

REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA



MIEMBRO DE ASEREME

INCLUIDA EN LILACS (LITERATURA LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE CIENCIAS Y SALUD)

VOLUMEN 60

- NÚMERO 3 -

SEPTIEMBRE 2007



JUNTA DIRECTIVA 2006 - 2008

Presidente

Dr. Jorge Zito A.

Vicepresidente

Dr. Elio Tulio Álvarez G.

Secretario General

Dr. Rafael Ramírez L.

Tesorero

Dr. Rafael Bustamante Ch.

Secretario de Doctrina

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

Secretaria de Hospitales y de Posgrado

Dra. María Teresa Luna

Secretaria de Organización

Dra. Zoraida Pacheco

COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

Edición

Dr. José Félix Vivas

Coordinación

Dr. Ali Peñaloza

Colaboradores

Dr. Nelson Téllez

Dra. Jenny-Ann Benotto

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Editorial..... VI

ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Las colangiopyeyunoanastomosis centrales y periféricas en el tratamiento de las estenosis altas de las vías biliares. Experiencia personal de 164 casos.

Rodríguez-Montalvo Fernando, Vivas Luis, Viteri Yosú, Ottolino Pablo, Pérez Leoncio, Carmona José 99

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS Y DE REVISIÓN

Experiencia en el manejo de la gangrena de Fournier. Servicio cirugía uno

Chirinos Andrés, Itriago Diego, Leáñez Luis, Nieves Anne, Ramírez José..... 114

CASO CLÍNICO

Oncocitoma suprarrenal. A propósito de un caso clínico.

Dao Héctor, Arana David, Zambrano Patricia, Mujica Lorena 118

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Cura de prolapso de cúpula vaginal según técnica quirúrgica doctor Alfredo Halabí.

Halabí-Bittar Alfredo, Pomenta Tito, Quiroz Miguel Ángel 122

LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA

Conclusiones y recomendaciones de la LXIV Jornada Nacional de Cirugía, en honor al Dr. Carlos E. Clavo. Puerto Ordaz.

Ramírez L. Rafael A. 130

Palabras del Doctor Carlos Eduardo Clavo en la LXIV Jornada de Cirugía..... 137

Próximos eventos..... 113,129,138

Septiembre 2007

Revista Venezolana de Cirugía en su totalidad prohíbe la reproducción y reimpresión, total o parcial de los artículos sin el permiso previo del editor bajo las sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella, mediante alquiler o préstamos públicos. Las opiniones editoriales o científicas que se emitan con firma comprometen exclusivamente la responsabilidad de su autor, en ningún caso la de Revista Venezolana de Cirugía, ni de la casa editora.



JOURNAL OF THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY

VOLUME 60 - N°3 - 2007

Editorial.....	VI
PROSPECTIVE STUDIES	
Central-peripheral cholangiojejunostomies for the management of high bile strictures. A 164 personal experience cases. Rodríguez-Montalvo Fernando, Vivas Luis, Viteri Yosú, Ottolino Pablo, Pérez Leoncio, Carmona José	99
RETROSPECTIVE AND REVISION STUDIES	
Experience in the management of Fournier's disease Chirinos Andrés, Itriago Diego, Leáñez Luís, Nieves Anne, Ramírez José.....	114
CLINICAL CASE	
Suprarrenal oncocytoma. A clinical case Dao Héctor, Arana David, Zambrano Patricia, Mujica Lorena	118
SURGICAL TECHNIQUE	
Vaginal vault suspension by Dr. Alfredo Halabi's surgical procedure Halabi-Bittar Alfredo, Pomenta Tito, Quiroz Miguel Ángel	122
THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY INFORMS	
Conclusions and recommendations from the LXIV National Surgery Meeting in honor of Dr. Carlos E. Clavo. Puerto Ordaz. Ramírez L. Rafael A.....	130
Conference by Doctor Carlos Eduardo Clavo within the LXIV National Surgery Meeting.....	137
Coming events.....	113,129,138

BOARD OF DIRECTORS 2006 - 2008

President

Dr. Jorge Zito A.

Vice-president

Dr. Elio Tulio Álvarez G.

Secretary General

Dr. Rafael Ramírez L.

Treasurer

Dr. Rafael Bustamante Ch.

Doctrine Secretary

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

Hospital and Post-graduate Secretary

Dra. María Teresa Luna

Organization Secretary

Dra. Zoraida Pacheco

EDITORIAL STAFF

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinator

Dr. Alí Peñaloza

(Web-master)

Colaborator

Dr. Nelson Tellez

Dra. Jenny-Ann Benotto

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Address: Urbanización Los Dos Caminos, Edf. Centro Parque Boyacá Torre Centro, piso 17, Oficina 173,
Avenida Sucre, Caracas 1070 • Venezuela 80895. • Telephones: 286.81.06 Fax: 286.84.59 •
Website: www.sociedadvenezolanadecirugia.org • E-mail: sv_cirugia@cantv.net

Facundia Editores C.A: Av. Ppal. Edif. Multicentro Macaracuay. Piso 3. Oficina 07
Macaracuay 1071 • Caracas DC. • Venezuela • Telephones: (0212) 258.1537 / 258.19.06 Fax: 257.19.62

September 2007

JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULOS

1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

Presidente: Dr. Gilberto Marcano Hoffman.
Secretario: Dr. Alfredo Benarroch
Tesorero: Dr. Angel Granado
1er. Vocal: Dra. María Gabriela Padilla
2do. Vocal: Dra. Rosa María Rodríguez
Delegado al C.N.: Dr. Juan Bautista Díaz

