklist y suturas activas Disertante Dr. Gustavo Castagneto Secretaria: Lic. I.Q. Adriana Gutiérrez
15:30 a 16:00	Reunión Anual SIQU
16:00 a 16:30	<i>Pausa de café</i>
16:30 a 17:00	ENTREGA DE PREMIOS

INFORMACIÓN ÚTIL

MONTEVIDEO:

La capital del Uruguay está situada a orillas del Río de la Plata, a 34, 5 grados de Latitud Sur y 56 grados de Longitud Oeste.

Posee una superficie de 530 kilómetros cuadrados (aproximadamente 60% es área rural y el restante 40% área urbanizada o potencialmente urbanizable) y una población de 1.330.405 habitantes.

Montevideo es la capital más joven de América Latina, fue fundada entre los años 1724 y 1730 por el Gobernador de Buenos Aires, Don Bruno Mauricio de Zabala.

Por su riqueza ganadera y su inmejorable situación geográfica, creció como ciudad-puerto hasta convertirse en la capital de la República Oriental del Uruguay.

Es una metrópolis contemporánea que aglutina una alta proporción de la actividad económica, el intercambio comercial y los servicios, la banca y el turismo en el país.

Posee el mejor puerto natural del sur de América.

Dentro del área amanzanada de Montevideo hay 2.600 hectáreas de espacios verdes, de las cuales 900 están cedidas a instituciones que brindan servicios y benefician a la comunidad. Más de 150.000 árboles pueblan las calles y avenidas, por las que circulan más de 300.000 vehículos.

Montevideo es una ciudad con niveles de calidad ambiental aceptables, con focos de contaminación controlables y con una población que tiene un alto nivel educativo y cultural.

IDIOMA OFICIAL:

El idioma Oficial es el Español

MONEDA:

La moneda nacional es el peso uruguayo (\$)

TIPO DE CAMBIO:

U\$S 1 = \$ 20 (peso uruguayo) El tipo de cambio depende de la cotización que fije el Banco Central del Uruguay (www.bcu.gub.uy). En la ciudad existen diversas casas de cambio donde se puede cambiar todo tipo de moneda y dólar es adaptado en casi todos los lugares que trabajen con turistas.

BANCOS:

Los bancos están abiertos de lunes a viernes, de 13 a 17 hrs.

TARJETAS DE CRÉDITO:

Los hoteles, restaurantes y centros comerciales aceptan tarjetas de crédito (VISA, MASTER CARD, AMERICAN EXPRESS, DINERS).

CAJEROS AUTOMÁTICOS:

Los cajeros automáticos están disponibles en toda la ciudad (hoteles, centros comerciales, bancos, etc.).

AEROPUERTO INTERNACIONAL DE CARRASCO:

www.aic.com.uy

Por lo general, el viaje desde el Centro de Montevideo al Aeropuerto Internacional de Carrasco dura 40 minutos. No obstante, puede llevar más tiempo en las horas de más tránsito. Recomendamos verificar el horario de su vuelo y realizar el check out en el hotel con la suficiente anticipación. Recordamos que la hora de presentación en el aeropuerto para los vuelos internacionales es de 2 hrs., y para puente aéreo 1 hrs. Asimismo sugerimos realizar el check in on line, lo cual agilizará dicho proceso.

CORRIENTE ELÉCTRICA:

La corriente eléctrica en Uruguay es de 220 voltios.

CLIMA:

El clima en Uruguay en el mes de noviembre/diciembre es de media estación, oscila en los 18ª a 25ª aproximadamente durante el día. De todas maneras recomendamos llevar abrigo, dado que la temperatura tiene cambios bruscos, sobre todo en la noche.

CENTROS COMERCIALES:

Montevideo Shopping Center – www.montevideoshopping.com.uy

Punta Carretas Shopping – www.puntacarretasweb.com.uy

Portones Shopping – www.portones.com.uy

Tres Cruces Shopping – www.trescruces.com.uy

Todos los centros comerciales están abiertos de 10:00 a 22:00, de lunes a domingos.

TELÉFONOS:

Para comunicarse desde el exterior debe discar: + 598 (código de país) + número

Información sobre números telefónicos: 122

Urgencias: 911

INFORMACIÓN ÚTIL:

VISA:

Para ingresar al país es necesario contar con pasaporte válido, excepto para los ciudadanos de países del MERCOSUR y Chile, que ingresan con el documento de identidad.

