

64°

Congreso Uruguayo de Cirugía



Montevideo, Uruguay
Centro de Convenciones
de la Intendencia
de Montevideo

**26 al 29 de
Noviembre
del 2013**

ORGANIZA:
Sociedad de Cirugía
del Uruguay

**XXIV Jornadas de Residentes
de Cirugía General**

**XXIII Jornadas Integradas de
Enfermería Quirúrgica**

**XXII Jornadas Integradas de
Instrumentación Quirúrgica**

**III Jornadas Germano-Uruguayas
de Cirugía**
28 de Noviembre del 2013

**1º Curso de la Sociedad Americana
de Cirugía Hepato-bilio-pancreática
(AHPBA)**
26 de Noviembre del 2013



Programa

AUTORIDADES

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente: Dr. Carlos Antúnez
Vice-Presidente: Dr. Mario Hermida
Secretario: Dr. Juan Pose
Tesorero: Dr. Roberto Taruselli
Vocal: Dr. Fernando Bonilla
Vocal: Dr. Roberto Valiñas
Representante del Interior: Dr. Gustavo Rodríguez

XXVI Jornadas de Residentes de Cirugía General

Presidenta: Dra. Deborah Delgado

III Jornadas Germano-Uruguayas de Cirugía:

Coordinadores: Dres. Augusto Müller y Juan Pose

1º Curso de la Sociedad Americana de Cirugía Hepato-bilio-pancreática

Coordinador: Dr. Hernán Parodi

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente Dr. José Perrier
Dr. Oscar Balboa
Dr. Gustavo Bogliaccini
Dr. Néstor Campos
Dr. Hugo Maglione
Dr. Hernán Parodi
Dr. Daniel Pignata
Dr. José Soto Cordano



INVITADOS EXTRANJEROS

Alemania

Dr. Ulrich Bork
Dr. Bastian Ringe
Dr. Christian Schinkel
Dr. Alexis Ulrich
Dr. Jürgen Weitz

Argentina

Dr. Luis Chiappetta
Dr. Eduardo de Santibánes
Dr. Octavio Gil
Dr. Mariano Giménez
Dr. Javier Lendoire

Canadá

Dr. Elijah Dixon
Dr. Paul Greig

Chile

Dr. Italo Braghetto

España

Dra. Luisa Martínez de Haro
Dra. Ángeles Ortiz
Dr. Pascual Parrilla
Dr. Francisco Sánchez Bueno
Dr. Ricardo Robles Campos

NOTA DE BIENVENIDA

Queda bienvenido al 64° Congreso Uruguayo de Cirugía

Es nuestro sumo placer que les damos la bienvenida al 64° Congreso Uruguayo de Cirugía, desde el martes 26 hasta el viernes 29 de noviembre en los salones de la Intendencia de Montevideo.

Conscientes de que hemos asumido con la mayor responsabilidad y con el agrado de saber que nuestra tarea se trata de un evento científico de mayor magnitud.

Para no dejar de considerar y valorar todas las inquietudes que nos fueran planteadas, hemos basado nuestra elección en la que nos permita volcar nuestro mayor esfuerzo y poder así ofrecerles el mejor congreso, dentro de las posibilidades.

Los temas temáticos versarán sobre cirugía oncológica, cirugía digestiva con especial énfasis en la cirugía hepato-pancreática, y algunos aspectos de la cirugía endocrina y cirugía del trauma.

Ha sido nuestra meta facilitar las actividades participativas y de intercambio de conocimientos con expertos nacionales y extranjeros a través de mesas de controversias, foros, presentación de temas libres y posters, colaboramos así en mantener la producción científica nacional en aras de impulsar y consolidando el desarrollo de la Cirugía General en nuestro país. Hemos convocado a aportar trabajos y a postularse para los premios "Forum" y "Héctor A. Dao".

Logramos la participación en nuestro Congreso de un seleccionado grupo de cirujanos extranjeros de las Américas y Europa que sin dudas, sus aportes dejarán un enriquecimiento de nuestro conocimiento.

Desarrollaremos módulos temáticos que permitan a los asistentes una mejor gestión de sus tiempos de participación. En este sentido incluimos cursos durante el propio congreso. Trabajamos en el diseño de un curso sobre anatomía quirúrgica referido a vías de abordaje del cuello y pasaje cérvico-torácico.

En el marco de las Terceras Jornadas Germano-Uruguayas de Cirugía, actividad que es organizada y coordinada por el Dr. Augusto Müller, comprometiendo la participación de destacados colegas del Centro Europeo del Páncreas en Heidelberg, Alemania.

A través del Dr. Luis Ruso hemos realizado las gestiones pertinentes para contar en nuestro congreso con el 1º Curso de la Sociedad Americana de Cirugía Hepato-bilio-pancreática (AHPBA).

Como es habitual, contaremos con la Mesa de Cirujanos del Interior y la Mesa de la Sociedad Argentina de Cirugía.

Hemos confiado el Relato Oficial a los Dres. Gustavo Rodríguez Temesio y Pablo Valsangiacomo; el mismo desarrollará in extenso los tópicos que refieren al "Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y de las hernias del hiato esofágico".

Incentivamos la concurrencia de cirujanos jóvenes facilitando su más amplia participación, a través del desarrollo de las XXIV Jornadas de Residentes de Cirugía General.

Como es habitual recibimos a nuestros más cercanos colaboradores, Licenciados y Auxiliares en Enfermería, y Licenciados y Técnicos en Instrumentación Quirúrgica, quienes desarrollarán las XXIII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica y XXII Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica. A ellos nuestra más cálida bienvenida.

Deseamos que reciban este mensaje augurando desde ya éxitos al mayor evento de educación médica y confraternidad entre Cirujanos Generales.

Por el Comité Organizador 64° Congreso Uruguayo de Cirugía

Dr. Juan Pose
Secretario

Dr. Carlos Antúnez da Graça
Presidente



FEMI

Sede: FEMI – Cufré 1795

Coordinadores: Dres. Augusto Müller y Oscar Cluzet

Lunes 25 de noviembre

- 08:30 a 08:50 Conferencia:
Spine trauma. Aspects of interdisciplinary therapy of spine fractures in multiple injured patients.
(Trauma espinal. Aspectos del tratamiento interdisciplinario de las fracturas espinales en pacientes con múltiples injurias)
Dr. Christian Schinkel, Alemania
- 08:50 a 09:10 Conferencia:
Problems in fracture management. (Open fractures, soft tissue problems, infection). (Problemas en el manejo de las fracturas: fracturas expuestas, problemas con los tejidos blandos, infección)
Dr. Christian Schinkel, Alemania
- 09:10 a 09:30 Conferencia:
Surgery during the night - do we endanger our patients? (Cirugía durante la noche - ¿Ponemos en peligro a nuestros pacientes?)
Dr. Christian Schinkel, Alemania
- 09:30 a 10:00 Coffee Break
- 10:00 a 10:20 Conferencia:
Cirugía colónica moderna
Dr. Ulrich Bork, Alemania
- 10:20 a 10:40 Conferencia:
Pelvic excenterations in recurrent cancer.
(Excenteraciones pelvianas en el cáncer recurrente)
Dr. Alexis Ulrich, Alemania

1º Curso uruguayo de la Asociación Americana de Cirugía Hepato-Pancreato-Biliar (AHPBA)



Organiza: Capitulo Uruguayo de Cirugía Hepato Bilio
Pancreatica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay
Sede: Intendencia de Montevideo
Coordinador: Dr. Hernán Parodi

Martes 26 de noviembre

- 08:00 a 08:45 **Acreditaciones**
- 08:45 a 09:00 **Introducción. Bienvenida.**
Dr. Hernán Parodi
- 09:00 a 09:15 **Conferencia: “¿Que necesita saber el cirujano general del paciente trasplantado?”**
Dr. Paul Grieg, Canadá.
Preguntas
- 09:20 a 09:35 **Conferencia: “Tratamiento Multimodal del Hepatocarcinoma”**
Dr. Paul Grieg, Canadá.
Preguntas
- 09:40 a 10:00 ● **Caso Clínico**
Comentarios
● **Caso Clínico**
Comentarios
- 10:00 a 10:15 **Conferencia: “Transplante en hepatocarcinoma: experiencia Argentina con la aplicación del MELD”.**
Dr. Javier Lendoire, Argentina.
Preguntas
- 10:20 a 10:40 *Pausa de café*
- 10:40 a 10:55 **Conferencia: “¿Porque ser miembro de la AHPBA ?”**
Dr. Elijah Dixon, Canadá.
Preguntas



- 11.00 a 11:15 Conferencia: **Enfermedad de Caroli**
Dr. Javier Lendoire, Argentina.
Preguntas
- 11:20 a 11:40 ● **Caso Clínico**
Comentarios
● **Caso Clínico**
Comentarios
- 11:40 a 12:00 Conferencia: **Trasplante hepático. Anastomosis biliar.**
Dr. Martin Hargindeguy
Preguntas
- 12:05 a 15:30 Tiempo libre.
- 15:30 a 15:45 Conferencia: **“Colangiocarcinoma hiliar (Klatskin).
Estadificación y tratamiento”**
Dr. Paul Grieg, Canadá.

Preguntas
- 15:50 a 16:05 Conferencia: **“Lesiones iatrogénicas evolucionadas de la
vía biliar”**
Dr. Elijah Dixon, Canadá.
Preguntas
- 16:10 a 16:30 ● **Caso Clínico**
Comentarios
● **Caso Clínico**
Comentarios
- 16:30 a 16:45 Conferencia: **“Colecistitis Xantogranulomatosa”**
Dr. Luis Chiappetta Porras, Argentina.
Preguntas
- 16:50 a 17:05 Conferencia: **“Cáncer de Vesícula.
Aspectos controversiales”**
Dr. Javier Lendoire, Argentina.
Preguntas



- 17:10 a 17:30 *Pausa de café*
- 17:30 a 17:45 Conferencia:
“Tumores quísticos del páncreas”
Dr. Octavio Gil, Argentina.
Preguntas
- 17:50 a 18:05 Conferencia:
“Fístula pancreática”
Dr. Mariano Giménez, Argentina.
Preguntas
- 18:10 a 18:30
 - **Caso Clínico**
Comentarios
 - **Caso Clínico**
Preguntas
- 18:30 a 18:45 Conferencia:
“Nuevos Stent para la vía biliar”
Dr. Mariano Giménez, Argentina.
Preguntas
- 18:50 a 19:10 Conferencia Final:
“Cirugía HBP en la era de los procedimientos mini invasivos. ¿Cuál es el futuro?”
Dr. Elijah Dixon, Canadá.



Miércoles 27 de noviembre

- 09:00 a 09:30 Conferencia:
Tratamiento médico versus cirugía antirreflujo para prevenir la malignización en el Esófago de Barrett. Treinta años después.
Dr. Pascual Parrilla, España
Presidente: Dr. José Perrier
- 09:30 a 11:00 Mesa de Residentes:
Ocupaciones pleurales traumáticas. Manejo y complicaciones del drenaje pleural.
Coordinadora: Dra. Déborah Delgado
Introducción e importancia del tema
Dra. Déborah Delgado
Epidemiología. Definiciones. Clasificación. Fisiopatología.
Dra. Susana Reyes
Presentación clínica. Exámenes complementarios.
Dra. Laura Tasende
Tratamiento. Manejo y complicaciones del drenaje pleural.
Dr. Ulises Parada
Presentación del trabajo "Manejo y complicaciones del drenaje pleural en las ocupaciones pleurales traumáticas"
Dra. Déborah Delgado

Comentadores: Dres. Julio Trostchansky - Siul Salisbury - Christian Schinkel (Alemania) Dr. Carlitos Arévalo
- 11:00 a 11:30 *Pausa de Café*



- 11:30 a 13:00 Mesa Redonda Clínica Quirúrgica 2
Tumores Neuroendócrinos del Tubo Digestivo
Coordinador: Dr. José Luis Rodríguez
Tumores NE del Páncreas
Dr. Joaquín Bado
Tumores NE del Esófago
Dr. Gerardo Beroldo
Tumores NE del I. Delgado
Dr. Javier Chinelli
Tumores NE del Colon y Recto
Dr. Juan Costa
Tumores NE de Estómago
Dr. Gabriel Masferro
Intentos de Clasificación de TNE y su implicancia pronóstica
Dr. Carlos Misa
- 13:00 a 15:00 **Curso de Anatomía**
Sede: Hotel Four Points by Sheraton - Ejido 1275
Coordinadores: Dres. Gustavo Armand Ugon y Juan Pose
- 13:00 a 13:20 **Módulo Teórico**
Conferencia:
Trauma cervical, introducción al tema
Dr. Juan Pose
- 13:20 a 13:40 Conferencia:
Anatomía quirúrgica del trauma cervical. Abordajes
Dr. Gustavo Armand Ugon
- 13:40 a 14:00 Conferencia:
Pasaje tóraco cérvico axilar, imagenología en el contexto del trauma
Dra. Paula De Los Santos
- 14:00 a 15:00 **Módulo Práctico**
Anatomía quirúrgica del cuello y abordajes quirúrgicos en el contexto del trauma
Dres.: Ana Santamaría, Alejandro Russo
Br.: Santiago Pose, Gabriela Aguiar, Bruno Garbarino, Emilia Cerchiari, Claudia Millán, Federico Fleitas, Patricia Curbelo, Verónica De Los Santos