2. CAPÍTULO ARAGUA

Presidente: Dra. Rita Gaitán
Secretario: Dr. Enrique Cuárez
Tesorero: Dra. María del Carmen Correa
1er. Vocal: Dra. Solange Ferrer
2do. Vocal: Dr. Robnald Rodríguez
Delegado al C.N.: Dr. Pedro Luis León

3. CAPÍTULO APURE

Presidente: Dra. Sheyla Montoya
Secretario: Dr. Oscar Barrios
Delegado al C.N.: Dr. Luis Olivero

4. CAPÍTULO BARINAS

Presidente: Dr. Anibal Fariás
Secretario: Dr. Rafael Aguitón C.
Tesorero: Dra. Ana María Montero
Vocal: Dr. Álvaro Ordaz
Delegado al C.N.: Dr. Miguel Carrillo

5. CAPÍTULO BOLÍVAR

Presidente: Dr. Gonzalo Moros Inciarte
Secretario: Dr. Jorge Barrios
Tesorero: Dra. Luisa Cesin
Delegado al C.N.: Dr. Antonio Mallen Parra

6. CAPÍTULO CARABOBO

Presidente: Dr. Carlos Hartmann O.
Secretario: Dr. Martín Salas
Tesorero: Dr. Mario Navarro
1er. Vocal: Dr. Vicente Spinelli R.
2do. Vocal: Dr. Rafael Parraga
Delegado al C.N.: Dr. Rafael Romero

7. CAPÍTULO FALCÓN

Presidente: Dr. Jesús Romero Guarecuco
Secretaria: Dra. Anniani Acosta
Tesorero: Dra. María Chávez
1er. Vocal: Dr. Iskander Marín
2do. Vocal: Dr. José Angel García
Delegado al C.N.: Dr. Leandro Soto

8. CAPÍTULO GUÁRICO

Presidente: Dr. Alirio Arévalo Urdaneta
Secretario: Dr. Guaicaipuro Ruiz
Tesorero: Dr. Freddy Mendoza
1er. Vocal: Dr. Rashid Iskandar
2do. Vocal: Dr. Julio Villegas
Delegado al D.N.: Dr. Marcos Veloz Ríos

9. CAPÍTULO LARA

Presidente: Dr. Gustavo Quintero
Secretaria: Dra. Teresa Briceño
Tesorero: Dr. Bernardo Ortega
Vocales: Dr. José Di Sarli
Dra. Rosa Sanchis
Delegado al C.N.: Dr. Carlos Briceño
Dr. Eduardo Castillo Rojas

10. CAPÍTULO MÉRIDA

Presidente: Dr. Alejandro Zambrano Ferré
Secretario: Dra. Estrella Uzcátegui
Tesorero: Dr. Diego Febres
1er. Vocal: Dra. Mónica García C.
2do. Vocal: Dra. Eluvia Ferreira
Delegado al C.N.: Dr. Luis Alfonso Molina

11. CAPÍTULO MONAGAS

Presidente: Dr. Pedro Marín
Secretario: Dra. Carmen Irene Alves G.
Tesorero: Dra. Omaira Torres
Vocal: Dr. Aquiles Palacios
Dr. Antonio García
Delegado al C.N.: Dr. Jesús Carrera

12. CAPÍTULO NUEVA ESPARTA

Presidente: Dr. Carlos Sanint
Secretario: Dra. Roxanna Ziri-Castro A.
Tesorero: Dr. José Mansur
Vocal: Dra. Graciela Rivas
Delegado al C.N.: Dr. César Aveledo

13. CAPÍTULO SUCRE

Presidente: Dr. Jesús Meaño
Secretario: Dr. Gustavo Rodríguez Vivenes
Tesorero: Dr. Pedro E. Nassar
Delegado del C.N.: Dr. Gilberto Armada

14. CAPÍTULO TÁCHIRA

Presidente: Dr. Germán Pineda Cárdenas
Secretario: Dr. Antonio Ramón Sánchez
Tesorero: Dr. Rafael Guerrero
1er. Vocal: Dr. Sami Harb Ayoubi
2do. Vocal: Dra. Lina Durán
Delegado del C.N.: Dr. Gerardo A. Pérez Duque

15. CAPÍTULO TRUJILLO

Presidente: Dr. Héctor González Guerra
Secretario: Dr. Oscar Nava Rulla
Tesorero: Dr. Juan Torres
1er. Vocal: Dr. José Luis Pacheco
2do. Vocal: Dr. Omar Matos
Delegado del C.N.: Dr. Leonardo Viloria

16. CAPÍTULO YARACUY

Presidente: Dr. Julio Cortez
Secretario: Dr. Bolívar Iseas
Delegado al C.N.: Dra. Rosa Elena de Alvarado

17. CAPÍTULO ZULIA

Presidente: Dr. Leonardo Bustamante
Secretario: Dr. Sergio Osorio Bozo
Tesorero: Dr. Francis Padrón
1er. Vocal: Dr. Alfonso Serizawa
2do. Vocal: Dr. Fernando Guzmán
Delegados al C.N.: Dr. Alfonso Socorro Morales
Dr. Enrique Ferrer P.
Dr. José A. Morales Manzur

SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2004-2006

1. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Director: Dr. Tomás Alberti
Secretario: Dr. Raúl Doval
Vocal: Dr. Joseph Lanes

2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Director: Dr. Peter Pappé
Secretario: Dr. Sergio Martínez
Vocal: Dr. Santiago Perozo

3. CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Director: Dr. Francisco Echegaray
Secretario: Dr. Raúl Ferro
Vocal: Dr. Carlos Fernández

4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Director: Dr. Miro Quintero
Secretario: Dr. Álvaro Henríquez