Específicamente requieren visa de ingreso los ciudadanos de los siguientes países: Albania, Bulgaria, Egipto, Eslovaquia, Guyana, India, Marruecos, República Popular de Corea, Corea del Sur y Rusia.

Otros países no requieren visado, pero es aconsejable realizar averiguaciones en las oficinas diplomáticas del Uruguay más cercanas.

PROPINAS:

En Uruguay, la propina no está incluida en el precio del servicio; sin embargo, será bienvenida cualquier propina si el cliente queda satisfecho con la atención recibida.

FUMADORES:

Por Ley solo está prohibido fumar en espacios cerrados públicos o privados.

PUNTUALIDAD:

La puntualidad es un requisito imprescindible en todos los eventos programados.

DISTINTIVO / CREDENCIAL:

Para el ingreso a salas donde se realizarán las actividades científicas será imprescindible la presentación de la tarjeta de identificación o credenciales identificatorias.

Para la concurrencia al Cocktail de Bienvenida será imprescindible la presentación de la correspondiente invitación.

INCLUIR EN EL EQUIPAJE:

Lentes recetados, cámara de fotos o de video con cargador de baterías, medicación personal, zapatos cómodos y de vestir, y suéter.

IDENTIFICACIÓN DE MALETAS:

Sugerimos identificar todo el equipaje mediante etiquetas con nombre y apellido.

TRASLADOS:

Se deberá contratar previamente con Gastón Ciganda, gaston.ciganda@congresoselis.com.uy o Noela Duji rgc@congresoselis.com.uy

TRANSPORTE:

Se recomienda utilizar taxis o remises debidamente identificados.

CONSULADOS EN MONTEVIDEO:

Consulte los consulados de su país, en el siguiente link:

<http://www.mrree.gub.uy/gxpsites/xpp001?7,1,65,O,S,O,MNU;E;21;1;MNU>

SEGURO:

El Comité Organizador no asume ninguna responsabilidad por seguros médicos, de viaje, de robo o personales.

AGRADECIMIENTOS: Sponsors

JOHNSON & JOHNSON

Covidien

Bioerix

Clap Laboratorios

Emedical

Neomed

Sanyfico

Valuar S.R.L.

Libra

Sanatorio Americano

Apiter

Cipharma

Equimedical

Gunter Schaaf S.A.

Urufarma

Farmanuario

Gautier

Resimpex S.A.

Universidad de Montevideo (UM)

DÍA 21			
HORA	Anacahuita A	Anacahuita B	Coronilla
8:30	CONFERENCIA 1	CONFERENCIA 6	
8:45	Dr. Büchler	Dr. Tisminetzky	
9:00	MESA DE RESIDENTES Cirugía laparoscópica de la apendicitis aguda	CONFERENCIA 7	
9:15		Fernández Fau	
9:30		CONFERENCIA 8	
9:45		Dr. Robles Campos	
10:00		CONFERENCIA 9	
10:15		Tisminetzky	
10:30	Pausa de café		
10:45			
11:00	CONFERENCIA 2	CONFERENCIA 10	
11:15	Dr. Erdmann	Dr. Bork	
11:30	CONFERENCIA 3	CONFERENCIA 11	
11:45	Dr. Büchler	Dr. Parrilla	
12:00	CONFERENCIA 4	SIMPOSIO FELAC Consenso Apendicectomía laparoscópica Dr. Luis Praderi (Cap. Cir. Lap.)	ALMUERZO CON PROF. Dr. Büchler Dr. Bork Dr. Erdmann
12:15	Dr. Tisminetzky		
12:30	SIMPOSIO		
12:45	Sociedad de Cirugía		
13:00	Biblioteca y CD		
13:15	Jornada abierta		Posters
13:30	Tiempo libre		
13:45			
14:00	CONFERENCIA 5	CONFERENCIA 12	
14:15	Dr. García	Dra. Martínez de Haro	
14:30	Acreditado		
14:45			
15:00		MESA DE	
15:15		CIRUGÍA BARIATRICA	
15:30		Dr. Luis Taroco	
15:45	MESA DE PRE Y POSTOPERATORIO Dr. Alfredo Peyroulou		
16:00	Pausa de c afé		
16:15			
16:30	RELATO OFICIAL		
16:45			
17:00			
17:15			
17:30			
17:45	APORTES AL RELATO OFICIAL Conferencia Dr. Suárez Anzorena (13) Conferencia Dr. Gramática (14)		
18:00			
18:15			
18:30			
18:45			
19:00	Tiempo libre		
19:15			
19:30	ACTO INAUGURAL		
19:45			
20:00			
20:15			
20:30			
20:45	VINO DE HONOR DE APERTURA Club Español		
21:00			