- 15:00 a 16:30 Mesa Redonda Clínica Quirúrgica 1:
Traumatismos duodeno - pancreáticos
Coordinador: Dr. Fernando González
Introducción. Reseña anatómica.
Dr. Fernando González
Mecanismos lesionales. Diagnóstico. Clasificación.
Dr. Fausto Madrid
Tratamiento quirúrgico.
Dra. Rosana González
Tratamiento de las complicaciones. Fístulas
Dr. Gonzalo Estapé
Soporte nutricional. Yeyunostomía.
Dra. Claudia Barreiro
Casuística.
Dr. Eduardo Voliovicci
Conclusiones
Dr. Fernando González
- 16:30 a 17:00 *Pausa de Café*
- 17:00 a 18:30 Relato Oficial: **Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y de las hernias del hiato esofágico**
Autor: Dr. Gustavo Rodríguez
Co-Autor: Dr. Pablo Valsangiacomo
Comentadores: Dr. Ítalo Braghetto, Chile y Dr. Pascual Parrilla, España
- 19:00 a 20:00 Acto Inaugural
 - Presentación de Autoridades
 - Estrofas del Himno Nacional
 - Discurso del Presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay
Dr. Daniel Varela
 - Discurso del Presidente del 64º Congreso Uruguayo de Cirugía
Dr. Carlos Antúnez
 - Recibimiento de Nuevos Cirujanos
 - Reconocimiento "Amigos de los Congresos Uruguayos de Cirugía"
 - Conferencia
- 20:00 a 21:30 Cóctel de Apertura: Salón de Actos "Ernesto de los Campos" - 2º piso - Ameniza: El Club de Tobi - Auspicia Ancap



Miércoles 27 de noviembre

- 09:00 a 09:30 Conferencia:
Utilidad de la pHmetría sin cables (Sistema Bravo) en la valoración del reflujo gastroesofágico.
Dra. Luisa Martínez de Haro, España
Presidente: Dr. Gustavo Rodríguez
- 09:30 a 11:00 Mesa Argentina:
Tratamiento de Metástasis Hepáticas de Cáncer Colorrectal
Coordinador: Dr. Luis Chiappetta, Argentina
Valor de las terapéuticas ablativas
Dr. Mariano Giménez, Argentina
Resección en metástasis sincrónicas
Dr. Octavio Gil, Argentina
Resección en pacientes con enfermedad extrahepática
Dr. Javier Lendoire, Argentina
- 11:00 a 11:30 *Pausa de Café*
- 11:30 a 12:00 Conferencia
Tumores neuroendocrinos del Tubo Digestivo y Páncreas.
Dr. Francisco Sánchez Bueno, España
Presidente: Dr. Waldemar Correa
- 12:00 a 12:30 Conferencia
Tratamiento de los divertículos de Zenker. Nuestra experiencia.
Dra. Ángeles Ortiz, España
Presidente: Dr. Roberto Taruselli
- 12:30 a 13:00 Conferencia
Resección hepática laparoscópica: 150 casos.
Dr. Ricardo Robles Campos, España
Presidente: Dr. Marcel Keuchkerian



- 15:00 a 16:30 Mesa Redonda Clínica Quirúrgica 3:
Gestión de las Complicaciones en un Servicio de Cirugía General
Coordinador: Dr. Daniel González
Introducción
Dr. Daniel González
Importancia de la evaluación sistemática de las complicaciones
Dr. Eduardo Olivera
Clasificación racional de las complicaciones
Dr. Mauricio Pontillo
Análisis crítico de la casuística
Dra. Patricia López
Conclusiones
Dr. Daniel González
- 16:30 a 17:00 *Pausa de Café*



Jueves 28 de noviembre

- 09:00 a 09:30 Conferencia.
Identificación de los pacientes con Esófago de Barrett y alto riesgo de malignización.
Dra. Luisa Martínez de Haro, España
Presidente: Dr. Pablo Santiago
- 09:30 a 11:00 Mesa Redonda Clínica Quirúrgica A:
Sarcomas de partes blandas.
¿Quién y cómo deben tratarse en el Uruguay, hoy?
Coordinador: Dr. Jorge Curi
¿Es necesario el diagnóstico patológico preoperatorio?
Dr. Marcel Keuchkerian
Control quirúrgico loco-regional. Abordajes difíciles.
Dra. Valeria Porteiro
Neoadyuvancia y adyuvancia.
Dr. Ubillos
¿Cuál es la táctica terapéutica hoy?
Dr. Daniel Varela
Casos clínicos
Dres. Paula Escobar y Gonzalo Gayo
- 11:00 a 11:30 *Pausa de Café*
- 11:30 a 12:00 Conferencia:
Resecciones hepáticas extendidas: una nueva técnica de regeneración hepática precoz.
Dr. Ricardo Robles Campos, España
Presidente: Dr. Fernando González
- 12:00 a 12:30 Conferencia:
Estrategias para tratar pacientes con lesiones sincrónicas de colon e hígado
Dr. Eduardo de Santibáñes, Argentina
Presidente: Dr. Roberto Valiñas



- 12:30 a 13:00 Conferencia:
Manejo del paciente con ictericia obstructiva maligna. Actualización.
Dr. Pascual Parrillo, España
Presidente: Dr. Martín Harguindeguy
- 15:00 a 16:30 Mesa Redonda Clínica Quirúrgica B:
Evolución de la Cirugía Laparoscópica Colorectal en la Clínica Quirúrgica B.
Coordinador: Dr. César Canesso
Logística
Dr. Justino Zeballos
Técnica quirúrgica
Dr. Marcelo Viola
Resultados
Dr. Nicolás Muñiz
Discusión y Conclusiones
Dr. César Conesso
- 16:30 a 17:00 *Pauso de Café*
- 17:00 a 17:30 Conferencia:
Tratamiento mini-invasivo de los GIST de esófago y estómago
Dr. Ítalo Broghetto, Chile
Presidente: Dr. Daniel González
- 17:30 a 18:00 Conferencia:
Algunos secretos para tratar tumores de Klatzkin
Dr. Eduardo de Santibáñez, Argentina
Presidente: Dr. Luis Ruso

III Jornadas Germano-Uruguayas

Jueves 28 de noviembre

09:00 a 11:00

Módulo I

Cirugía oncológica de Esófagogastradenoma, recto y sarcomas

1. **Cirugía del adenocarcinoma de la unión esofagogástrica.**
Dr. Alexis Ulrich, Alemania
Presidente: Dr. Augusto Muller
2. **Tratamiento moderno del cáncer de esófago - estrategias neoadyuvantes y operatorias, con presentación de video de ascenso gástrico totalmente miniinvasivo.**
Dr. Bastian Ringe, Alemania
Presidente: Dr. Augusto Müller
3. **Indicaciones y limitaciones de la HIPEC (peritonectomía con quimioterapia hipertérmica) en el cáncer colorrectal, gástrico, mesotelioma, ovario y pseudomixoma.**
Dr. Alexis Ulrich, Alemania
Presidente: Dr. Santiago Cubas
4. **Nuevos avances en la cirugía oncológica del cáncer de recto.**
Dr. Alexis Ulrich, Alemania
Presidente: Dr. Roberto Taruselli

11:30 a 13:00

5. **Relevancia de la enfermedad residual mínima en pacientes con cáncer colorrectal.**
Dr. Ulrich Bork, Alemania
Presidente: Dr. Augusto Müller
6. **¿Qué pacientes con cáncer de recto realmente se benefician de tratamiento neoadyuvante?**
Dr. Alexis Ulrich, Alemania
Presidente: Dr. Gerardo Secondo



7. **Tratamiento multimodal de los sarcomas retroperitoneales.**

Dr. Alexis Ulrich, Alemania

Presidente: Dr. Gabriel Masaferro

13:00 a 15:00 **Simposio Johnson & Johnson**
Paredes Abdominales
Enfoque laparoscópico de la cirugía de pared abdominal en el Hospital Italiano de Buenos Aires
Dr. Guillermo Arbúes, Argentina

15:00 a 16:30

Módulo II

Cirugía de Urgencia, Emergencia y Trauma

1. **Timing de la cirugía luego del trauma.**

Dr. Christian Schinkel, Alemania

Presidente: Dr. Gonzalo Fernández

2. **Respuesta inmune al trauma.**

Dr. Christian Schinkel, Alemania

Presidente: Dr. Augusto Müller

3. **Estructura del servicio de rescate en Alemania.**

Dr. Christian Schinkel, Alemania

Presidente: Dr. Gonzalo Fernández

4. **Manejo de la pancreatitis en Europa.**

Dr. Jürgen Weitz, Alemania

Presidente: Dr. Augusto Müller



17:00 a 18:30

Módulo III

Miscelánea

1. **Management y asignación, de calidad, en trasplante de hígado-status quo.**

Dr. Bastian Ringe, Alemania

Presidente: Dr. Juan Pose

2. **Cómo aspirar a un fellowship clínico o de investigación para cirujanos en Europa – El sistema europeo de educación médica.**

Dr. Ulrich Bork, Alemania

Presidente: Dr. Santiago Cubas

3. **Desarrollo y ejecución de estudios clínicos en cirugía.**

Dr. Jürgen Weitz, Alemania

Presidente: Dr. Juan Pose

4. **Cómo reducir las pérdidas de sangre en las resecciones hepáticas.**

Dr. Jürgen Weitz, Alemania

Presidente: Dr. Augusto Müller

20:30 **Cena de Camaradería (cupos limitados)**

Heming-way

Rambla República de México 5535 – Plaza Virgilio

Cortesía de NEOMED

Viernes 29 de noviembre

- 09:00 a 09:30 Conferencia:
Cirugía video-asistida en patología esofágica benigna.
Dr. Ítalo Braghetto, Chile
Presidente: Dr. Gerardo Secondo
- 09:30 a 11:00 Mesa Redonda - Clínica Quirúrgica F:
Estado Actual del Tratamiento del Hiperparatiroidismo Secundario
Coordinador Dr. Rubens Neirotti
Introducción
Dr. Rubens Neirotti
Tratamiento Médico del Hiperparatiroidismo Secundario
Dra. Patricia Larre Borges
Casuística
Dr. Nicolás Tarigo
Aspectos Técnicos del tratamiento quirúrgico
Dr. Patrick Lyford-Pike
Localizaciones ectópicas
Dr. Daniel Terra
Necesidad de Criopreservar
Dr. José Perrier
- 11:00 a 11:30 *Pausa de Café*
- 11:30 a 13:00 Mesa Redonda Hospital Militar:
El cáncer de mama en el Siglo XXI
Coordinador: Dr. Bernardo Aizen
Avances en diagnóstico: Tomografía por emisión de positrones, Resonancia nuclear magnética
Dra. Alejandra Luque
Cirugía oncológica mamaria conservadora
Dr. Fernando Simonet
Mastectomías oncológicas (skin-sparing, nipple-sparing)
Dr. Bernardo Aizen



**Cáncer de mama heredo familiar.
Predicción de riesgo, estudios genéticos.**

Dr. Carlos Acevedo

Consejo genético conducta.

Cirugía de reducción de riesgo.

Dr. Carlos Acevedo

**Tipificación biológica del cáncer de mama
y su implicancia en la terapéutica oncológica.**

Dras. Virginia Ortega y Guianeya Santander

13:00 a 15:00 **Asamblea General Sociedad de Cirugía**

15:00 a 16:30 **Mesa de Cirujanos del Interior:
Traumatismos graves de los miembros inferiores**

Coordinador: Dr. Miguel Martín

Dr. Gustavo Vitancur

Dr. Miguel Figueredo

16:30 a 17:00 *Pausa de Café*

17:00 a 17:30 *Temas Libres*

**06 - Tratamiento Local de los Tumores de Recto.
Experiencia en el Hospital Maciel.**

Chinelli, J.; Bado, J.; Costa, J.M.; Barberousse, C

**07 - Resección Anterior de Recto Laparoscópica,
nuestros Resultados a corto y mediano plazo.**

Viola Malet M.; Laurini M.; Zeballos J.; Rodríguez P.;
Sánchez G.; Pereyra J.; Castelli F.; Canessa C.;
Viola Nuñez H.

**08 - Tratamiento de la Litiasis Coledociana.
Procedimientos y Resultados.**

Steffani, A.; Pontillo, M.; Rodríguez, G.; Ruso, L.



Viernes 29 de noviembre

- 09:00 a 09:30 Conferencia:
**Peristaltismo Esofágico Defectuoso:
¿Debe modificar la técnica antirreflujo?**
Dra. Ángeles Ortiz, Espana
Presidente: Dr. Carlos Tarabochia
- 09:30 a 11:00 Mesa Redonda - Hospital Policial:
Cáncer de colon con metástasis sincrónicas
Coordinadores: Dres. Isidro León y Luis Cidade
Dr. Juan Carlos Alonso
Dr. Eduardo Olivera
Dr. Ignacio Paysée
Dr. Álvaro Piazze
Dr. Luis Fernando Sánchez
- 11:00 a 11:30 *Pausa de Café*
- 11:30 a 13:00 Mesa Redonda Departamento Básico de Cirugía:
**Proyección para la docencia en las distintas áreas y
sub-especialidades de la cirugía en el DBC**
Coordinador: Dr. Ricardo Fernández Casas
Cirugía e internet. Herramientas informativas y formativas basadas en internet. Impacto de internet sobre los pacientes
Dr. Mario Almada
Progresos en los modelos de entrenamiento
Dr. Carlos Barberousse
Proyección de un modelo de docencia en cirugía y especialidades
Dra. Marianna Carbón
Papel de los modelos de entrenamiento cadavéricos
Dr. Jorge Curi
Cómo enseñar los aspectos teóricos de la cirugía.
Motivación del residente.
Dr. Juan Pose
Conclusiones
Dr. Gonzalo Fernández



15:00 a 15:30 Conferencia:
Utilidad del PET-TAC en el manejo del cáncer de páncreas.

Dr. Francisco Sánchez Bueno, España
Presidente: Dr. Pablo Valsangiacomo

15:30 a 16:00 **Temas Libres - Premio FORUM**

03 - Efecto de las Estatinas y los Antagonistas del Receptor de Angiotensina II sobre la Trombosis Venosa Profunda

Straneo, P.; Delgado, E.; Gimenez, P.; Favat, M.; Gabito, I.; Campos, M.; Fernandez, J. D.; Fernández, R.