5. CIRUGÍA PLÁSTICA

Director: Dr. Ramón Zapata
Secretario: Dra. Ana Hollebecq
Vocal: Dr. Alberto Pérez-Morell

6. CIRUGÍA UROLÓGICA

Director: Dr. Luis Caricote
Secretario: Dr. Arnaldo Caldera
Vocal: Dr. Juan Carlos Luiggi

7. SECCIÓN DE TRAUMA

Director: Dr. Pablo Ottolino
Secretario: Dr. Luis Vivas
Vocal: Dr. Iskander Marín

8. SECCIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Director: Dr. Alberto Cardozo
Secretario: Dr. José Manuel Roberti
Vocal: Dr. Camilo Morantes

9. COMITÉ DE INFECCIONES

Director: Dr. Jaime Díaz Bolaños
Secretario: Dra. Rebeca Medina
Vocal: Dr. Carlos Franco

10. COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Director: Dr. Mauro Carretta
Secretario: Dr. Ignazio Taronna
Vocal: Dr. Raimundo Kafruni

11. COMITÉ DE ONCOLOGÍA

Director: Dr. Jesús Tatá
Secretario: Dr. Alirio Mijares
Vocal: Dr. Alí Godoy
Dr. José Eduardo Gubaira Campos

12. COMITÉ DE BIOÉTICA

Director: Dr. Albino Rincón
Secretario: Dr. Fernando Guzmán Toro
Vocal: Dr. Gonzalo Barrios Lugo

13. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

Director: Dr. Jesús Velázquez
Secretario: Dr. Nicolás Cirigliano
Vocal: Dr. Juan Carlos Díaz Odremám

EX PRESIDENTES

Dr. Francisco Montbrún R.
Dr. José María Cartaya
Dr. Luis Bello Valera
Dr. Carlos Hernández H.
Dr. Francisco Aguilera
Dr. José Antonio Gubaira
Dr. Dario Montiel V.
Dr. Ismael Salas M.
Dr. José David Díaz
Dr. Adolfo Koelzow Jiménez
Dr. Jesús González Romero
Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Miguel Zerpa Z.
Dr. Francisco Romero
Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dr. Nassim Tatá

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Jose María Cartaya
Dr. Carlos A. Hernández H.
Dr. José T. Rojas Contreras
Dr. Luis Delfín Ponce Ducharme
Dr. Vinicio Casas Rincón
Dr. Francisco Aguilera García
Dr. José Antonio Gubaira Bahjos
Dr. Dario Montiel Villasmil
Dr. Ismael Salas Marcano
Dr. José David Díaz
Dr. Adolfo Koelzow Jiménez
Dr. Jesús González Romero
Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Miguel Zerpa Zafrané
Dr. Francisco Romero Ferrero
Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dr. Carlos Clavo

Dr. Rubén Jaén
Dr. Antonio Clemente
Dr. Aaron Toledano
Dr. José León Tapia
Dr. Robinson Gómez
Dr. Rafael Alejos
Dr. Alonzo León Rocha
Dr. Gerardo Hernández Muñoz
Dr. Fernando Rodríguez Montalvo
Dr. Oscar Agüero
Dr. Julián Viso Rodríguez
Dr. Pedro Blanco Souchón
Dr. Francisco Plaza Izquierdo
Dr. Francisco Arcia Romero
Dr. Ladimiro Espinoza

MIEMBROS EMÉRITOS

Dr. Oscar Rodríguez Grimán
Dr. Alberto Benshimol
Dr. Juan Carmona Pereira
Dr. Erick Eichelbaum
Dr. José Ángel Puchi
Dr. Otto Rodríguez Armas
Dr. Carlos Ruiz Diez
Dr. Antonio Ortega
Dr. Antonio Guzmán
Dr. Ramón Enrique Albornoz
Dr. Efraín Sequera
Dr. Carlos Riveras
Dr. José Antonio López Parra
Dr. Celestino Zamora

DELEGADOS AL C. N. POR LA SEDE

Dr. Federico Gattorno
Dr. Mauro Carretta
Dr. Marco Sorgi
Dr. Jesús Tatá
Dr. José A. Padrón
Dr. Roger Escalona
Dr. Miguel Saade
Dr. Reinaldo Kube
Dr. Juan José Tagurruco
Dr. Rafael Badell
Dr. Jesús García Colina
Dr. José Félix Vivas
Dr. Raimundo Kafruni
Dr. Oscar Colina
Dr. Alí Peñaloza
Dr. Luis Vivas

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES.

REGLAS GENERALES

La REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA es el órgano de difusión científico oficial de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Publica artículos originales que han sido presentados en congresos y jornadas de la Sociedad o aquéllos que son directamente remitidos por el autor a través de una solicitud escrita dirigida a la Comisión de Publicaciones y Redacción. Para su aprobación el manuscrito es revisado y corregido por los integrantes del Comité de Publicaciones y Redacción y pasado al director de la REVISTA con las observaciones pertinentes a que hubiera lugar para su edición o devuelto al presentante o solicitante para su corrección. Una vez aprobado, el autor es notificado.

Los artículos deben ofrecer una contribución significativa en el campo de la cirugía general o de las especialidades derivadas de ella. Pueden ser sobre un tema inédito o método propio, casuísticas de una unidad, servicio, departamento o institución, Cirugía Clínica, Cirugía Experimental, Trabajo Especial de Investigación (TEI) y ciencias asociadas como: la educación quirúrgica y los aspectos socioeconómicos del cuidado quirúrgico, temas de revisión y artículos de opinión. Asimismo, se aceptan informes de casos clínico-quirúrgicos con un máximo de tres autores, debiendo estar soportados por los estudios complementarios que demuestran la naturaleza quirúrgica infrecuente o el interés para el conocimiento de la especialidad. Los reportes basados en hallazgos histopatológicos aislados sin contribución quirúrgica relevante para su solución no son candidatos para ser publicados.