HORA	DÍA 19	DÍA 20
7:30	JORNADA INAUGURAL HBP 2ª JORNADA GERMANO URUGUAYA (1er. Día) Presidente: Dr. Luis Ruso	2ª JORNADA GERMANO URUGUAYA (2º Día) Coordinador: Dr. Alejandro Ettlin
7:45		
8:00		
8:15		
8:30	SEDE SCU	SEDE FEMI
8:45	Introducción y caso clínico 08:30 a 08:50	
9:00	CONFERENCIA 1 - Dr. Robles Campos 08:55 a 09:15	
9:15	Caso clínico 09:20 a 09:30	
9:30	CONFERENCIA 2 - Dr. Eduardo de Santibáñez A	CONFERENCIA 1 Dr. Erdmann
9:45	09:35 a 09:55	CONFERENCIA 2 Dr. Bork
10:00	Pausa de café 10:00 a 10:10	CONFERENCIA 3 Dr. Büchler
10:15	Caso clínico 10:10 a 10:20	
10:30	CONFERENCIA 3 - Dr. Eduardo de Santibáñez B 10:25 a 10:45	
10:45	Serie de Casos 10:50 a 11:00	
11:00	CONFERENCIA 4 - Dr. Sánchez Bueno A	Casos Clínicos
11:15	11:05 a 11:25	
11:30	Técnica Quirúrgica 11:30 a 11:40	
11:45	Controversia 11:45 a 11:55	
12:00	CONFERENCIA 6 - Dr. Sánchez Bueno B	Tiempo libre
12:15	12:00 a 12:20	
12:30	Presentación de LIBRO	
12:45	12:30 a 13:00	
13:00	Tiempo libre 13:00 a 15:00	
13:15		
13:30		
13:45		
14:00	CONFERENCIA 5 - Dr. Büchler 15:00 a 15:20	SEDE EMBAJADA de Alemania
14:15		CONFERENCIA 4 Dr. Bork
14:30		
14:45		
15:00	Caso clínico 15:25 a 15:35	CONFERENCIA 5 Dr. Büchler
15:15	Tratamientos Asociados 15:40 a 15:50	
15:30	Problema Vigente 15:55 a 16:05	
15:45	Mesa Redonda 16:10 a 17:20	
16:00	Panel de expertos	Casos Clínicos
16:15	Pausa de café 17:20 a 17:40	
16:30	Panel con expertos y 2 Casos Clínicos 17:40 a 18:50	
16:45	CONFERENCIA 7 - Dr. Parrilla 18:50 a 19:10	
17:00	Cierre 19:10 a 19:40	ACTO CULTURAL DE CLAUSURA Jornadas y Apertura Congreso EMBAJADA DE ALEMANIA Concierto Dr. Córdoba y Lic. Camisa
17:15		
17:30		
17:45		
18:00		
18:15		
18:30		
18:45		
19:00		
19:15		

DÍA 23			
HORA	Anacahuita A	Anacahuita B	Coronilla
7:30			DESAYUNANDO CON PROFESOR Dr. Arnoletti ACS
7:45			
8:00			
8:15			
8:30	CONFERENCIA 28	CONFERENCIA 35	
8:45	Dr. Poggetti	Dr. Fukagawa	
9:00	Acreditado	MESA DE PATOLOGÍA MAMARIA Dr. J. L. Rodríguez	
9:15	MESA: Evaluación		
9:30	Secundaria del PTM		
9:45	MESA		
10:00	SUET		
10:15	Dr. Pombo		
10:30	Pausa de café		
10:45			
11:00	CONFERENCIA 29	CONFERENCIA 36	
11:15	Dr. Asensio	Dr. Fukagawa	
11:30			
11:45			
12:00	ASAMBLEA GENERAL SOCIEDAD DE CIRUGÍA		
12:15			
12:30			
12:45			
13:00			
13:15	Tiempo libre		
13:30			
13:45			
14:00	CONFERENCIA 30	CONFERENCIA 37	
14:15	Dra. Carolina Olano	Dr. Wins	
14:30	Acreditado	MESA: LINEAMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA Dr. G. Fernández Depto. Básico	
14:45	CIRUGÍA DE TÓRAX Y		
15:00	VASCULAR PARA		
15:15	CIRUJANOS		
15:30	GENERALES		
15:45	Dres. Icasuriaga/Terra		
16:00	Pausa de café		
16:15			
16:30	CONFERENCIA 31	CONFERENCIA 38	
16:45	Dr. Wins	Dr. Guido Berro	
17:00	CONFERENCIA 32	CONFERENCIA 39	
17:15	Dr. Asensio	Dr. Arnoletti 1 ACS	
17:30	Acreditado		
17:45	Dilemas en el diagnóstico y tratamiento de la		
18:00	coloproctología de urgencia		
18:15	Dr. Canessa		
18:30	CONFERENCIA 33	CONFERENCIA 40	
18:45	Dr. Arnoletti 2 ACS	Dr. Giménez	
19:00	CONFERENCIA 34	CONFERENCIA 41	
19:15	Dr. Poggetti	Dr. Giménez	
19:30			
19:45			
20:00			
20:15			
20:30			
20:45	CENA DE CAMARADERÍA		
21:00			