04 - ¿Existe Relación entre la Edad de los Pacientes y la Longitud del Intestino Delgado? ¿Cuánto mide el Intestino de su Paciente?

Sanguinetti, J.; Barreiro, C.; Voliovici, E.; Bentancor, M.; Montano, D.; Silveira, A.

05 - Efecto de la Rosuvastatina y el Cilostazol en la Hiperplasia Intimal Arterial: Modelo Experimental en Ratas

Muguruza, D.; Miranda, A.; Fernández, J. D.; Pontillo, M.; Ortega, C.; Campos, M.; Bornia, J.; Vilche, S.; Giménez, P.; Fernández, R.

16:00 a 16:30 **Temas Libres - Premio ARDAO**

01 - Cirugía del Cáncer de Esófago, 10 años de Experiencia en el Hospital Central de las FF.AA.

Santiago, P.; Beraldo, G.; Varela, M.; Reyes, S.; Cubas, S.; Taroco, L.

02 - Cirugía del Cáncer de Estómago, 10 años de Experiencia en el Hospital Central de las FF.AA.

Beraldo, G.; Santiago, P.; Varela, M.; Reyes, S.; Cubas, S.; Taroco, L.

16:30 a 17:00 *Pausa de Café*

17:00 a 17:30 **Videos**

V9 - Videoendoscopia Doble Balón Asistida por Laparoscopia. Síndrome de Peutz-Jeghers

Viola Malet, M.; de Simone, F.; Rodríguez, P.; Laurini, M.; Sánchez, G.

V10 - Tratamiento Endoscópico-Quirúrgico del Divertículo de Zenker

Viola Malet, M.; de Simone, F.; Rodríguez, P.; Laurini, M.; Sánchez, G.; Muniz, N.



Orales

01 – Cirugía del Cáncer de Esófago, 10 años de Experiencia en el Hospital Central de las FF.AA.

Santiago, P.; Beraldo, G.; Varela, M.; Reyes, S.; Cubas, S.; Taroco, L.

Seccional de Cirugía Esófago-Gástrica, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

RESUMEN

Objetivos: Se muestra la experiencia de la Seccional de Cirugía Esófago-Gástrica del H.C.FF.AA. en la cirugía del cáncer de esófago, analizando la morbi-mortalidad operatoria y la sobrevida global de los pacientes resecados. Se intenta demostrar que la cirugía resectiva es posible en nuestro medio, con resultados aceptables y comparables en algunos parámetros a los centros de referencia a nivel mundial.

Pacientes y Métodos: se trata de un estudio descriptivo en donde se analizan 68 casos consecutivos de cirugía de cáncer de esófago en el periodo comprendido entre febrero del 2003 y agosto del 2013. Se valoran los aspectos del perioperatorios, táctica operatoria, morbi-mortalidad y sobrevida.

Resultados: De los 68 pacientes operados, en 51 se realizó una esofagectomía casi total, 33 por vía transhiatal y 18 por vía transtorácica. Los 17 restantes resultaron irresecables realizándose 5 tubos gástricos retroesternales y 12 gastrostomías. La mortalidad global en los pacientes resecados fue de 11,7% (6/51). En la esofagectomía transtorácica fue de 16,6% (3/18) y de 9,09% (3/33) en la esofagectomía transhiatal.

Las complicaciones más frecuentes fueron las respiratorias.

La falla de sutura se produjo en 9,8% (5/51), expresándose clínicamente como fístula salival en 5,88% (3/51) y mediastinitis en 3,92% (2/51). La lesión recurrencial se demostró en 7,84% (4/51). La estenosis anastomótica en 37,25% (19/51). En 14 se trató de estenosis cicatrízales que fueron dilatadas endoscópicamente y en los 5 restantes se trató de una recidiva tumoral.

La sobrevida en pacientes resecados fue de 81,25%, 31,25%, 31,25%, 29,03%, 28,57%, al año, a los 2, 3, 4 y 5 años respectivamente. En pacientes no resecados fue de 4 meses.

Discusión: la relación inversa entre morbi-mortalidad operatoria y volumen del centro de tratamiento, en cirugía de resección esofágica, es un hecho casi unánimemente aceptado. En nuestra seccional se han logrado cifras comparables a los centros de referencia mediante la centralización de esta cirugía. Respecto a los resultados oncológicos, se logró una sobrevida a 5 años del 28,57%. Estas cifras están por debajo de las referencias bibliográficas que analizan este aspecto. La comparación según estadios al momento del diagnóstico (estadios más avanzados en nuestra serie quirúrgica) y la no protocolización de la neoadyuvancia quizás expliquen estas diferencias.

Conclusiones: creemos que en nuestro medio son reproducibles los resultados vinculados a morbi-mortalidad operatoria que postulan los centros de referencia. El camino para ello es la creación de grupos especializados, el tratamiento en estadios más precoces y la indicación de Radioterapia y Quimioterapia preoperatoria.

02 - Cirugía del Cáncer de Estómago, 10 años de Experiencia en el Hospital Central de las FF.AA.

*Beraldo, G.; Santiago, P.; Varela, M.; Reyes, S.; Cubas, S.; Taroco, L.
Seccional de Cirugía Esófago-Gástrica, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.*

RESUMEN

Objetivos: Se muestra la experiencia de la Seccional de Cirugía Esófago-Gástrica del H C.FF AA en la cirugía del cáncer de estómago, analizando la morbi-mortalidad operatoria y la sobrevida global de los pacientes resecados. Se intenta demostrar que la cirugía oncológica del estómago en nuestro medio tiene resultados aceptables y comparables en algunos parámetros a los centros de referencia a nivel mundial.

Pacientes y Métodos: se trata de un estudio descriptivo en donde se analizan 73 casos consecutivos de cirugía de cáncer de estómago en el periodo comprendido entre enero del 2003 y diciembre del 2013. Se valoran los aspectos del perioperatorio, táctica operatoria, morbi-mortalidad y sobrevida.

Resultados: De los 73 pacientes operados, en 57 se realizó una cirugía pretendidamente curativa, 20 gastrectomías subtotales y 37 gastrectomías totales. Los 16 restantes resultaron irresecables o incurables, realizándose 3 gastroyeyunotomías y 1 yeyunostomía de alimentación.

La incidencia global de falla de sutura fue de 12,28% (7/57). Con una incidencia de 10% gastrectomías subtotales (2/10) y 13,51% en gastrectomías totales (5/37), determinando en este último subgrupo una mortalidad de 100%.

La mortalidad global en los pacientes resecados fue de 8,77% (5/57). No hubo mortalidad en la gastrectomía subtotal (0/20) y la misma fue de 13,51% en las gastrectomías totales (5/37).

La sobrevida en pacientes resecados fue de 70,59%, 46,67%, 33,33%, 22,22% y 21,05%, al año, a los 2, 3, 4 y 5 años respectivamente. En pacientes no resecados fue de 3,9 meses.

Discusión: La cirugía oncológica del cáncer de estómago presenta en nuestro medio resultados comparables a los de referencia internacional en cuanto a morbi-mortalidad. En nuestra seccional se han logrado estas cifras mediante la centralización de esta cirugía. Respecto a los resultados oncológicos, se logró una sobrevida a 5 años del 21,05%. Estas cifras están por debajo de las referencias bibliográficas que analizan este aspecto. Lo avanzado de la enfermedad al momento del diagnóstico en nuestro medio es uno de los factores principales que marcan estas diferencias en sobrevida.

Conclusiones: creemos que en nuestro medio son reproducibles los resultados vinculados a morbi-mortalidad operatoria que postulan los centros de referencia. El camino para ello es la creación de grupos especializados, el tratamiento en estadios más precoces y la indicación de Radioterapia y Quimioterapia postoperatoria.

03 - Efecto de las Estatinas y los Antagonistas del Receptor de Angiotensina II sobre la Trombosis Venosa Profunda

Straneo, P.; Delgado, E.; Gimenez, P.; Favat, M.; Gabito, I.; Campos, M.; Fernandez, J. D.; Fernández, R.

Departamento Básico de Cirugía. Prof. Dr. Gonzalo Fernández. Facultad de Medicina - Universidad de la República.

1. Ex Ayudante Departamento Básico de Cirugía. Facultad de Medicina. 2. Ayudante Departamento Básico de Cirugía. Facultad de Medicina. 3. Ayudante Honorario Departamento Básico de Cirugía. Facultad de Medicina. 4. Ex Asistente Departamento de Histología. Facultad de Medicina. 5. Profesor Agregado Departamento Básico de Cirugía. Facultad de Medicina

Objetivos: Generar un modelo de TVP realizable en nuestro laboratorio.

Estudiar el efecto de los ARA II y las estatinas de manera independiente y combinados sobre la generación y composición del trombo venoso en la rata.

Material y Método: Se utilizaron 40 ratas que fueron divididas en forma aleatoria en 4 grupos: grupo control, grupo ARA II, grupo estatinas y grupo ARA II más estatinas. Todos los animales fueron sometidos a una laparotomía mediana, con exposición de la vena cava inferior infrarrenal. Se ligó la vena por debajo de las renales durante una hora. Cumplido este tiempo se procedió a aislar y resecar un sector de cava de 0,5 cm. Las piezas fueron fijadas en paraformaldehído.

Los animales del grupo ARA II recibieron losartán 10mg/kg/día vía oral en los 10 días previos a la cirugía; los del grupo estatinas recibieron simvastatina 10mg/kg/día vía oral en los 15 días previos a la cirugía; los del grupo ARA II más estatinas recibieron ambos fármacos de la forma indicada. El grupo control recibió suero fisiológico en los 10 días previos a la cirugía.

Se realizó evaluación histológica del trombo por un observador único y ciego. Se valoró cuantitativamente el área ocupada por fibrina y el número de células asociadas.

Resultados: En todos los grupos se logró generar, mediante ligadura de la vena cava, un trombo venoso.

El losartán y la simvastatina administrados por separado y en forma simultánea disminuyen significativamente el porcentaje de fibrina y la celularidad del trombo venoso en la rata.

El grupo control mostró un alto porcentaje de fibrina (70%), y alta celularidad (500 células por campo)

El grupo losartán mostró una franca disminución del porcentaje de fibrina (10%), y de la celularidad (21 células por campo).

El grupo simvastatina mostró una disminución importante, aunque algo menor, del porcentaje de fibrina (20%), con una disminución también algo menor, de la celularidad (58 células por campo).

El grupo simvastatina más losartán mostró un porcentaje de fibrina apenas de un 5% y la menor celularidad con 18 células por campo.

El análisis estadístico evidenció diferencias significativas entre los distintos grupos.

Conclusiones: Se generó un modelo de TVP en la rata, fácilmente realizable en nuestro laboratorio.

El losartán y la simvastatina administrados por separado tienen efecto sobre la composición del trombo venoso en la rata, determinando disminución en el porcentaje de fibrina y en la celularidad, efecto que se incrementa al administrarlos en forma conjunta.

04 - ¿Existe Relación entre la Edad de los Pacientes y la Longitud del Intestino Delgado? ¿Cuánto mide el Intestino de su Paciente?

Sanguinetti, J.; Barreiro, C.; Voliovici, E.; Bentancor, M.; Montano, D.; Silveira, A.
Hospital Pasteur - Clínica Quirúrgica 1 - Prof. Dra. Sonia Boudrandi -
Depto. de Métodos Cuantitativos. Prof. Dr. Enrique Barrios - Montevideo, Uruguay

Introducción: Las causas de resecciones intestinales son muy frecuentes. Esto puede dar lugar a la aparición del síndrome de intestino corto (SIC).

La pérdida de 70 % de la longitud del delgado o un remanente intestinal inferior a 200cm define al SIC. ¿Cuanto mide realmente el intestino delgado?

Autores describen que el intestino delgado humano a perdido longitud en su evolución, con los cambios alimenticios. El intestino delgado es un tejido metabólicamente costoso, el consumo de alimentos procesados cambio su fisiología, según publicaciones de Aiello & Wheeler en 1995 en "expensive tissue hypothesis". No encontramos estudios que relacionen la edad de los pacientes con la longitud del intestino delgado. Así como la mayoría de descripciones anatómicas citan una longitud de entre 7 y 10 metros.

Material y métodos: Analizamos 36 pacientes hombres 29 de raza blanca y 6 de raza negra, con rango de 16 a 78 años, sometidos a laparotomía exploradora, con consentimiento previo. Se realizó como parte de la exploración abdominal la medición del intestino delgado desde el ángulo duodeno yeyunal hasta la válvula ileocecal con un lino estándar 2-0, progresivamente. Variables en estudio. Edad, peso, altura, longitud intestinal.
p menor a 0.05.

Objetivos: Medir la longitud del intestino delgado en paciente vivo.

Estudiar la relación entre la edad del paciente y la longitud del intestino delgado.

Estudiar la relación entre el peso, altura, y longitud intestinal.

Resultados: Promedio de longitud del intestino delgado: 499,08 cm con un rango de 345,00 cm a 700,00cm.

Hipótesis: a mayor edad, mayor largo del intestino. Calculado el coeficiente de Pearson, el r : 0.754.

Lo que demuestra una correlación positiva entre ambas variables, cuando una aumenta, la otra también, p menor 0.05.

No existió significancia estadística entre el peso o la altura y la longitud del intestino.

El coeficiente r : variable altura: 0.255, variable peso : 0.326, no significativos estadísticamente.

Conclusiones: En nuestro estudio:

El intestino delgado midió en promedio 499,08 cm.

A mayor edad del paciente comprobamos mayor longitud del intestino delgado.