La REVISTA tiene circulación nacional y se está implementando su circulación internacional. Ha sido estudiada para servir como medio de la difusión rápida de nuevas e importantes informaciones sobre la ciencia y el arte de la cirugía.

Las aseveraciones hechas en los artículos, son responsabilidad de los autores. El idioma primario de publicación será el castellano; sin embargo, artículos escritos en francés, alemán, inglés, italiano y ruso, serán considerados. En vista de que el Comité Editorial está intentando difundir la REVISTA a nivel internacional, se requiere que los manuscritos incluyan el título en inglés, así como el resumen.

Los artículos son aceptados para su publicación con el entendimiento de que su contenido esencial no ha sido ni será sometido para otra publicación. A continuación se detallan las instrucciones a los autores para que los artículos se ajusten a las normas internacionales existentes.

Una vez publicado el artículo se convierte en propiedad de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Deben enviarse 3 copias del artículo y 3 originales de cada ilustración o figura y 1 diskette 3 1/2 y la carta compromiso, a la siguiente dirección: Comisión de Publicaciones. Revista Venezolana de Cirugía. Sociedad Venezolana de Cirugía, urbanización Los Dos Caminos, Edf. Centro Parque Boyacá, Torre Centro, piso 17, oficina 173, avenida Sucre, Caracas 1070, Venezuela. Fax: 286.84.59.

Organización del manuscrito

Los manuscritos, incluyendo las referencias, deberán ser tipeados en una sola cara de hoja de 28 por 21,5 cm a doble espacio y con márgenes de por lo menos 2,5 cm. Las páginas serán numeradas en forma consecutiva. Deberá estar organizado en la forma como se indica a continuación:

TÍTULO. La primera página deberá contener el título del artículo, conciso pero informativo del tema tratado. Primer nombre, inicial del segundo nombre, primer apellido y en caso de que el autor quiera publicar su segundo apellido, éste deberá estar unido por un guión al primero. En esta primera página deberá aparecer el cargo o posición hospitalaria de todos los autores, grados académicos si se trata de profesores universitarios, nombre del servicio o departamento y la institución a los que se debe atribuir el trabajo. A continuación indicar la afiliación con la Sociedad Venezolana de Cirugía, así como la ciudad y el país donde el trabajo fue realizado.

Debe aparecer el nombre completo y la dirección del correo del autor adonde se enviarán las separatas en caso de ser solicitadas. Al pie de esta primera página deberán aparecer las notas de agradecimiento o de soporte financiero si los hubiere.

RESUMEN. En español e inglés. Deberá presentarse en una página separada ubicada inmediatamente después de la página del título. No deberá exceder de 250 palabras, ni tener abreviaturas. El resumen estará estructurado para lograr uniformidad y una mejor expresión condensada del contenido; debe tener los siguientes subtítulos: Objetivo (s), Método, Ambiente, Resultados, Conclusión. Al final de la página deberán listarse entre 3 y 6 palabras clave para ser usadas al indexar el artículo.

TEXTO. El texto generalmente deberá estar organizado en: una sección introductoria sin titulares que establezca los antece-

dentes y el propósito del reporte y enseguida titular las siguientes secciones así: "Materiales y Métodos" o "Pacientes y Métodos" si se trata de humanos, "Resultados" y "Discusión". No hay sección para conclusiones. Las palabras o frases que el autor desee enfatizar deben ir subrayadas.

El estilo debe ser consistente con las normas de la Real Academia de la Lengua Española y/o con Council of Biology Editors Style Manual (4a Edic, 1978). Esta última puede ser obtenida en *The American Institute of Biological Sciences*, 140 Wilson Blvd., Arlington, Virginia 22209. EE.UU.

Abreviaturas, nombres de fármacos, números, deberán ser estándar y las unidades deberán aparecer como lo hacen en *Style Manual for Biological Journals* (Third Edition, Washington, D.C. American Institute of Biological Sciences, 1972). También puede consultarse *Uniforms Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* preparado por el International Steering Committee de editores médicos, publicados en las siguientes revistas: *Ann Intern Med* 1997; 126:36-47. *Rev Venez Cir* 2000; 53: 204-221.

La primera vez que una abreviatura no muy común aparezca en el texto, deberá estar precedida del nombre completo al cual representa. Los nombres genéricos para drogas y químicos deberán ser usados siempre. El nombre comercial no puede ser utilizado. Los dígitos deberán ser expresados como (números) excepto cuando estén después de punto. Las unidades de medidas serán expresadas en el sistema métrico decimal y serán abreviadas cuando acompañen números.

REFERENCIAS. Las referencias deberán ser tipeadas a doble espacio, listadas y numeradas en el orden en el cual aparecen en el texto. Una vez hecha la referencia, las subsecuentes citas de la misma conservarán el número original. Todas las referencias deberán citarse en el texto o en las tablas. Datos no publicados y comunicaciones personales no son referencias aceptables, pero sí aquellas publicaciones que se encuentran en prensa. La referencia de los artículos de revista deberán conformarse al estilo usado en el *Index Medicus* y deben incluir: 1) Autores. 2) Título. 3) Nombre abreviado de la revista. 4) Año. 5) Número del volumen. 6) Número de la primera y última página, en ese orden. Ejemplo: Plaza J, Toledano A, Martín A, Grateron H. Complicaciones post-operatorias. *Rev Venez Cir* 2000; 31:81-88.