DÍA 22				
HORA	Anacahuíta A	Anacahuíta B	Coronilla	Especial
7:30			DESAYUNANDO CON PROFESOR Dr. García	
7:45				
8:00				
8:15				
8:30	CONFERENCIA 15	CONFERENCIA 21		
8:45	Dr. García	Dr. Parrilla		
9:00	Acreditado	MESA DE CIRUGÍA HEPATOBIAR Y TRASPLANTE Dr. Harguindeguy		
9:15	MESA DE			
9:30	EMERGENCIA NO TRAUMA			
9:45	HEMORRAGIA			
10:00	DIGESTIVA			
10:15	Dr. Neirotti			
10:30	Pausa de café		ALMUERZO CON PROF. Dr. Arnoletti ACS	
10:45				
11:00	CONFERENCIA 16	CONFERENCIA 22		
11:15	Dr. Büchler	Dr. García		
11:30	CONFERENCIA 17	CONFERENCIA 23		
11:45	Dr. Büchler	Dr. Sánchez Bueno		
12:00	CONFERENCIA 18	SIMPOSIO	Posters	
12:15	Dr. Bork	Trasplante renopancreático Dr. López Ch.		
12::30	SIMPOSIO	Tiempo libre		
12:45	Profilaxis antitrombótica			
13:00	Dra. Inés Sevrini		Posters	
13:15				
13:30	CONFERENCIA 19	CONFERENCIA 24		
13:45	Dr. Parrilla	Dr. Büchler		
14:00	CONFERENCIA 20	CONFERENCIA 25	Posters	
14:15	Dra. Ortiz	Dr. Büchler		
14:30	Acreditado	MESA DE CIRUGÍA HEPATOBIAR Y TRASPLANTE Dr. Harguindeguy		
14:45	MESA DE			
15:00	EMERGENCIA NO TRAUMA			
15:15	CUADRO AGUDO			
15:30	ABDOMEN			
15:45	Dr. Perrier			
16:00	Pausa de café		Temas Libres Premio ARDAO	Conferencia Dr. Büchler Academia Medicina Otorgamiento de la designación como miembro correspondiente extranjero de la Academia de Medicina Actividad especial
16:15				
16:30	Tiempo libre	Acreditado		
16:45		MESA DE		
17:00		ANATOMÍA Y CIRUGÍA		
17:15		Teórico		
17:30	Práctico	CONFERENCIA 26		
17:45	Dr. Armand-Ugón	Dr. García		
18:00	Dr. Marcelo Laurini	CONFERENCIA 27		
18:15	Dra. Daisy Segura	Dr. Robles Campos		
18:30	Dr. Ricardo Misa			
18:45				
19:00				
19:15				
19:30				
19:45				