No encontramos relación estadística entre peso o altura con la longitud intestino delgado.

05 - Efecto de la Rosuvastatina y el Cilostazol en la Hiperplasia Intimal Arterial: Modelo Experimental en Ratas

Muguruza, D.; Miranda, A.; Fernández, J. D.; Pontillo, M.; Ortega, C.; Campos, M.; Bornia, J.; Vilche, S.; Giménez, P.; Fernandez, R

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Departamento Básico de Cirugía

Introducción: La hiperplasia intimal es una reacción no específica de la pared arterial frente al traumatismo endotelial que puede sobrevenir después de todo tipo de intervención arterial. Comprende la migración y proliferación de células de músculo liso vascular con un depósito asociado de matriz extracelular. Es causa de falla tardía de las reconstrucciones arteriales.

Objetivo: Valorar el efecto de la Rosuvastatina y del Cilostazol, administrados por separado y en forma conjunta, sobre la hiperplasia intimal arterial en ratas.

Material y método: Se utilizaron 40 ratas que fueron divididas de forma aleatoria en 4 grupos. A todos los grupos se les realizó una lesión endotelial de la arteria iliaca derecha tres días después de iniciar la administración por vía oral de: suero fisiológico (grupo 1 control); Rosuvastatina 10 mg/kg/día (grupo 2), Cilostazol 100 mg/kg/día (grupo 3) y Cilostazol más Rosuvastatina 100 mg/kg y 10 mg/kg respectivamente (grupo 4). Todos los animales se sacrificaron al 15º día de postoperatorio, y se resecaron las piezas para estudio histológico.

Resultados: La rosuvastatina y el cilostazol administrados por separado y en forma simultánea disminuyen significativamente el desarrollo de hiperplasia intimal en la rata

El grupo control mostró marcado desarrollo de hiperplasia, con obstrucción del 90 al 100% de la luz arterial en el 100% de los casos.

El grupo 2 presentó hiperplasia con 10 a 12 capas de células miointimales, con mayor porcentaje de luz vascular permeable.

El grupo 3 fue similar al grupo 2 pero con menor porcentaje de luz permeable, presentando de 10 a 20 capas de células miointimales.

El grupo 4 presentó mayor porcentaje de luz vascular permeable que los otros grupos y de 6 a 10 capas de células miointimales.

El análisis estadístico evidenció diferencias significativas entre los distintos grupos ($p < 0,05$).

Conclusiones: La rosuvastatina y el cilostazol administrados por separado disminuyen el desarrollo de hiperplasia intimal en la rata, efecto que aumenta al administrarlos en forma simultánea.

06 - Tratamiento Local de los Tumores de Recto. Experiencia en el Hospital Maciel.

Chinelli, J.; Bado, J.; Costa, J.M.; Barberousse, C

Unidad de Coloproctología del Hospital Maciel

RESUMEN:

Antecedentes: El tratamiento local de los tumores del recto surgió como una alternativa a los tratamientos trans-abdominales, en pacientes que por su edad y/o comorbilidades suponían un riesgo anestésico-quirúrgico muy elevado. Su principal indicación es para lesiones del recto bajo, en general distales a los 8 cm de la margen anal, en las cuales la alternativa sería la amputación del recto con la con-

siguiente morbilidad y afectación de la calidad de vida. Son la primera opción para lesiones benignas y en los casos de lesiones malignas deben ser indicados en casos muy seleccionados.

Objetivos: Describir la experiencia en el tratamiento local de los tumores de Recto en el Hospital Maciel, analizando las técnicas utilizadas, la calidad oncológica de la resección mediante el estudio anátomo-patológico de las piezas, así como los resultados (fundamentalmente alejados) en términos de recidiva, sobrevida, función esfinteriana y calidad de vida postoperatoria.

Material y método: Se analizó una serie de ocho pacientes intervenidos durante 2009 y 2013 en el Hospital Maciel, a partir de una base de datos prospectiva de la policlínica de coloproctología de dicho hospital. Seis de ellos tenían diagnóstico preoperatorio de Adenoma, uno de adenocarcinoma y el restante de tumor neuroendócrino. En siete pacientes se realizó una resección local transanal y en el restante se utilizó la técnica de TAMIS (TransAnal Minimally Invasive Surgery). En siete casos se pudo realizar una resección con márgenes adecuados, tres de ellos con margen parietal total y en cuatro mucoso-submucosa por los datos previos de la ecografía endorrectal. En el restante caso, debido al gran tamaño del Adenoma no pudo completarse la resección local y fue amputada en forma diferida. El tiempo de seguimiento fue de entre cuatro meses y cuatro años.

Resultados: Los procedimientos se completaron sin complicaciones, salvo una retención de orina en el postoperatorio. El tiempo medio de la cirugía fue de 45 minutos y el de internación de tres días. Los resultados oncológicos fueron satisfactorios en el caso del adenocarcinoma y del carcinoma neuroendócrino, con márgenes negativos y sin evidencias de recidivas en el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta ahora. Los resultados funcionales fueron excelentes, sin afectación de la función defecatoria, excepto en un caso que reveló síntomas menores.

Conclusiones: El tratamiento local es la vía de elección para tumores del recto bajo de naturaleza benigna y puede ser una alternativa interesante a la amputación del recto para casos seleccionados de tumores pequeños, bajos, en etapas precoces, siendo sus resultados en morbilidad peroperatoria y funcionales superiores a las técnicas radicales por vía abdominal.

07 - Resección Anterior de Recto Laparoscópica, nuestros Resultados a corto y mediano plazo.

Viola Malet M.; Laurini M., Zeballos J.; Rodríguez P.; Sánchez G.; Pereyra J.; Castelli F.; Canessa C.; Viola Nuñez H.

Departamento de Cirugía de MUCAM. Clínica Quirúrgica "B" Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay.

Antecedentes- El desarrollo de la cirugía laparoscópica en los últimos 20 años ha impactando en la calidad de vida de los pacientes y en los resultados a corto, mediano y largo plazo. El entusiasmo observado con la colecistectomía laparoscópica se vio limitado en la cirugía colorrectal por muchos factores. A las dificultades técnicas se agregaron críticas en relación al riesgo de implantes en los sitios de los trócares y dudas sobre la radicalidad oncológica.

Los pilares del desarrollo de la cirugía laparoscópica colorrectal (CLCR) han sido una mejor selección de pacientes, cuidados en el manejo del tumor y experiencia creciente de los equipos quirúrgicos. La técnica se consolida a la luz de ensayos prospectivos randomizados que demuestran resultados oncológicos comparables con la cirugía abierta. El desarrollo más lento de la Resección Anterior de Recto

Laparoscópica (RARL) fue debido a la mayor dificultad técnica y a su mayor morbilidad.

Objetivo- Mostrar nuestra experiencia en la RARL, en cuanto a factibilidad, seguridad de la misma, los resultados quirúrgicos a corto y mediano plazo, la radicalidad oncológica, la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global; y en aquellos en los que el seguimiento sobrepasa 18 meses la recurrencia locoregional y a distancia.

Material y método- Analizamos las historias clínicas de los pacientes sometidos a RARL de coordinación en MUCAM y Clínica Quirúrgica "B" del Hospital de Clínicas, entre Noviembre 2007 y Setiembre 2013, interviniéndose 34 pacientes.

Resultados- Se operaron 22 mujeres y 12 hombres, con un promedio de 63 años (31-86).

La disección ganglionar promedio incluyó 15 ganglios, mediana 19,5 (7-32); el 60% de los tumores fueron T3 y 2/3 de los pacientes presentaron ganglios negativos. Las resecciones fueron 100% con márgenes negativos y todas R0.

Un 9% de los pacientes presentaron complicaciones, y una sola falla de sutura, con un 2,9% de readmisión hospitalaria.

La sobrevida global de la serie hasta el momento es de 94,1% (47,84 meses; IC 42,52-53,17), destacando que las recaídas que hemos observado ninguna ha sido pelviana.

Conclusiones- De acuerdo a nuestros resultados la RARL es factible y segura de realizar en nuestro país, así como los resultados oncológicos y las cifras de morbi-mortalidad son similares a las presentadas en series internacionales.

Creemos muy importante realizar una correcta selección de pacientes, del punto de vista anestésico y estadificación preoperatoria, para lograr resultados igualmente satisfactorios que los obtenidos con cirugía abierta.

08 - Tratamiento de la Litiasis Coledociana. Procedimientos y Resultados.

Steffani, A.; Pontillo, M.; Rodríguez, G.; Ruso, L.

Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay. Clínica Quirúrgica "3".

Prof. Dr L Ruso.

Antecedentes: El tratamiento de la litiasis coledociana, admite múltiples modalidades terapéuticas; quirúrgicas, endoscópica, y/o percutánea. La selección de pacientes y de procedimientos depende de diversas variables; enfermedad, estado biológico, y experiencia del equipo quirúrgico.

Objetivo: Analizar resultados de las modalidades terapéuticas utilizadas para resolución de la litiasis coledociana, en términos de morbi-mortalidad, y análisis crítico.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo años 2009-2013. Análisis 100 casos.

Resultados: 101 casos, 69 (69 %) mujeres, 31 (31%) hombres.

Un caso excluido por no presentar patología litiasica en vía biliar principal (VBP). Edad de presentación 20 y 92 años, media de 57 años.

47 pacientes (47%) presentaron colangitis aguda simple; 14 (14%) Litiasis coledociana en el contexto de litiasis vesicular sintomática; 14 (14%) en el contexto de colecistitis aguda; 9 (9%) síndrome coledociano frustro; 7 casos (7%) pancreatitis aguda; 4 (4%) colangitis séptica; 3 (3%) ictericia fría; 1 (1%) alteración del hepatograma; 1 (1%) epigastralgia.

Tratamiento: 52 casos (52%), abordaron por vía laparoscópica, 24 (46%) convirti-

eron por: 9(39%), litos persistentes, 6(25%) razones técnicas. 5(21%) litiasis coledociana múltiple, 2 (8,3 %) lesión VBP.

25 casos (25%) abordaron por vía laparotómica

24(24%) realizó instrumentación transcística, 8(7,9%) dejó drenaje transcístico, 4(43,5%) colocó tubo de Kehr, 10 (9,9%) por vía laparoscópica.

52(52%) colangio endoscópica retrograda (CER). 21 (40%) CER único procedimiento; 10 (48%) realizadas en colecistectomizados., 8 (38%) alto riesgo quirúrgico, 3(14%) colangitis séptica.

21(40,4%) CER fueron post operatorias y 10 (19.2%) preoperatoria.

Morbilidad 7(7%) ,3 infecciones sitio quirúrgico (Clavien I), 2 hemoperitoneos (Clavien II), 2 pancreatitis post CER (Clavien I, IV) .Mortalidad 1(1%), pancreatitis post CER.

Conclusión: El tratamiento de la litiasis coledocina por vía laparoscópica es factible y seguro, en nuestra serie supone más del 50%, siendo resuelto en forma integral solo un 10% de los casos. Como primera causa de conversión surge la persistencia de litos y litiasis múltiple en la VBP. El tratamiento endoscópico es casi siempre exitoso, siendo en nuestra serie utilizada en 52 % ya sea como único procedimiento o asociada a cirugía. Las diferentes modalidades terapéuticas fueron adaptadas al paciente y al equipo quirúrgico actuante, con una tasa de morbi-mortalidad aceptables en un centro universitario.

V9 - Videoendoscopia Doble Balón Asistida por Laparoscopia. Síndrome de Peutz-Jeghers

Viola Malet. M.; de Simone. F.; Rodríguez. P.; Laurini. M.; Sánchez. G.

Servicio de Cirugía MUCAM. Centro de Referencia Latinoamericano de Endoscopia Digestiva. Montevideo-Uruguay

Antecedentes: El Síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad genética poco frecuente. Requisitos diagnóstico: tres o más pólipos hamartomatosos; cualquier número de pólipos con historia familiar; pigmentación muco-cutánea característica.

Causa frecuente de intususcepción, oclusión y hemorragia digestiva. Aumenta el riesgo de cáncer gastrointestinal, mama y ovario.

Principales causas de morbi-mortalidad: oclusión intestinal e invaginación, coexistiendo en la mayoría de los casos. La laparotomía se reserva para invaginaciones recurrentes, oclusión intestinal o hemorragia digestiva.

Objetivo: Mostrar un video de la resección endoscópica con Videoendoscopia por doble balón asistido por laparoscopia, en una paciente portadora de un Síndrome de Peutz-Jeghers.

Descripción del contenido: Presentamos el caso clínico de una paciente de 34 años, con antecedentes de dos cirugías previas de urgencia por invaginación yeyunal. Realizándosele una resección-anastomosis de 40 y 60cm de yeyuno respectivamente. Anatomía patológica de las piezas de resección: pólipos hamartomatosos. En la última cirugía (5/2012) se identificó la presencia de 4 pólipos, entre 1 y 3cm en yeyuno proximal, se decidió intentar la resección por Videoenteroscopia doble balón asistidos por laparoscopia.

La FGC y la FCC no mostraron pólipos actualmente.

Se realizó una laparoscopia exploradora. Colocamos a la paciente en decúbito dorsal; neumoperitoneo con aguja de Veress hasta 9mmHg. Un trócar umbilical 10mm para la óptica, otro de 5mm en FII para la mano izquierda del cirujano, otro de 5mm

en flanco derecho para la mano derecha.

En la inspección presenta una invaginación crónica de asas yeyunales; que desinvagina cuidadosamente, identificando uno pólipo yeyunal causante de la misma.

Comenzamos la valoración desde la primer asa yeyunal hacia distal, notando el engrosamiento de las paredes de las asas del yeyuno, y el íleon de características normales.