Las referencias para libros deben incluir: 1) Autores. 2)

Título(s) de capítulo(s). 3) Edición. 4) Título del libro. 5) Ciudad donde fue publicado. 6) Editor. 7) Año. 8) Páginas específicas. Ejemplo: Jones M C. *Gastrointestinal Surgery*. 2a edición. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer, Verlag, 1976. p.253-272.

Otras referencias, como memorias y artículos de congresos, publicaciones en general, trabajos en prensa, material electrónico pueden ser revisadas en la *Rev Venez Cir* 2000;53;204-221.

TABLAS. Cada tabla estará tipeada a doble espacio en página aparte de 21,5 por 28 cm, numerada consecutivamente con números arábigos y contener la leyenda en la parte superior. Todas las tablas deberán estar citadas en el texto.

LEYENDAS DE LAS FIGURAS. Deberán ser tipeadas a doble espacio en una página separada y numerada en forma consecutiva con números arábigos que se correspondan con las mismas.

ILUSTRACIONES. Las ilustraciones deberán estar realizadas, diseñadas y fotografiadas profesionalmente y enviadas en triplicado en colores o en blanco y negro en impresiones de excelente calidad. El arte original o los negativos no deben ser enviados. Los símbolos, letras y números deberán ser de un tamaño suficiente para ser fácilmente reconocibles cuando la figura sea reducida a tamaño de publicación. Cada figura deberá tener una etiqueta pegada en la parte posterior indicando el número, el nombre de los autores y una flecha que indique la orientación de la misma. Las fotografías de pacientes en las cuales los sujetos puedan ser identificados deberán estar acompañadas de un permiso escrito para ser publicadas.

PERMISOS. Materiales tomados de otras publicaciones deberán estar acompañados de un permiso escrito tanto del autor como del editor, dándoles de ese modo el visto bueno a la *REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA* para su reproducción.

SISTEMA OPERATIVO. Los manuscritos serán examinados por el Comité Editorial y los autores serán notificados de la aceptación tan pronto como sean revisados.

SEPARATAS. Las separatas deben ser encargadas por los autores en el momento en que reciban la notificación de que el artículo fue aceptado. La lista de precios estará disponible en la Secretaría de la *REVISTA*.

EDITORIAL

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES (NOTES)

La endoscopia del aparato digestivo comenzó siendo una disciplina diagnóstica, realizada con instrumental rudimentario para la observación del interior del órgano, objeto del estudio.

Las exigencias de la práctica clínica y la incorporación de tecnología, llevaron hasta la aparición de instrumentos flexibles en los cuales una cámara de video está localizada en el extremo distal del mismo, permitiendo observación detallada del tejido. Cuando el instrumental flexible inicial de fibra óptica fue dotado con canales para instrumentación, la endoscopia del aparato digestivo dejó de ser sólo diagnóstica, e incorporó en su armamentarium recursos terapéuticos de creciente complejidad.

De tal manera que complejos problemas gastrointestinales como el sangrado, la litiasis de la vía biliar y numerosas afecciones neoplásicas, para citar sólo los más comunes, pasaron a ser tratados por este medio con intención curativa o paliativa.

El notable grado de experiencia en endoscopia terapéutica adquirido en centros calificados, donde estos procedimientos se realizan de manera rutinaria y la sofisticada tecnología actualmente disponible, han sumando recursos, permitiendo la realización de procedimientos diagnósticos y maniobras terapéuticas más allá de la luz del aparato digestivo, es decir, en el interior de la cavidad peritoneal y sobre las vísceras en ella contenidas, las cuales son abordadas a través de la pared de los órganos huecos del aparato digestivo, la vagina y la cicatriz umbilical.

Los reportes iniciales en este novedoso campo son de índole experimental y se refieren a peritoneoscopia transgástrica⁽¹⁾, ligadura de trompas de Falopio por esta misma vía⁽²⁾ y gastro-yeyunostomía con sobrevida, en modelo experimental porcino⁽³⁾.

La información clínica inicial es de siete apendicetomías transgástricas exitosas (Raidi y Rao, Hiderebad- India) y de una colecistectomía por vía trans-vaginal (Mascaroux y Dellemagne), reportados en la pagina Websurg de amplia difusión.

Estos novedosos conceptos de Cirugía Endoscópica Transluminal por Orificios Naturales han sido denominados NOTES por sus iniciales en idioma inglés (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery), término éste de aceptación universal.

El revuelo causado por estos avances en cirugía gastrointestinal llevó a dos importantes sociedades científicas con intereses afines, como los son SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons), y ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy), a crear una iniciativa conjunta para la investigación y desarrollo de NOTES, denominada NOSCARG, por sus iniciales en idioma inglés (Natural Orifice Surgery Consortium for Assessment and Research).

Con similares intenciones en agosto de 2007 se reunió en Sao Paulo, Brasil, el Grupo Latino Americano de Trabajo Cooperativo en Cirugía Endoscópica por Orificios Naturales. En esta reunión se presentaron las experiencias latinoamericanas de varios grupos. Navarrete (Santiago de Chile) presentó el drenaje trans-gástrico de las complicaciones de pancreatitis aguda, Speranza (Rosario, Argentina) 60 colecistectomías con técnica endoscópica exclusivamente trans-umbilical y los grupos de Ramos (Sao Paulo, Brasil), Zorron (Rio de Janeiro, Brasil), Salinas (Lima, Peru), presentaron 20

colecistectomías realizadas por vía transvaginal.