XXII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica			
HORA	DÍA 21 - Sala Ombú	DÍA 22 - Sala Ombú	
8:00	ACREDITACIONES	ACREDITACIONES	
8:15			
8:30			
8:45			
9:00	ACTO DE APERTURA 09:00 a 09:20	Una Experiencia en la Humanización Para el Cuidado de Enfermería Lic. Esp. Leticia Diana - Lic. Esp. Rosa Gil - Lic. Esp. Valeria Quintero - Lic. Enf. Karina Scanzerra 09:00 a 09:30	
9:15			
9:30	Redes Sociales Para Uso en la Educación en Enfermería Lic. Esp. Carolina Rodríguez 09:20 a 09:50	Trauma de tórax Lic. Enf. Silvana Pan - Lic. Esp. Marcela Valdivia - Lic. Enf. Jimena Vega 09:30 a 10:00	
9:45			
10:00	Viviendo con una Ostomía. Percepciones y Expectativas desde la Fenomenología Social Dr. Enf. Augusto Ferreira 09:50 a 10:30	Percepción del Usuario Sobre el Quehacer de la Licenciada en Enfermería en el Primer Nivel de Atención Lic. Enf. Laura Agoglia - Lic. Enf. Eliana Camacho - Lic. Enf. Karen González - Lic. Enf. Jessica Juárez - Lic. Enf. Magela Techera - Lic. Enf. Catherine Tirelli 10:00 a 10:30	
10:15			
10:30	Pausa de café		
10:45			
11:00	Mesa Redonda: Nutrición Parenteral en Pacientes con Patologías Oncológicas Colon-Rectales Coordinadora: Lic. Esp. Mabel Pellejero Lic. en Nutrición Nora Mira - Dr. Carlos Berozzi Dra. Estela Olano 11:00 a 12:15	Taller: Salud Laboral Desde el Cuidado de Enfermería Responsable: Lic. Esp. Elizabeth Bozzo 11:00 a 12:00	
11:15			
11:30			
11:45			
12:00			
12:15	Tiempo libre	Tiempo libre	
12:30			
12:45			
13:00			
13:15			
13:30			
13:45			
14:00	Primeras Jornadas de Enfermería en Cirugía patobiliopancreática y Trasplante Hepático Mesa Redonda: Atención al Paciente de CHBP y Trasplante por el Equipo Multidisciplinario Coordinadora: Lic. Esp. Sara González Lic. Trabajo Social María del Carmen Viñoli - Dr. Martín Harguindeguy - Dra. Karina Rando - Dra. Paola Scalone 14:00 a 15:10	Mesa Redonda: Ética en la Relación Clínica Coordinadores: Lic. Esp. María Inés Umpiérrez y Dr. Oscar Cluzet Lic. en Psicología María Rosa Fernández - Lic. en Nutrición Mariú Nari - Dr. en Derecho Felipe Luzardo - Dra. en Odontología Sylvia Piovesan - Dra. en Odontología Inés Salveraglio 14:00 a 16:00	
14:15			
14:30			
14:45			
15:00			
15:15	Visita de enfermería pre operatoria Dr. Enf. Ruí Leal (Portugal) 15:10 a 16:00		
15:30			
15:45			
16:00	Pausa de café		
16:15			
16:30	Enfermería en los Cuidados al Paciente Sometido a CHBP Lic. Enf. Micaela Rosario Quispes Tueros (Perú) Lic. Enf. María Candelaria Roca Salas (Perú) 16:30 a 17:00	Paciente con Cáncer Bronco Pulmonar. Aplicación de la Teoría de Gordon. Caso Clínico Br. Moira Bernate - Br. Gabriela Morales 16:30 a 17:00	
16:45			
17:00			
17:15	Indicadores de Calidad de Enfermería en el Programa de Trasplante Hepático Lic. Esp. Sara González 17:00 a 18:00	Impacto de las Intervenciones de Enfermería en el Cuidado Integral de las Heridas Crónicas. Caso Clínico Lic. Enf. Laura Berón - Br. Melissa Migliozzi 17:00 a 17:30	
17:30			
17:45			
18:00			
18:15			
		Elección de las Autoridades XXIII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica 2013 17:30 a 18:00	
		Entrega de Premios por Comité Científico 18:00 a 18:30	

DÍA 24			
HORA	Anacahuita A	Anacahuita B	Coronilla
7:30			DESAYUNANDO CON PROFESOR Dr. Giménez Casos clinicos de HBP
7:45			
8:00			
8:15			
8:30	CONFERENCIA 42	CONFERENCIA 48	
8:45	Dr. Mariano Palermo	Dr. Gustavo Castagnetto	
9:00	MESA REDONDA CIRUJANOS DEL INTERIOR		
9:15			
9:30			
9:45			
10:00			
10:15	Pausa de café		
10:30			
10:45			
11:00	CONFERENCIA 43	CONFERENCIA 49	
11:15	Dr. Maximiliano Loviscek	Dra. Edita Falco	
11:30	CONFERENCIA 44	CONFERENCIA 50	
11:45	Dr. Asensio	Dr. Gramática	
12:00	Actualización	CONFERENCIA 51	
12:15	Hemoperitoneo traumático	Dr. Giménez	
12::30	Dr. Der Boghosian	CONFERENCIA 52	
12:45	Dr. Asensio	Dr. Fukagawa	
13:00	Tiempo libre		Posters
13:15			
13:30			
13:45			
14:00	CONFERENCIA 45	CONFERENCIA 53	Posters
14:15	Dr. Arnoletti 3 ACS	Dr. Poggetti	
14:30	MESA REDONDA SOCIEDAD ARGENTINA		
14:45			
15:00			
15:15			
15:30			
15:45			
16:00	Pausa de café		
16:15			
16:30	CONFERENCIA 46	CONFERENCIA 54	
16:45	Dr. Gramática	Dra. Sonia Boudrandi	
17:00	CONFERENCIA 47	CONFERENCIA 55	
17:15	Dr. Asensio	Dr. Fukagawa	