Se identifica en la endoscopia sobre la segunda asa yeyunal una lesión sésil de 5mm que se electrofulgura, a unos 40cm de ésta se localiza un pólipo pediculado de 15mm, el cual se enlaza y reseca completamente. Se procede de igual manera con otros 3 pólipos yeyunales de 1, 1,5 y 2,5cm, topografiando el último a unos 80cm del ángulo duodeno-yeyunal.

Completando la videoendoscopia hasta unos 30cm de la válvula ileocecal, constatando un yeyunoíleon sin más lesiones y de características habituales.

La paciente tuvo una evolución sin incidentes, otorgándosele el alta a las 24hs del procedimiento. Se controló a la semana, al mes y a los 3 meses, transcurriendo actualmente 4 meses del procedimiento, esperando un nuevo control a los 6 meses y al año.

V10 - Tratamiento Endoscópico-Quirúrgico del Divertículo de Zenker

Viola Malet M.; de Simone, F.; Rodríguez. P.; Laurini, M.; Sánchez. G.; Muniz, N.

Servicio de Cirugía MUCAM. Centro de Referencia Latinoamericano de Endoscopia Digestiva - Montevideo-Uruguay

Antecedentes: El divertículo de Zenker es una enfermedad poco frecuente [prevalencia 0,01-0,15%] que afecta sobretudo a pacientes mayores de 50 años. Puede ser muy invalidante si existe disfagia e incluso potencialmente grave cuando se acompaña de aspiraciones.

Aparece sobre la pared posterior de la faringe, encima del cricofaríngeo, coexistiendo una zona débil de la pared junto a hipertonia de este músculo. El aumento de presión sobre la pared posterior daría lugar a herniación mucosa y submucosa a través de las fibras musculares, originándose el divertículo. El tratamiento estándar es la cirugía abierta con diverticulotomía asociada a miotomía del cricofaríngeo. Hoy día el tratamiento endoscópico con sección longitudinal del tabique esofagodiverticular, permite resultados excelentes, con baja morbimortalidad, rápida reinstalación de las ingestas, menor dolor y alta precoz.

Objetivo: Mostrar un video sobre 2 casos clínicos de Divertículo de Zenker tratados por endoscopia, 1 con endograpadora EIS Flex® de 45mm y 1 con Ligasure® de 5mm.

Descripción del contenido: Presentamos 2 casos clínicos de pacientes con Divertículo de Zenker, 1 hombre de 63 años y una mujer de 45 años, los cuales presentaban una historia de años de evolución de disfagia y repercusión general.

Tanto la FGC como el Esófagogastroduodeno por doble contraste confirmaron el diagnóstico.

Colocamos al paciente en decúbito lateral izquierdo, colocamos una guía semi-rígida en el estómago, la cual orientará el procedimiento.

Se introduce un diverticuloscoPIO de silicona hasta enfrentarlo al tabique esófago-diverticular, de modo tal que éste queda situado entre ambas ramas del mismo. En el hombre, que presentaba un divertículo de gran tamaño, a través del diverticu-

loscopio y guiados por un endoscopio de 5mm pasamos una endograpadora ETS Flex® de 45mm con carga blanca, luego de esperar unos 30 segundos realizamos el grapado y sección parcial del tabique, cortando el músculo cricofaríngeo y comunicando la luz esofágica con la del divertículo. En la mujer con un divertículo más pequeño la sección del tabique la realizamos con el Ligasure® de 5mm, con igual resultado que la endograpadora.

Los pacientes permanecieron internados por 24hs, comenzando a tolerar líquidos el mismo día del procedimiento y dieta blanda al día siguiente previo al alta, ambos tuvieron una evolución sin incidentes.

Actualmente a 3 y 5 meses de realizados los procedimientos los pacientes se encuentran asintomáticos, recuperan su estado nutricional y no han presentado complicaciones.

P11 - Tumor maligno de Intestino Delgado como causa poco frecuente de oclusión intestinal

Blanco, J.(1); Salvatierra, M.(2); Echeveste, J.(1); Garofali, J.(1); Veroli, A.(2); Campos, N.(3)

Residente(1) | Cirujano Gral.(2) | Jefe Del Servicio (3) |

Trabajo de UDA Quirúrgica SALTO - Servicio Cirugía Hospital Regional Salto

Pte. de 45 años, sin antecedentes a destacar, historia de 20 días de repercusión gral., Síndrome suboclusivo, vómitos progresivos hasta instalar una intolerancia digestiva alta. Destacándose al examen SNG con retención biliar 2000 ml día, abdomen con distensión centroabdominal y niveles de delgado en la radiología simple. Sin otros hallazgos en la tomografía. En la laparotomía operatoria se identifica tumor de intestino delgado medio con adenomegalias en el meso. Se realiza resección oncológica y anastomosis. Con buena evolución postoperatoria.

Del estudio anatomopatológico surge un linfoma poco diferenciado. El pronóstico para estos tumores es poco favorable con una sobrevida a 5 años que ronda el 30%

P12 - Metástasis Orbitaria del Cáncer de Mama. Presentación de un Caso Clínico.

Murias, F.; Rodríguez, G.; Segovia, C.; Castillo, A.; Castro, T.; Laviña, G.

Unidad de patología mamaria. Clínica quirúrgica 1, Prof. Dra. Sonia Boudrandi. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Servicio de cirugía del Hospital Pasteur, Dr. Carlitos Arévalo.

Antecedentes: El cáncer de mama representa la patología neoplásica maligna de mayor incidencia y mortalidad en mujeres a nivel mundial y en nuestro país.

A pesar de los programas de detección precoz así como de los avances en el tratamiento, aún vemos estadíos avanzados que fallecen por enfermedad diseminada.

Las metástasis a distancia más prevalentes se ven a nivel óseo, pulmonar y hepático.

Un lugar en el cual los cirujanos no estamos habituados a observar metástasis es a nivel de la cavidad orbitaria.

Objetivo: Presentación de un caso clínico de una paciente de sexo femenino, de 57 años, que se presentó con una metástasis orbitaria de un cáncer de mama no diagnosticado; y revisión de la literatura.

Materiales y métodos:

Reporte de un caso clínico.

Conclusiones: Existe un aumento en el diagnóstico de metástasis orbitaria del cáncer de mama, probablemente debido a un incremento de la sobrevivencia de los pacientes.

A ser el cáncer de mama el tumor primitivo que más frecuentemente produce metástasis a nivel orbitario, frente a lesiones sospechosas de malignidad en dicha topografía, y sobre todo ante un paciente de sexo femenino, se debe buscar un cáncer de mama no diagnosticado.

La variedad lobulillar es la que más frecuentemente se asocia con este tipo de metástasis, reconociendo una sobrevivencia poco mayor al año luego del diagnóstico.

P13 - Poliquistosis Hepatorrenal

Reyes, S.; San Martín, G.; Varela, M. G.; Harguindeguy, M.; Ettlin, A.; Alvez, M.; Avelleira, M.; Leites, A.

Hospital Central FF.AA. – Montevideo Uruguay

La enfermedad poliquística hepática es poco frecuente, la misma se hereda de forma autosómica dominante. Su prevalencia asciende entre 0.08 – 0.5 %, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

Habitualmente se presenta en combinación con la poliquistosis renal, siendo menos frecuente su asociación con quistes en otros órganos.

El pronóstico en la poliquistosis Hepatorrenal está determinado por la evolución de la enfermedad renal a insuficiencia renal crónica.

Hay diversas estrategias terapéuticas, pero en los casos más avanzados en trasplante Hepático, eventualmente Hepatorrenal es la única solución factible.

En nuestro caso asistimos una pte de 54 años, con antecedentes personales de: HTA, apendicectomizada, portadora de enfermedad poliquística Hepatorrenal, diagnosticada hace 23 años, con limitación de su capacidad funcional y gran distensión abdominal, que impedía sus actividades diarias. Insuficiencia renal moderada, en etapa predialítica. Al examen físico se destaca gran hepatomegalia irregular que alcanza la cresta ilíaca. FFL. nefromegalia bilateral, indolora.

El diagnóstico se efectúa mediante técnicas de imagen, como la ecografía de abdomen y la TC abdominal helicoidal, ésta última define mejor la extensión de la enfermedad hepática, y la afectación de otros órganos adyacentes. En general se aprecian múltiples quistes de diverso tamaño, con márgenes bien definidos, localizados en el hígado y habitualmente en el riñón.

En cuanto al tratamiento, en nuestra pte se realizó trasplante Hepatorrenal, la indicación estaba dada por la limitación funcional que esta enfermedad generaba, y por la insuficiencia renal, que es la que sella el pronóstico de la enfermedad. Se realizó trasplante Hepático por técnica de Piggy Back, nefrectomía del riñón derecho, y en el mismo acto quirúrgico trasplante renal derecho, con buena evolución.

La enfermedad poliquística hepática es una entidad poco frecuente, constituye el 0.5% de las indicaciones de trasplante hepático. A pesar de tratarse de una enfermedad benigna, que habitualmente no causa insuficiencia hepatocelular, su pronóstico está sellado por la insuficiencia renal, y la importante limitación funcional de estos ptes.

Si bien existen varias modalidades terapéuticas, en aquellos ptes que está indicado el trasplante hepático mejora la calidad de vida.

P14 - Linfangioma Quístico Subperitoneal. Presentación Excepcional

Bentancor, M.; Montano, D.; Liz, A.

Unidad de Coloproctología Clínica Quirúrgica "1"

Prof. Dra. Sonia Boudrandi – Hospital Pasteur – Montevideo

Introducción. los linfangiomas son tumores benignos de los vasos linfáticos. Son raros en los adultos y su localización más frecuentes son cuello y axila en más del 95% 1 Pueden ser asintomáticos o presentarse como masa abdominal palpable, oclusión intestinal u otras. 2

Objetivos: Presentación de un caso clínico excepcional ya que no existen publicaciones de Linfangiomas en esta localización

Caso clínico: Paciente sexo masculino, 19 años

Ingresa por dolor en flanco y FID, T.Rectal sobre cara lateral izquierda, tumoración renitente extrarrectal en fondo de saco de Douglas que desplaza el recto, indolora.

Paraclínica: Ecoendoscopia transrectal: Tumoración quística uniloculada, paredes finas extrarrectal. VCC: sin lesiones

TC. tumoración extrarrectal, quística.

RNM pelvis: tumoración quística

Diagnóstico: Lesión quística retrorectal, subperitoneal

Tratamiento Quirúrgico: Resección completa de la lesión, como se recomienda en la bibliografía. 1-3 Trece meses después sin evidencia de recidiva

Anatomía Patológica: Linfangioma quístico

Conclusiones: Se trata de una patología benigna, infrecuente, que debe ser resecada íntegramente para evitar su recidiva que puede llegar al 10-20% de los casos 3 Constituye la primera comunicación de un Linfangioma Quístico, Retrorectal, Subperitoneal.

P15 - Cistoadenocarcinoma de Páncreas. Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura

Monge, G.; Secondo, G.; Costa, J. M.; Ferla, D.; Rodriguez, J. L.

Clínica Quirúrgica "2". Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay

Antecedentes: Los tumores quísticos malignos del páncreas son muy raros, representando aproximadamente el 1% de todos los cánceres de páncreas. Las neoplasias quísticas del páncreas comprenden 1-2% de las lesiones pancreáticas, siendo la variedad serosa la más frecuente.

Según la última clasificación de la OMS la mayoría de las neoplasias quísticas serosas, son benignos (cistoadenoma seroso), y en casos raros son malignas (cistoadenocarcinoma seroso). Siendo discutido por algunos autores de la existencia de la malignización de esta variedad.

Según el reporte de la literatura existen 27 casos de cistoadenocarcinoma seroso de páncreas.

Objetivo: Señalar la existencia de un caso de cistoadenocarcinoma seroso de páncreas.

Material y Método: Descripción de un caso clínico

P16 - Neumoperitoneo Espontáneo. Presentación de casos.

Lapi, S.; Tasende, L.; Viera, R.; Rodríguez, G.; Gervasoni, M.; Cidade, L.

Servicio de Cirugía General, Hospital Policial. Montevideo, Uruguay

Antecedentes: La presencia de aire libre en la cavidad abdominal generalmente implica perforación de víscera hueca y como consecuencia de ello una cirugía de urgencia. En principio parece la conducta lógica; sin embargo, se han reportado casos de neumoperitoneo sin ningún tipo de lesión intraabdominal aparente. Estos cuadros se denominan neumoperitoneo espontáneo, benigno, idiopático, o no quirúrgico. Es una entidad de etiología poco clara, y podría sospecharse en ciertos casos. Las causas pueden deberse a patología torácica, abdominal, del tracto genital femenino, ocasionando muchas veces intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Objetivo: Presentar una patología poco frecuente y su conducta.

Conocer la causas y factores asociados al neumoperitoneo espontáneo para brindar herramientas que ayuden a identificar estos casos y orientar el manejo.

Método: Se reportan dos casos clínicos valorados durante el año 2013 que consultan en puerta de emergencia por dolor abdominal difuso. Ambos presentaban aire libre intraabdominal evidenciado por estudios radiológicos y posterior laparotomía exploradora.

Resultados: No se encontró causa del neumoperitoneo durante la exploración quirúrgica. Se realizaron pruebas neumáticas y extensa búsqueda de perforación de víscera hueca, sin encontrar la causa. En sala se realizaron controles radiológicos de abdomen seriados, desapareciendo el neumoperitoneo. Se otorgó el alta a la semana del postoperatorio para uno de los pacientes y a los 30 días en el otro caso por complicaciones inherentes a su terreno sin reingreso posterior ni complicaciones a más de 2 meses de la intervención.