El documento inicial del grupo latinoamericano, actualmente en preparación, en sus bases conceptuales considera a NOTES como la nueva frontera de la cirugía de invasión mínima, que integra campos del conocimiento médico, disciplinas, asociaciones científicas y tecnologías. Propone también incluir el acceso trans-umbilical entre los procedimientos de NOTES; pues se trata de la cicatriz correspondiente a lo que fuera en el pasado un orificio natural.

Entre ambos grupos (NOSCARG y el Grupo Latino Americano) existe marcada coincidencia en referencia a dos tópicos fundamentales de NOTES:

- I.- Condiciones mínimas de un grupo de investigación.
- II.- Desafíos a resolver para su aplicación.

El Consejo Nacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía en su última reunión (Puerto Ordaz, Estado Bolívar), analizó el tema de NOTES como parte de su agenda y conciente del reto que plantea la aparición de estos novedosos recursos de terapéutica quirúrgica, decidió abocarse a su estudio:

1. Creando un equipo para su evaluación.
2. Propiciando el dialogo con las sociedades científicas interesadas en la materia.
3. Estableciendo pautas para su realización a nivel nacional.
4. Estimulando la investigación y desarrollo ordenado.
5. Difundiendo sus conclusiones y acuerdos en relación a NOTES.

La cirugía endoscópica trans luminal por orificios naturales es un nuevo camino a ser transitado con claro juicio y serena disposición al análisis crítico, superando prejuicios iniciales y estimulando encuentros entre los interesados en él.

En un futuro previsible, parte de los procedimientos que actualmente conforman el día a día del ejercicio la cirugía recibirá un nuevo y fuerte impulso de cambio, por influencia de estos nuevos conceptos. Debemos estar preparados.

Para algunos los límites entre la cirugía gastrointestinal y la endoscopia terapéutica comienzan a hacerse imprecisos⁽⁴⁾. En el corto plazo los eventuales requerimientos de NOTES pueden suplirse con equipos multidisciplinarios, pero a mediano - largo plazo, de progresar esta tendencia deberá definirse el entrenamiento del cirujano destinado a realizarlos.

NOTES es la frontera de desarrollo de la cirugía de la cavidad abdominal y pelviana e indica una ruta.

Nuestra sociedad en su condición de garante y rector de la práctica quirúrgica debe fijar posición al respecto, replanteando entre otras cosas la necesidad de entrenamiento en procedimientos endoscópicos de los futuros cirujanos, pues se trata de un requisito indispensable para abordar con éxito este nuevo paradigma.

Dr. Raúl Ferro Machado MSVC

REFERENCIAS:

- 1.- Kallou AN, Sing VK et al (2004) Flexible transgastric peritn oscopy: a novel approach to diagnostic and therapeutic interventions. *Gastrointest Endosc* 60: 114-17.
- 2.- Jagannath SB, Kantsevov SV et al (2005) Peroral transgastric endoscopic ligation of the Fallopian tubes with long term survival in a porcine model. *Gastrointest Endosc* 61: 449-53.
- 3.- Kantsevov SV, Jaganath SB et al (2005) Endoscopic gastroyeyunostomy with survival in a porcine model. *Gastrointest Endosc* 62: 287 - 92.
- 4.- ASGE/SAGES Working Group on Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* (2006) 20: 329-333.

LAS COLANGIOYEUANOANASTOMOSIS CENTRALES Y PERIFÉRICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS ALTAS DE LAS VÍAS BILIARES. EXPERIENCIA PERSONAL DE 164 CASOS.

RODRÍGUEZ-MONTALVO, FERNANDO*
 VIVAS, LUIS**
 VITERI, YOSU***
 OTTOLINO, PABLO****
 PÉREZ, LEONCIO*****
 CARMONA, JOSÉ*****

RESUMEN

Objetivos: Se presenta la experiencia del autor en diferentes técnicas quirúrgicas de colangioyeyunostomías y resecciones hepáticas asociadas a nivel del tercio proximal de la convergencia biliar entre 1988 y el 2004.

Pacientes y métodos: Análisis de datos obtenidos de la experiencia personal llevada prospectivamente por el autor, en colangioyeyunostomías realizadas a nivel del tercio proximal del hepático común y en la convergencia, entre 1988 y el 2004, referidos al mismo a cuatro diferentes Instituciones: Servicio de Cirugía II del Hospital Ildemaro Salas (IVSS), Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital Oncológico "Padre Machado", Servicio de Cirugía III del Hospital "Domingo Luciani" (IVSS) y al Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco. Se excluyeron pacientes con estenosis bajas.

Resultados: Se analizaron 164 casos. 64,4% de las cirugías se hicieron por lesiones intraoperatorias ocurridas durante colecistectomías. El 33,5% se debieron a enfermedad maligna. 154 (93,9%) fueron centrales o hiliares y 10 (6,09%) fueron periféricas. Se efectuaron 32 resecciones hepáticas, 23 (71,7%) fueron resecciones menores y 9 (28,13%) fueron mayores. Se realizaron 95 (57,9%) reintervenciones de las vías biliares: 90 (94,4%) por patología benigna y 5 (5,2%) por patología maligna. La morbili-

dad fue de 21,9% y la mortalidad fue de 7,9%, (61,5% sepsis). 88,68% de los pacientes con lesión de la vía biliar, presentaron buena evolución.

Conclusiones: Los pacientes con estenosis biliares tratadas con las diferentes técnicas quirúrgicas descritas en el presente estudio mejoraron su calidad de vida en comparación con las condiciones preoperatorios de dichos pacientes.

Palabras Clave: Estenosis biliar alta. Colangioyeyunostomía central y periférica.