XXI Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica		
HORA	DÍA 23 - Sala Ombú	DÍA 24 - Sala Ombú
8:00	ACREDITACIONES	ACREDITACIONES
8:15		
8:30		
8:45		
9:00	ACTO DE APERTURA	MANGA GÁSTRICA
9:15	09:00 a 09:15	Disertantes: Br. Cecilia Addiego. Br. Lorena Bejerez, Br. Eugenia Beguistain, Br. Jessica Manzulino Docente Tutor: Prof. Asistente Lic. I.Q. Adriana Gutiérrez Medico Asesor: Prof. Adj. Dr. Pablo Santiago Secretaria: Lic. I.Q. Natalia Prieto 09:00 a 09:45
9:30	REPARACIÓN DE LIGAMENTO PERONEO Disertante: Lic. I.Q. Mariza Fasciolo - Secretaria: Lic. I.Q. Marina Parodi 09:15 a 10:00	QUISTE HIDÁTICO HEPÁTICO Disertante: Lic. I.Q. Cristina Collazo, Lic. I.Q. Cistina Mieres, Lic. I.Q. Sandra Gronros Secretaria: Lic. I.Q. Mariza Batista 09:45 a 10:30
9:45	OSTEOSINTESIS DE COSTILLA Disertantes: Lic. I.Q. Valeria Silveira, Lic. I.Q. Ana Lia da Rosa Secretario: Lic. I.Q. Giancarlo Bordoli 10:00 a 10:30	
10:00		
10:15		
10:30	Pausa de café	
10:45		
11:00	OBLITO	LITOTRICIA POR RAYOS LÁSER
11:15	Disertante: Prof. Dr. José Perrier	Disertante: Lic. I.Q. Gabriela Barboza
11:30	Secretaria: Lic. I.Q. Teresa Lopez Pini 11:00 a 11:45	Secretaria: Lic. I.Q. Victoria Loaces 11:00 a 11:45
11:45	A confirmar	RADIOPROTECCION
12:00		Disertante: Br. Gianella Zurbano
12:15		Secretaria: Lic. I.Q. Daniela Rosales 11:45 a 12:30
12:30	Tiempo libre	
12:45		
13:00		
13:15		
13:30		
13:45		
14:00	HISTERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA, NUESTRA EXPERIENCIA	HABILITACIÓN DE BLOCK QUIRÚRGICO MARCO
14:15	Disertante: Lic. Gabriela Kruk	NORMATIVO VIGENTE Disertante: Lic. I.Q. Victor Hugo Bernadet
14:30	Secretaria: Lic. I.Q. Iliana Navarro 14:00 a 14:45	Secretaria: Lic. I.Q. Melisa Machin 14:00 a 14:45
14:45	RESIMPEX - HOMBRO Y RODILLA Secretario: Lic. I.Q. Fernando Valdez 14:45 a 15:30	BIOERIX - Seguridad de paciente quirúrgico. Uso del checklist y suturas activas
15:00		Disertante: Dr. Gurstavo Castagneto
15:15		Secretaria: Lic. I.Q. Adriana Gutiérrez 14:45 a 15:30
15:30	INSTRUMENTISTAS QUIRÚRGICAS Y EL DERECHO LABORAL, NORMATIVA APLICABLE A LA ACTIVIDAD. PROBLEMAS FRECUENTES Y UN AVANCE HACIA SOLUCIONES	Reunión Anual SIQU
15:45	Disertante: Dra. (Abogada) Andrea Mercapide Secretaria: Lic. I.Q. Paola Rial 15:30 a 16:00	
16:00	Pausa de café	
16:15		
16:30		ENTREGA DE PREMIOS
16:45		

63^o CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA



SECRETARÍA:



Palmar 2240

Tel: +598 24010534 al 36

www.congresoselis.com.uy

Montevideo - Uruguay