Conclusiones Dado que los pacientes no presentaban causa intraabdominal que explicaran la presencia de aire libre intraabdominal, y por su buena evolución, se planteó neumoperitoneo espontáneo. Destacar que los mismos se manifiestan de modo oligosintomático, lo que podría permitir su manejo conservador, sin embargo, la imposibilidad de descartar una causa intraabdominal del cuadro determina muchas veces que los pacientes sean sometidos a laparotomías. El conocimiento previo de esta patología podría haber evitado ambas laparotomías, como han reportado otros autores que han prescindido de la cirugía.

P17 - Hernia de Littré: Reporte de 2 casos clínicos.

Reyes, S.; Varela, M.; Beraldo, G.; Rodríguez Piñón A.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, con una incidencia de 2-3%. Se produce por una alteración en la obliteración del conducto onfalomesentérico durante el desarrollo embrionario.

Las complicaciones más frecuentes asociadas con esta anomalía son la hemorragia, diverticulitis y oclusión intestinal.

En raras ocasiones el divertículo puede formar parte del contenido de un saco herniario constituyendo una hernia de Littré.

En este trabajo reportamos 2 casos, una cirugía de urgencia por hernia umbilical estrangulada y una cirugía de coordinación por hernia inguinal indirecta. En ambos casos se encontró formando parte del contenido herniario un divertículo de Meckel, realizando la resección del mismo y posterior reparación del defecto parietal.

Se realiza además una breve revisión de la literatura.

Palabras claves: Hernia de Littré, divertículo de Meckel, conducto onfalomesenterico, conducto vitelino.

P18 - Neumoperitoneo Preoperatorio Progresivo en Grandes Hernias de la Pared Abdominal.

Núñez, E; Cáceres, G; Ettlin, A; San Martín, G; Varela, M.

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

Introducción: Los pacientes portadores de grandes defectos de la pared abdominal con pérdida de derecho a domicilio requieren una adecuada planificación de la reparación quirúrgica. La técnica de neumoperitoneo progresivo preoperatorio descrita por Goñi Moreno, permite una adaptación mas fisiológica del paciente y de la cavidad abdominal al reintegro de las vísceras a la misma, con una mejor tolerancia a la cirugía. Presentaremos 5 pacientes tratados con dicha técnica.

Casos Clínicos: Mujer, 55 años, eventración paracolostómica gigante y fístula colocutánea. Neumoperitoneo progresivo 500cc/10 días. Sigmoidectomía, anastomosis colo-cólica y eventroplastia con malla polipropileno. Evolución satisfactoria. Alta hospitalaria a los 10 días de operada.

Hombre, 63 años, recidiva de hernia umbilical. Neumoperitoneo progresivo 250cc/24 días. Plastia con malla de Polipropileno. Presentó inestabilidad hemodinámica en el postoperatorio inmediato, requiere CTI por 3 días. Buena evolución posterior

Mujer, 49 años, eventración de Pfannenstiel. Neumoperitoneo progresivo 500cc/12 días. Eventroplastia con malla de Poliglactina y Polipropileno. Buena evolución posterior.

Hombre, 54 años, eventración mediana infraumbilical. Neumoperitoneo progresivo 500cc/6 días que se suspende por intolerancia. Eventroplastia con malla de Polipropileno. Buena evolución.

Mujer, 67 años, hernia umbilical gigante. Neumoperitoneo progresivo 500cc/15 días. Hernioplastia con malla de Poliglactina y Polipropileno. Buena evolución postoperatoria, alta al 6º día de operada.

Discusión: Es un verdadero desafío en la cirugía de este tipo de hernias reducir las vísceras a la cavidad abdominal evitando la insuficiencia respiratoria postoperatoria y el síndrome compartimental. Para resolver este problema se realiza en el preoperatorio un neumoperitoneo progresivo a fin de aumentar las dimensiones de una cavidad abdominal retraída, efectuar lisis neumática de adherencias intestinales laxas, mejorar la función diafragmática y por ende la ventilatoria, y finalmente, estimular por la irritación peritoneal causada por el aire insuflado una respuesta inflamatoria que mejora la cicatrización.

P19 - Perforación gástrica post colocación de stent por un adenocarcinoma de la unión esofagocardial.

Cortazzo, J.; Rabellino, J.; Lopez, P.; Espinosa, G.; Walsh, J.

Clínica quirúrgica 3, Prof Luis Ruso, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción: El concepto de adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica, hace referencia al adenocarcinoma la unión esófago-gástrica independientemente de su tamaño y de su origen esofágico o gástrico.

En 1987 Siewert los clasifica en 3 grupos de acuerdo a su localización:

Tipo 1: tumor a 1 cm por encima hasta 5 cm de la unión.

Tipo 2: entre 1 cm por encima hasta 2 cm por debajo de la unión.

Tipo 3: tumor de 2 hasta 5 cm por debajo de la unión.

El tratamiento quirúrgico resectivo es diferente según el tipo: esofagectomía, esofagogastrectomía o gastrectomía. El tratamiento paliativo con la colocación de stent queda reservado en la enfermedad metastásica como en nuestro paciente.

Caso clínico: Hombre de 65 años, fumador, bronquítico crónico. Colectomiza-

do
Consulta por dolor epigástrico y disfagia de 1 mes de evolución permanente y progresiva.

Al examen: adelgazado, normocoloreado, no conglomerado adenopático de Troisier.

Abdomen: blando, depresible e indoloro. No visceromegalias ni ascitis.

Paramediana derecha contnente.

FGC: lesión infiltrante estenosante a 38-39 cm de la arcada dentaria circunferencial e infranqueable.

Biopsia.

AP: adenocarcinoma de esófago moderadamente diferenciado.

Tomografía toraco-abdomino-pelvica: enfisema subcutáneo severo a franco predominio de lóbulos superiores. Esófago con luz permeable hasta región cardial donde se aprecia masa que estenosa de la luz.

Múltiples lesiones hepáticas, hipodensas, bilobares; compatibles con secundarismo hepático.

Adenomegalias en hilio hepático y laterocavo aorticas.

Paraclínica humoral: Fosfatasa alcalina 885 , GGT 595 .

ACE: 4.1 UNIDADES

Ateneo de coordinación: adenocarcinoma de la unión esófago gástrica con enfermedad metastásica hepáticas en afagia.

Se plantea colocación de stent esofágico como tratamiento paliativo

Se coloca stent autoexpansible, sin incidentes. Control endoscópico y radiológico de buen posicionamiento

A las tres horas post colocación de stent, el paciente comienza con dolor abdominal intenso desasosiego y elementos de irritación peritoneal

La tomografía abdominal muestra neumoperitoneo y perforación gástrica posterior por prótesis.

Laparotomía de urgencia. Incisión mediana supraumbilical.

Exploración abdominal: Líquido de ascitis con nódulos de carcinomatosis peritoneal.

Hígado con masiva sustitución metastásica.

Apertura de la trasecavidad de los epiplones .Exteriorización de stent por la cara posterior gástrica a nivel subcardial.

Extracción del stent y cierre de perforación con puntos separados de vicril 3-0.

Gastrostomía para de gravitación y posterior alimentación.

Biopsia de nódulo peritoneal.

Buena evolución clínica.

Alta a domicilio al 7 mo día postoperatorio con inicio de alimentación por gastrostomía.

Herida sin elementos infecciosos.

Se realiza seguimiento en conjunto con el Servicio de medicina paliativa.

DISCUSIÓN El tratamiento del adenocarcinoma de la unión esofagocardial se realiza de acuerdo a la operabilidad, la resecabilidad y la curabilidad del paciente. La táctica quirúrgica se basa en la clasificación de Siewert. De no ser posible la resección quirúrgica, el tratamiento paliativo con la colocación de stent, tiene como objetivo la paliación de la disfagia. (1) La colocación endoscópica de stents protésicos para el cáncer de esófago distal y cardias gástrico implica una mayor tasa de complicaciones, la paliación tiene menor éxito, y más corto el tiempo de supervivencia en comparación con un tratamiento similar para el cáncer de esófago más proximal. Las complicaciones de las prótesis son la migración o la perforación ya sea esofágica o gástrica. Nuestro paciente presenta una complicación poco frecuente como es la perforación gástrica secundaria a la migración del stent. El paciente con un adenocarcinoma de la unión esofagocardial en estadio IV de la enfermedad, requirió una cirugía de urgencia con una evolución favorable de la complicación de la colocación de stent. En este artículo se presenta la experiencia de el tratamiento de la perforación esofágica con stent autoexpandible de las cuales el 70% eran por iatrogenias y migración del stent. Para estos autores a pesar de la corta experiencia que refieren los resultados son alentadores pero pasibles de revisión. [2]

P20 - Fibroadenoma en Tejido Mamario Ectópico - Reporte de Tres Casos

Delgado, D.; Castro, T.; Boudrandi, S.; Ormaechea, E.

Clínica Quirúrgica "1", Prof. Dra. Sonia Boudrandi, Fmed, Udelar -
Servicio De Cirugía, Dr. Carlitos Arévalo, Asse, Msp - Hospital Pasteur.
Montevideo. Uruguay

Antecedentes: Las alteraciones del desarrollo normal de la mama en el proceso embriológico afectan al 10% de las mujeres. El tejido mamario ectópico constituye la alteración más prevalente. La localización más frecuente ocurre en la axila correspondiente al primer esbozo o botón embrionario; le sigue la ubicación por debajo de la mama normal que corresponde al tercer esbozo. Otras localizaciones reportadas son la vulva, cadera, muslo, espalda, cuello, hombro, y localizaciones abdominales. La importancia de ésta patología radica en que la misma puede ser asiento de las mismas patologías que la mama normal, inclusive maligna. Se han descrito toda clase de patologías benignas, siendo la más frecuente el fibroadenoma.

Objetivo: Reportamos tres casos de fibroadenoma en tejido mamario ectópico.

Conclusiones: El tejido mamario ectópico constituye la anomalía congénita más frecuente -0,2 a 2%-, siendo la más frecuente la mama incompleta glandular, unilateral, axilar, si bien se describen otras como en uno de los casos que reportamos. Es una patología presente al nacimiento pero que clásicamente se presenta en la pubertad debido al estímulo hormonal. Por ésta misma razón es que pueden presentarse las mismas patologías que en la mama normal. El fibroadenoma es la lesión benigna más común, como lo es en la mama normal de la mujer joven. Su verdadera incidencia se desconoce pero se cree que es menor que en la mama eutópica. Se presenta como una tumoración redondeada, de límites netos y superficie regular, por lo que se requiere de un alto índice de sospecha, más aún cuando la misma asienta sobre tejido mamario que se encuentra por fuera de la línea axiloinguinal. El primer estudio a solicitar es la Ecografía, la cual evidencia un nódulo circunscripto, con sombra posterior y contenido homogéneo, pudiendo diferenciar entre lesiones sólidas o quísticas. Con la clínica, la ecografía y la punción citológica en algunos casos, se puede llegar al diagnóstico definitivo, siendo

el tratamiento la biopsia excéresis o tumorectomía junto con la resección de todo el tejido mamario ectópico. Dado que se trata de una patología benigna no requiere de controles posteriores.

P21 - Leiomiosarcoma de Íleon Distal, como Hallazgo en contenido de Hernia Inguinal

Sanguinetti, J.; Etcheberry, S.; Dos Santos, G.; Lapiedra, D.; Berriel, E.
Hospital Pasteur. Clínica Quirúrgica 1- Prof. Dra. Sonia Boudrandi.
Servicio de Cirugía, Dr Carlitos Arevalo.

Antecedentes: Los leiomiosarcomas son tumores del músculo liso que se presentan con escasa frecuencia en el tracto gastrointestinal. Se derivan del tejido mesenquimal y generalmente metastatizan a hígado o pulmones. Es un tumor estromal que predomina en la quinta década de vida en ambos sexos, representa el 1 al 3 % de los tumores del intestino delgado. Los tumores de intestino delgado son un desafío diagnóstico, y gran parte son hallazgos intraoperatorios, siendo el hallazgo en el contenido de una hernia inguinal una rareza, lo que cambia la táctica y el pronóstico del paciente.

Objetivos: Comentar una patología poco frecuente, como lo son los leiomiosarcomas, mas aun en relación con el contenido herniario, así como revisar la bibliografía en base al clínico vividos en el hospital Pasteur.

Material y método: Se basa en la descripción de un caso clínico documentado de cirugía de coordinación por hernia inguinal, y como hallazgo un tumor maligno de intestino delgado, enfocado la discusión en los aspectos diagnósticos y terapéuticos de la patología, así como el cambio en la táctica quirúrgica en el intraoperatorio.

Conclusiones:

Se presenta un caso clínico de leiomiosarcoma asociado al contenido de una hernia inguinal, lo cual es muy poco frecuente.

P22 - Extracción de Cuerpos Extraños en Estómago por Video-Cirugía

Santamaria Ortiz, A.; Wagner, G.; Rabellino, J.; Pontillo, M.; Olivera, E.
Clínica Quirúrgica «3». Hospital Maciel. Facultad de Medicina.
Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: La ingestión de cuerpos extraños es una entidad frecuente en la población pediátrica y en pacientes psiquiátricos. Varios estudios muestran que hasta un 90 % de éstos pasan espontáneamente por el tubo digestivo, por lo que la conducta habitualmente es conservadora, y un 10 % a 20 % requieren extracción endoscópica. La cirugía sólo es necesaria en el 1 % de los casos, cuando el o los cuerpo/s extraño/s son muy grandes o agudos, dado el riesgo potencial de perforación y obstrucción.

Diversas técnicas han sido publicadas en la literatura como forma de extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo. La cirugía video-asistida se ha utilizado para lograr su remoción, con buenos resultados.

Objetivo: Reporte de un caso clínico. Búsqueda en bases de datos y correlación con lo encontrado en el paciente.