ABSTRACT CENTRAL-PERIPHERAL CHOLANGIOJEJUNOSTOMIES FOR THE MANAGEMENT OF HIGH BILE STRICTURES. A 164 PERSONAL EXPERIENCE CASES

Objective: We present the experience of the author performing different kinds of cholangiojejunostomies and associated hepatic resections over hepatic duct and confluence.

Patients and methods: Data analysis from personal experience of the author filled prospectively, in cholangiojejunostomies over hepatic duct and confluence between 1988 and 2004, referred with diagnosis of bile duct strictures to four different institutions: Servicio de Cirugía II del Hospital Ildemaro Salas (IVSS), Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital Oncológico "Padre Machado", Servicio de Cirugía III del Hospital "Domingo Luciani" (IVSS) y al Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco. Patients with low stricture of the bile duct were excluded.

Results: A 64,4% of this patients with hepatic bile duct strictures were due to bile duct injuries during cholecystectomy. 33,5% due to malignant disease. 154 (93,9%) underwent hilar cholangiojejunostomy and 10 (6,09%) underwent peripheral cholangiojejunostomy. We performed 32 hepatic resections, 23 (71,7%) were minor resections and 9 (28,13%) were major. 95 (57,9%) biliar surgeries were performed: 90 (94,4%) due to benign dise-

* Ex Jefe Servicio de Cirugía Vías Digestivas Hospital Oncológico Padre Machado, Ex-jefe del Servicio de Cirugía III Hospital Domingo Luciani, Miembro honorario del Sociedad Venezolana de Cirugía, Miembro honorario de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, FACS, Miembro de la Asociación Internacional de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática.

** Adjunto Cirugía Servicio III. Hospital Dr. Domingo Luciani. MSVC.

*** Adjunto Cirugía Servicio III. Hospital Dr. Domingo Luciani. MSVC. FACS.

**** Adjunto Cirugía Servicio I. Hospital Dr. Domingo Luciani. MSVC.

***** Cirujano Policlínica Santiago de León, Ex profesor cátedra de anatomía UCV, MSVC

***** Cirujano Ex jefe de Residentes del Servicio de Cirugía III. Hospital Dr. Domingo Luciani.

Trabajo galardonado con el Premio Francisco Montbrun en el XXVIII Congreso Venezolano de Cirugía, 2006

ase and 5 (5,2%) due to malignant disease. There was a morbidity of 21,9% and a mortality of 7,9% . 88,68% with iatrogenic bile duct strictures showed good outcome. Palliative *surgeries showed good outcome for 10,5 months in 56% and bad outcome in 44% after three months.*

Conclusion: Central and peripheral cholangiojejunostomy as surgical treatment yields excellent results in patients with HBDS and offered effective palliation in performance status (PS) compared with the preoperative PS of this patients.

Key Words: High bile stricture. Central-peripheral cholangiojejunostomy.

La reconstrucción quirúrgica de las vías biliares ha constituido un reto para el cirujano, tanto por su complejidad, como por los diversos factores que intervienen para lograr resultados satisfactorios.

El objetivo de este trabajo es la descripción de los abordajes y de las diferentes técnicas de colangioyeyunostomías a nivel del tercio proximal del hepático común y en la convergencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo en el tratamiento de las estenosis benignas y malignas de la vía biliar.

PACIENTES Y MÉTODOS

El presente estudio, tiene como objetivo principal presentar la experiencia del autor en colangioyeyunostomías realizadas a nivel del tercio proximal del hepático común y en la convergencia, entre 1988 y el 2004, de acuerdo a los datos obtenidos de su experiencia personal llevada prospectivamente por el autor. Los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente durante este período de tiempo en el Servicio de Cirugía II del Hospital Dr. Ildemaro Salas (I.V.S.S), Servicio de Cirugía Digestiva Hospital Oncológico Padre Machado, Servicio de Cirugía III Hospital Dr. Domingo Luciani (I.V.S.S) y el Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco. Se excluyeron las bilioenteroanastomosis realizadas a nivel del tercio distal del hepático común y el colédoco.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, presentación clínica, antecedentes, esquema de estudio (paraclínicos), etiología, indicaciones de cirugía, grado de estenosis según la clasificación de Bismuth-Corlette, número de reintervenciones por paciente, técnica quirúrgica usada, drenajes transanastomóticos, morbilidad y mortalidad operatoria. La mayoría de los pacientes fueron seguidos en la consulta entre 2 y 5 años.

El enfoque principal del estudio está relacionado a las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas, por lo que las variables descritas anteriormente fueron analizadas en cada técnica, a excepción de la morbilidad y mortalidad que fueron estudiadas por separado.

Para describir el número de operaciones realizadas, se consideró como reintervención la primera cirugía efectuada para

corregir una lesión intraoperatoria de las vías biliares o después de la primera cirugía por una lesión maligna.

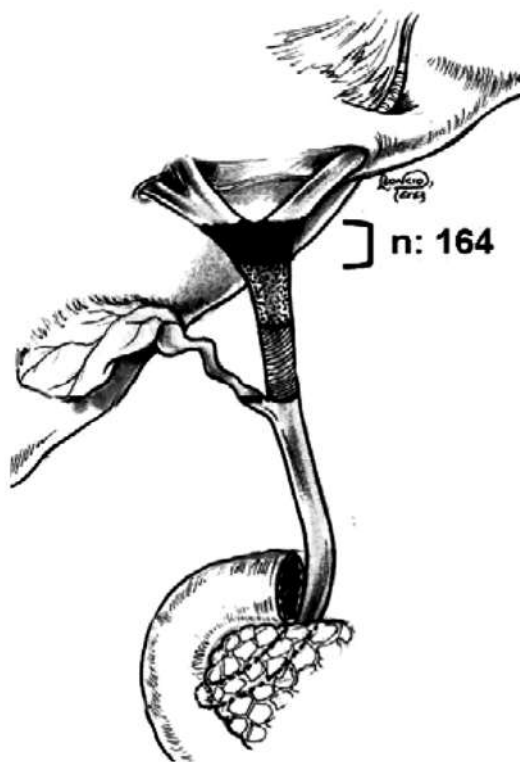
Los resultados fueron expresados en valores absolutos y porcentajes, así como la media más o menos desviación standard. Las diferencias entre grupos se analizaron con el test de Student, considerando significativo una $p < 0.05$.