Material y método: Hombre, 23 años. Antecedente de patología psiquiátrica con múltiples ingestas de cuerpos extraños de resolución endoscópica. Ingresa por nuevo episodio de ingesta de cuerpos extraños. Paciente sin dolor abdominal, hemodinámicamente estable, sin reacción peritoneal. Radiografía de tórax y abdomen muestra múltiples cuerpos extraños en estómago, sin neumomediastino ni

neumoperitoneo. Servicio de endoscopia contraindica la extracción por riesgo de perforación, indicándose cirugía por video-laparoscopia.

Se extraen 13 cuerpos extraños del estómago. Se realiza gastrotomía sobre cara anterior gástrica y gastrorrafia con poliglactina. Buena evolución postoperatoria. A un año del seguimiento, el paciente no ha tenido complicaciones.

Resultados: La presentación clínica, tratamiento y evolución del paciente son concordantes con lo encontrado en diferentes publicaciones.

Conclusiones: La extracción por cirugía video-asistida es una técnica segura y un método factible, para la remoción intraluminal de cuerpos extraños no pasible de extracción por vía endoscópica o cuando fallan las medidas conservadoras.

La vía laparoscópica ha de ser la primer opción siempre que sea posible, con sus ventajas ya conocidas.

P23 - Actinomicosis Colónica. Presentacion de dos Casos Clínicos

Cicco, E.; Murias, F.; Etcheverry, S., Volpi, M; Gonzalez, R.; Taruselli, R.

Clínica quirúrgica 1 Dra. Sonia Boudrandi, Facultad de Medicina.

Universidad de la República.

Servicio de Cirugía Dr. Carlitos Arévalo. Departamento de Emergencia.

Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay.

Antecedentes: La actinomicosis es una enfermedad infecciosa, supurativa, granulomatosa y de curso insidioso, causada por bacilos anaerobios Gram positivos del género *Actinomyces*, más frecuentemente *A. Israelii*. Se caracteriza por la formación de fístulas, pseudotumores inflamatorios y abscesos. La topografía más común es la cervico-facial, seguida de la torácica, abdomino-pélvica y cerebral. La presentación clínica depende del sitio de afección, es habitualmente inespecífica, lo que suele dificultar el diagnóstico, el cual generalmente es anátomo-patológico.

Objetivo: Presentar dos casos clínicos de pacientes jóvenes, de 35 y 37 años, que consultaron por una masa abdominal dolorosa y elementos infecciosos sistémicos, con diagnóstico postoperatorio de actinomicosis colónica. Revisión de la literatura.

Materiales y métodos: Reporte de caso clínico.

Conclusiones: La actinomicosis colónica es una enfermedad crónica, causada por un microorganismo anaerobio Gram positivo y de baja virulencia, *Actinomyces Israelii*; que normalmente coloniza el tracto respiratorio superior, gastrointestinal y genital femenino. Dicho germen genera enfermedad solo cuando la barrera mucosa normal se altera como consecuencia de la interacción con otras bacterias que generan anaerobiosis. Suele presentarse en pacientes con antecedentes de cirugía digestiva previa, apendicitis, uso de dispositivo intrauterino, inmunosupresión, etc. La localización abdominal es poco frecuente. De pleomorfa presentación clínica, con manifestaciones crónicas e indolentes. Su diagnóstico preoperatorio o incluso intraoperatorio es difícil, confundiéndose en general con procesos inflamatorios agudos o neoplásicos; puede remedar neoplasia digestiva, plastrón apendicular, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis complicada, tuberculosis intestinal, etc.

Su diagnóstico es generalmente anátomo-patológico y su tratamiento se basa en la administración de penicilina en forma prolongada.

P24 - Perforación Gástrica Espontánea

Carbón M; Steffani A; Pose S; Cidade L; Bogliachini G.

Departamento de Emergencia, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: La perforación gástrica aguda, es infrecuente, por su rica red vascular. Desde los primeros casos reportados por Cohen, se han reportados casos

aislados de origen isquémico, u oclusivos.

Objetivo: Presentación de un Caso clínico Hombre 33 años. Paraplèjico por Traumatismo raquímedular. (TRM) Consulta por dolor abdominal difuso de 48 hs de evolución. Ex físico Buen estado General. SNG: 400 cc claro. ABD distendido, con reacción peritoneal difusa.

RX y TAC de abd-pelvis, que evidencia neumoperitoneo, peri gástrico Realizamos una gastrectomía atípica del sector necrosado y perforado, situado sobre la curvatura mayor; con buena evolución postoperatoria.

Material y método: Paciente asistido en junio del 2013; en el Hospital Maciel, de Montevideo, Uruguay.

Discusión: La necrosis y perforación gástrica se puede presentar tanto en neonatos como en pacientes añosos, con enfermedad sistémica grave, anorexia nerviosa, neurocríticos, y rara vez por TRM. Esta lesión se produce principalmente por espasmo pilórico, distensión gástrica aguda, sobre todo de cuerpo y fundus gástrico, con compromiso vascular secundario. Se presenta con una mortalidad global del 9,5 %

Conclusiones: El tratamiento conservador incluye, degravitar el estomago con SNG, el cierre primario en 2 planos en caso de perforación mínima, siendo menos frecuente la necesidad de resección gástrica, como en éste caso.

P25 - Peritonitis Esclerosante Encapsulante como causa de Oclusión Intestinal

Etcheverry, S.; Cicao, E.; Murias, F.; González, R.; Taruselli, R.

Departamento de Emergencia. Departamento de Anatomía Patológica. Clínica quirúrgica 1 Dra Sonia Boudrandi Servicio Cirugía Dr. Carlitos Arevalo. Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay

Antecedentes: La peritonitis encapsulante esclerosante es una patología poco frecuente, desafiante para el cirujano tanto en su diagnóstico como tratamiento. Caracterizada por una reacción esclerosante peritoneal que encapsula el intestino total o parcialmente, se presenta habitualmente como alteraciones del tránsito digestivo de tipo oclusivo Si bien con la diálisis peritoneal ha aumentado su frecuencia, son escasos los reportes de etiología idiopática.

Objetivo: Comentar una patología poco frecuente y analizar su etiología, así como revisar la bibliografía.

Material y método: Presentación de dos casos clínicos documentados de peritonitis encapsulante, idiopática y secundaria a diálisis peritoneal.

Conclusiones: La peritonitis encapsulante es un cuadro infrecuente. En general es secundaria a diálisis peritoneal continua. Existen pocos casos descriptos de etiología idiopática.

Su patógeno involucra a la célula mesotelial y un agresor peritoneal que determina inflamación y proliferación fibroblástica, generándose fibrosis peritoneal que envuelve el contenido peritoneal.

Clínicamente se presenta como una oclusión intestinal, requiriendo alto nivel de sospecha para su diagnóstico preoperatorio. Los estudios de imagen, como la radiografía simple de abdomen, ecografía y tomografía, pueden ser útiles, mostrando signos característicos.

El tratamiento es quirúrgico, con alto riesgo de lesión intestinal, dirigido a resolver la oclusión mediante adhesiolisis y evitando la resección intestinal. Esta última se reserva para los casos de inviabilidad visceral, asociándose muchas veces a graves complicaciones supurativas, que pueden llevar a la muerte del paciente por sepsis.



XXIII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica:

COMITÉ ORGANIZADOR: *Presidenta: Lic. Enf. Esp. M^o Milagros Rodríguez*
Vice-Presidenta: Dra. Zoraida Fort
Secretaria: Lic. Enf. Esp. Laura Camisa
Secretaria: Lic. Enf. Esp. Leticia Diana

COMITÉ CIENTÍFICO: *Presidente: Dr. Augusto Ferreira*
Lic. Mg. Josefina Verde
Lic. Enf. Esp. Andrea Lucas

Martes 26 de noviembre

08:00 a 09:00 *Acreditaciones*

09:00 a 09:15 **Acto de Apertura de las XXIII Jornadas Integradas de
Enfermería Quirúrgica:**
Presidente del 64° Congreso Uruguayo de Cirugía
Dr. Carlos Antúnez
**Presidenta de las XXIII Jornadas Integradas de Enferme-
ría Quirúrgica**
Lic. Enf. Esp. M^o Milagros Rodríguez

09:15 a 10:15 **Gestión de Servicios Quirúrgicos**
Cátedra de Administración Regional Norte
Prof. Agda. Didier Roascio

10:15 a 11:00 **Adulto Mayor Cuidados Post Operatorios. Experiencia
del Área de Rehabilitación de la Asociación Española en
el Hogar Español**
Lic. Enf. Ana María Núñez

11:00 a 11:30 *Pausa de Café*

11:30 a 12:15 **¿El vapor de Peróxido de Hidrógeno: otra nueva herra-
mienta para prevenir infecciones?**
Mg. Silvia Guerra

12:15 a 14:30 *Tiempo libre*

14:30 a 18:30 **2as Jornadas Hepatobiliopancreáticas y Trasplante
Hepático**



- 14:30 a 14 45 **Introducción a las 2as Jornadas de Enfermería HBP**
Lic. Enf. Esp. Sara Gonzalez
- 14:45 a 15 30 **Programa de Educación a pacientes en Pre Trasplante, Familia y Acompañantes**
Lic. Enf. Esp. Claudia Cavalcante
- 15:30 a 16:30 **Enfermería en la Seguridad en el Pre, Intra y Post CHBP y Trasplante**
Lic. Enf. Paula Martínez
Aux. Enf. Bettina Beares
Aux. Enf. Laura Ware
- 16:30 a 17:00 *Pausa de Café*
- 17:00 a 17:30 **Enfermería en el Programa en Trasplante Hepático: Resultados**
Lic. Enf. Esp. Sara González
- 17:30 a 18:00 **Tarjeta de seguridad: un avance**
Lic. Enf. Esp. Sara González
- 18:00 a 18:30 **Algo nuevo... Cuidando a los Cuidadores: Nosotros**
Dra. Solange Gerona



Miércoles 27 de noviembre

- 08:30 a 09:00 **Percepción de los Licenciados en Enfermería sobre el Ejercicio de su Rol Profesional**
Lic. Enf. Álvaro Díaz
Lic. Enf. Gastón Keel
Lic. Enf. Gabriela Méndez
Lic. Enf. Pablo Talaller
- 09:00 a 09:45 **Rol de Enfermería en el cuidado del Recién nacido Quirúrgico**
Lic. Enf. Esp. María del Carmen Fontal
Lic. Enf. Esp. Blanca Caétano
- 09:45 a 11:00 **Programa de Evaluación y Seguimiento de los IMAE. "Mejora de la Calidad de Asistencia y la Seguridad del Paciente". Fondo Nacional de Recursos.**
Lic. Enf. Esp. Marcela Baldizzoni
Lic. Enf. Esp. Cándida Scarpitta
- 11:00 a 11:30 *Pausa de Café*
- 11:30 a 12:15 **Historia de la enfermería Universitaria en el Uruguay**
Lic. Enf. Esp. Teresa Báez
Lic. Emérita Alma Carrasco
Lic. Emérita Soledad Sánchez
- 12:15 a 12:30 **Sociedad Científica Uruguaya de Heridas**
Lic. Enf. Esp. Lucía García
Lic. Enf. Esp. Rocío González
- 12:30 a 14:00 *Tiempo libre*
- 14:00 a 16:00 **Mesa Redonda:
Equipo Multidisciplinario en Block Quirúrgico**
Coordinadora: Lic. Enf. Esp. Elizabeth Olivera
Dr. Carlos Tarabochia
Dr. Pedro Batalla
Lic. Enf. Esp. Elizabeth Olivera
Lic. IQ. Victor Hugo Bernadet
- 16:00 a 16:15 **Elección Autoridades XXIV Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica 2014**
- 16:15 a 16:30 **Entrega de Premios por Comité Científico**
- 16:30 a 17:00 *Pausa de Café*



XXII Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica:

COMITÉ ORGANIZADOR: *Presidenta: Lic. I.Q. Andrea Olivera*
Vice Presidenta: Lic. I.Q. Nelly Fernández
Secretaria: Lic. I.Q. Silvana Cardozo

COMITÉ CIENTÍFICO: *Presidenta: Lic. I.Q. Teresa López Pini*
Lic. I.Q. Graciela Rodríguez
Lic. I.Q. Margarita Anselmi
Lic. I.Q. Alma Maciel
Lic. I.Q. Mariza Fasciolo

Jueves 28 de noviembre

08:30 a 09:00 *Acreditaciones*

09:00 a 09:30 **Acto de Apertura de las XXII Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica:**
Presidente del 64º Congreso Uruguayo de Cirugía
Dr. Carlos Antúnez
Presidenta de las XXII Jornadas Integradas de Instrumentación Quirúrgica
Lic. I.Q. Andrea Olivera

09:30 a 10:15 **Herida traumática de carótida - Desde el evento al Block Quirúrgico**
Lic. I.Q. Javier Pérez
Secretaria: Lic. I.Q. Mª José Larrosa

10:15 a 11:00 **¿Qué debe saber un Lic. en Instrumentación Quirúrgica de Intervencionismo no vascular?**
Dr. Alfredo Scelza
Secretaria: Lic. I.Q. Mabel Fernández

11:00 a 11:30 *Pausa de Café*

11:30 a 12:00 **Nefrectomía Laparoscópica**
Br. Stephani García - Br. Cecilia Medina -
Br. Luciano Montero
Médico Asesor: Docente Tutor - Lic. I.Q. G2 Mirta González
Dr. Diego Abreu
Secretaria: Lic. Fabiana Rossi



- 12:00 a 13:00 **Tratamiento endoscópico de la Hidrocefalia no comunicante**
I.Q. Alejandra Beatriz Sánchez, Argentina
Secretaria: Lic. I.Q. Lorena Lacerda
- 13:00 a 15:00 *Tiempo libre*
- 15:00 a 15:45 **By Pass áxilo-bifemoral extra- anatómico**
Br. Gustavo Bonilla
Médico Asesor: Dr. Luis Figoli
Secretaria: Lic. I.Q. Victoria Brum
- 15:45 a 16:30 **Fijación de columna cervical con placa ATLANTIS.**
Lic. I.Q. Pamela Robledo
Médico Asesor: Dr. Daniel Vargas
Secretaria: Lic. I.Q. M^o Elena Reyes
- 16:30 a 17:00 *Pausa de Café*
- 17:00 **Central de esterilización en el Marco de la normativa vigente.**
Lic. Enf. Silvia Guerra
Lic. I.Q. Victor Hugo Bernadet
Secretaria: Lic. I.Q. Elianel Bentancor



Viernes 29 de noviembre

- 09:00 a 10:15 **Ligadura de comunicantes. Videoasistida.**
Lic. I.Q. Fabiana Aguilar
Lic. I.Q. Lorena Lacerda
Médicos Asesores: Dr. Federico Paz
Dra. Cecilia Dighiero
Secretaria: Lic. I.Q. Isabel Gularte
- 10:15 a 11:00 **Reparación de manguito corto rotador por Artroscopia.**
Lic. I.Q. Joana Molina
Lic. I.Q. Natalia Gómez
Lic. I.Q. Mirta González
Médico Asesor: Dr. Sergio Rodríguez de los Santos
Secretaria: Lic. I.Q. Lilián Rampas
- 11:00 a 11:30 *Pausa de Café*
- 11:30 a 12:00 *Espacio Johnson & Johnson -BIOERIX*
Puesta al día de nuevas tecnologías de energía en el campo operatorio
- 12:00 a 15:00 *Tiempo libre*
- 15:00 a 15:30 **Instrumental en Cirugía Video Asistida- Unificación de criterios para un correcto manejo y procesamiento.**
Br. Adriana Aguirre
Br. Cecilia Fernández
Br. Micaela Gómez
Br. Karen Rocumpaj
Médico Asesor: Docente Tutor. Lic. I.Q. G2 Mirta González
Secretaria: Lic. I.Q. Silvia Durán
- 15:30 a 16:30 **Actualización en Bioseguridad. "Aquí trabajamos en equipo" ¿Otro slogan?**
Dr. Carlos Vivas
Secretaria: Lic. I.Q. Nelda Pérez
- 16:30 a 17:00 *Pausa de Café*



- 17:00 a 17:45 **Roles actuales y nuevos desafíos para el Lic. I.Q.**
Lic. I. Q. Victor Hugo Bernadet
Secretaria: Lic. I.Q. M^o Teresa López Pini
- 17:45 a 18:00 **Entrega de Premios**
- 18:00 a 18:15 **Acto de Clausura**
- 18:15 **Reunión de Sociedad de Instrumentistas Quirúrgicas del Uruguay (SIQU)**

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:

US\$ 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 a través de Gastón Ciganda, gaston.ciganda@grupoelis.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?7,1,65,0,S,0,MNU,E;21;1;MNU>

SEGURO:

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

AGRADECIMIENTOS: Sponsors

64°

Congreso
Uruguayo
de Cirugía



JOHNSON & JOHNSON

Bioerix

Neomed

Covidien

Ancap

Emedical

Medical Kit

Valuar S.R.L.

Gunter Schaaf S. A.

Labimed

COMECA - FEMI Canelones

Sanyfico

Urufarma

BSE

Equimedical

Sanatorio Americano

Anios

Efa - Antia Moll

Seguro Americano

Universidad de Montevideo (UM)

		Martes 26		Miércoles 27	
Horario		Sala Dorada	Horario	Sala Azul	Sala Dorada
8:00	8:45	Acreditaciones	8:30	9:00	
8:45	9:00	Introducción. Bienvenida. <i>Coordinador: Dr. Hernán Parodi</i>	9:00	9:30	Conferencia <i>Dr. Pascual Parrilla, España</i> Trat. médico versus cirugía antirreflujo para prevenir la malignización en el Esófago de Barrett. Treinta años después.
9:00	9:15	Conferencia ¿Qué necesita saber el cirujano general del paciente trasplantado? <i>Dr. Paul Grieg, Canadá</i>	9:30	10:00	Conferencia <i>Dra. Luisa Martínez de Hara, España</i> Utilidad de la pHmetría sin cables (Sistema Bravo) en la valoración del reflujo gastroesofágico.
9:20	9:35	Conferencia Tratamiento multimodal del Hepatocarcinoma <i>Dr. Paul Grieg, Canadá</i>	10:00	10:30	Mesa Residentes <i>Coordinadora: Dra. Deborah Delgado</i> Ocupaciones pleurales traumáticas. Manejo y complicaciones del drenaje pleural.
9:40	10:00	Caso Clínico <i>Comentarios</i> Caso Clínico <i>Comentarios</i>	10:30	11:00	Mesa Argentina <i>Coordinador: Dr. Luis Chiappetta, Argentina.</i> Tratamiento de Metástasis Hepáticas de Cáncer Colorrectal
10:00	10:15	Conferencia Trasplante en Hepatocarcinoma: experiencia argentina con la aplicación del MELD <i>Dr. Javier Lendoire, Argentina</i>	11:00	11:30	
10:20	10:40	Pausa de café	11:30	12:00	Conferencia <i>Dr. Francisco Sánchez Bueno, España</i> Tumores neuroendocrinos del tubo digestivo y páncreas.
10:40	10:55	Conferencia ¿Por qué ser miembro de la AHBPA? <i>Dr. Elijah Dixon, Canadá</i>	12:00	12:30	Mesa Redonda - CQ 2 - <i>Coordinador: Dr. José Luis Rodríguez</i> Tumores Neuroendocrinos del Tubo Digestivo
11:00	11:15	Conferencia Enfermedad de Caroli <i>Dr. Javier Lendoire, Argentina</i>	12:30	13:00	Conferencia <i>Dra. Angeles Ortiz, España</i> Tratamiento de los divertículos de Zenker. Nuestra experiencia.
11:20	11:40	Caso Clínico <i>Comentarios</i> Caso Clínico <i>Comentarios</i>	13:00	13:30	Conferencia <i>Dr. Ricardo Robles Campos, España</i> Resección hepática laparoscópica: 150 casos.
11:40	12:00	Conferencia Tarsplante Hepático. Anastomosis biliar. <i>Dr. Martín Harguldeguy</i>	13:30	14:00	Curso Anatomía Hotel Four Points
12:05	15:30	Tiempo libre	14:00	14:30	POSTERS Foyer Sala Dorada
15:30	15:45	Conferencia Colangiocarcinoma hiliar (Klatskin). Estadificación y tratamiento. <i>Dr. Paul Grieg, Canadá</i>	14:30	15:00	
15:50	16:05	Conferencia Lesiones latrogénicas evolucionadas de la vía biliar. <i>Dr. Elijah Dixon, Canadá</i>	15:00	15:30	Mesa Redonda - CQ 3 - <i>Coordinador: Dr. Daniel González</i> Gestión de las Complicaciones en un Servicio de Cirugía General
16:10	16:30	Caso Clínico <i>Comentarios</i> Caso Clínico <i>Comentarios</i>	15:30	16:00	
16:30	16:45	Conferencia Colecistitis xantogranulomatosa. <i>Dr. Luis Chiappetta Porras, Argentina</i>	16:00	16:30	
16:50	17:05	Conferencia Cáncer de vesícula. Aspecto controversiales. <i>Dr. Javier Lendoire, Argentina</i>	16:30	17:00	
17:10	17:30	Pausa de café	17:00	17:30	
17:30	17:45	Conferencia Tumores quísticos del páncreas. <i>Dr. Octavio Gil, Argentina</i>	17:30	18:00	Relato Oficial <i>Autor: Dr. Gustavo Rodríguez</i> <i>Co-Autor: Dr. Pablo Valsangiacomo</i> Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y de las hernias del hiato esofágico <i>Comentadores: Dr. Ítalo Braghetto, Chile y Dr. Pascual Parrilla, España</i>
17:50	18:05	Conferencia Fístula pancreática. <i>Dr. Mariano Giménez, Argentina</i>	18:00	18:30	
18:10	18:30	Caso Clínico <i>Comentarios</i> Caso Clínico <i>Preguntas</i>	18:30	19:00	
18:30	18:45	Conferencia Nuevos Stent para la vía biliar. <i>Dr. Mariano Giménez, Argentina</i>	19:00	19:30	
18:50	19:10	Conferencia Final Cirugía HBP en la era de los procedimientos mini invasivos. ¿Cuál es el futuro? <i>Dr. Elijah Dixon, Canadá</i>	19:30	20:00	Acto Inaugural
20:00		Cena de Curso HBP	20:00		Cóctel de Apertura Salón de Actos "Ernesto de los Campos" - 2º piso Ameniza: El Club de Tobi

Jueves 28		Viernes 29	
Sala Azul	Sala Dorada	Sala Azul	Sala Dorada
Conferencia Dra. Luisa Martínez de Hoz, España Identificación de los pacientes con Esófago de Barrett y alto riesgo de malignización.	Registro Módulo I (Cirugía oncológica de esofagogastroduodeno, recto y sarcomas) Cirugía del adenocarcinoma de la unión esofagagástrica. Dr. Alexis Ulrich Tratamiento moderno del cáncer de esófago - estrategias neoadyuvantes y operativas, con presentación de video de esofagotomía totalmente mínimamente invasiva. Dr. Bastian Ringe Indicaciones y limitaciones de la HIPEC (peritoneoquimioterapia) en el cáncer colorrectal, gástrico, mesotelioma, ovario y pseudotumor. Dr. Alexis Ulrich Nuevos avances en la cirugía oncológica del cáncer de recto. Dr. Alexis Ulrich	Conferencia Dr. Italo Brogghetto, Chile Cirugía video-asistida en patología esofágica benigna	Conferencia Dra. Angeles Ortiz, España Perihialismo Esofágico Defectuoso: ¿Debe modificarse la técnica anti-reflujo?
Mesa Redonda - CQA Coordinador: Dr. Jorge Curi Sarcomas de partes blandas. ¿Quién y cómo deben tratarse en el Uruguay, hoy?		Mesa Redonda CQ F Coordinador: Dr. Rubens Neironi Estado Actual del Tratamiento del Miparparatoides Secundario	Mesa Redonda Múltiple Polidetal Coordinadores: Dr. Isidro León - Dr. Luis Cidre Cáncer de colon con metástasis sincrónicas
Paseo de café			
Conferencia Dr. Ricardo Robles Campos, España Resecciones hepáticas extendidas: una nueva técnica de regeneración hepática precoz.	Módulo I (Cirugía oncológica de esofagogastroduodeno, recto y sarcomas) - Parte 2 Relevancia de la enfermedad residual mínima en pacientes con cáncer colorrectal. Dr. Ulrich Bork ¿Qué pacientes con cáncer de recto realmente se benefician de tratamiento neoadyuvante? Dr. Alexis Ulrich Tratamiento multimodal de los sarcomas gástricos. Dr. Alexis Ulrich	Mesa Redonda Hospital Militar Coordinador: Dr. Bernardo Allen El cáncer de mama en el Siglo XXI	Mesa Redonda Onco. Bases de Cirugía Coordinador: Dr. Ricardo Fernández Casas Proyección para la docencia en las distintas áreas y subespecialidades de la cirugía en el DBC
Conferencia Dr. Pascual Parrilla, España Manejo del paciente con ictericia obstructiva maligna. Actualización.			
POSTERS Foyer Sala Dorada	Simpósio IBL Dr. Guillermo Arbués, Argentina Paredes Abdominales	Asamblea General Sociedad de Cirugía	
Mesa Redonda - CQB Coordinador: Dr. César Carreras Evolución de la Cirugía Laparoscópica Colorrectal en la Clínica Quirúrgica B	Módulo II (Cirugía de Urgencia, Emergencia y Trauma) Timing de la cirugía luego del trauma. Dr. Christian Schinkel Respuesta inmune al trauma. Dr. Christian Schinkel Estructura del servicio de rescate en Alemania. Dr. Christian Schinkel Manejo de la pancreatitis en Europa. Dr. Jürgen Weitz	Mesa de Casos del Interior Coordinador: Dr. Miguel Martín Traumatismos graves de los miembros inferiores	Conferencia Dr. Francisco Sánchez Bueno, España Utilidad del PET-TAC en el manejo del cáncer de páncreas. Temas Libres - PREMIO FORUM 03 - 04 - 05 Temas Libres - PREMIO ARDAO 01 - 02
Paseo de café			
Conferencia Dr. Italo Brogghetto, Chile Tratamiento mini-invasivo de los GIST de esófago y estómago	Módulo III (Miscelánea) Management y asignación, de calidad, en trasplante de hígado - status quo. Dr. Bastian Ringe Cómo aspirar a un fellowship clínico o de investigación para cirujanos en Europa - El sistema europeo de educación médica. Dr. Ulrich Bork Desarrollo y ejecución de estudios clínicos en cirugía. Dr. Jürgen Weitz Cómo reducir las pérdidas de sangre en las resecciones hepáticas. Dr. Jürgen Weitz	Temas Libres 06 - 07 - 08	Videos V9 - V10
Conferencia Dr. Eduardo de Santiago, Argentina Algunos secretos para tratar tumores de Kaposi.		LIBRE	

Cena de Camaradería

Cena del Interior

Johnson & Johnson

MEDICAL COMPANIES

ETHICON
a Johnson & Johnson company

Johnson & Johnson
MEDICAL COMPANIES

 **Ethicon
Endo-Surgery**
part of the Johnson & Johnson medical company



Congresos Elis by Grupo Elis | Meetings Management
Palmar 2240 esquina Acevedo Díaz
Tels: +598 2401 0534/35/36
cirugia2013@congresoselis.com.uy
www.grupoelis.com.uy