RESULTADOS

De un total de 226 bilioentero-anastomosis realizadas, se excluyeron 62 a nivel del tercio distal del hepático común y el colédoco, quedando 164 pacientes objeto del estudio. Entre los 164 casos, 109(66.4%) presentaban patología benigna y 55(33.5%) eran malignos, a 154 pacientes se les practicó una colangioyeyunostomía central y a 10 una periférica. (Figura Nº 1).

Figura 1

Experiencia en el tratamiento de las estenosis en el hepático común proximal y la convergencia



En relación al sexo y la edad, podemos observar que el 75% era sexo femenino y la edad promedio fue de 54 años, siendo el enfermo más joven de 14 años y el mayor de 80 años.

En las tablas 1 y 2, enumeramos las diferentes técnicas que llevamos a cabo en nuestros pacientes.

Tabla 1

Tipos de colangiyeunostomías centrales		
Colangiyeunostomía	N	%
Operación de Hepp-Couinaud	70	45.45
Abdo-Machado (Hepp-Couinaud extendido)	39	25.32
Operación de Champeau	17	11.03
Resecciones hepáticas mas colangiyeunostomías	12	7.79
Anastomosis de conductos separados	12	7.79
Operación de Rodney Smith	2	1.29
Maniobra de Champeau-Pineau	2	1.29
Total	154	100

Fuente: Base de datos personal. Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

Tabla 2

Tipos de colangiyeunostomías periféricas		
Colangiyeunostomías	N	%
Operación de Soupault-Couinaud	7	70
Longmire modificada	2	20
Hepp-Couinaud modificada	1	10
Total	10	100

Fuente: Base de datos personal. Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

Los detalles técnicos de cada operación serán descritos en la discusión del trabajo.

Indicaciones

En las tablas 3 y 4, se muestran las principales indicaciones de colangiyeunostomías. Vemos que la principal indicación fue las lesiones intraoperatorias de la vía biliar durante una colecistectomía, seguido de carcinoma de la convergencia y re-estenosis.

A un paciente con estenosis y dilatación de un conducto aberrante del segmento ántero-inferior derecho del hígado (Bismuth V) fue anastomosado en forma término lateral al asa de

Roux utilizada para la anastomosis central.

Dos pacientes que presentaron síndrome del sumidero o síndrome del pozo ciego, fueron tratados con esfinterotomía endoscópica.

Cabe destacar como caso interesante, pocas veces observado, un paciente que padecía de crisis de colangitis a repetición por obstrucción del hepatocolédoco originado por paracoccidiodomicosis braziliensis.

Tanto la maniobra como la operación de Champeau, se complementaron con una anastomosis látero-lateral entre el asa de Roux y el conducto hepático izquierdo, convergencia y conducto hepático derecho.

Dos operaciones de Rodney Smith fueron practicadas. En un paciente por estrechez iatrogénica y en otro por estenosis ocasionada por una herida por arma de fuego que había lesionado la vía biliar principal.

Las anastomosis periféricas, su indicación principal fue paliativa en pacientes que presentaban procesos malignos a nivel de la convergencia.

Debe mencionarse por su poca frecuencia 3 lesiones de las vías biliares originadas por traumas externos. Una sección del hepático común por una herida por arma de fuego y dos secciones del hepático derecho por accidente de tránsito.

Los 68 casos de estrecheces por lesiones intraoperatorias de las vías biliares fueron tratadas por diferentes técnicas siendo la operación de Hepp-Couinaud y la de Abdo-Machado las más realizadas (77.9%) por la experiencia y los buenos resultados obtenidos.

Litiasis intrahepática.

Aunque las litiasis intrahepática primaria son infrecuentes en nuestro medio, se trataron 7 casos mediante diversos procedimientos quirúrgicos. (Tabla 5)

Una paciente a quien se le practicó una lobectomía izquierda falleció en el postoperatorio por sepsis. La paciente con la resección del segmento VIII presentó una evolución tórpida debido a un bilioma de aparición tardía (12 meses) el cual fue drenado por vía percutánea. Los cinco casos restantes han evolucionado satisfactoriamente por un período de 38,6 meses (3.2 años).

Morbilidad

Treinta y seis de ciento sesenta y cuatro pacientes se complicaron, representando una morbilidad de 21.9%. Resaltan las infecciones abdominales y respiratorias con 58.3 y 27.7% respectivamente. (Tabla 6).

Tabla 3

Indicaciones en patología benigna		
Indicación	N	%
Estenosis VBP* (Lesión intraoperatoria)	68	62,38
Estenosis DBD+	29	26,61
Coledocoduodenal	13	11,92
Hepaticoyeyunoanastomosis	15	13,76
Síndrome de Mirizzi tipo II	3	2,75
Litiasis intrahepática	3	2,75
Pancreatitis crónica	1	0,92
Reseccion de quiste de colédoco	1	0,92
Trauma	3	2,75
Fibrosis primaria	1	0,92
Total	109	100

Fuente: Base de datos personal. Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

Tabla 4

Indicaciones en patología maligna		
Indicación	N	%
Carcinoma de la convergencia	29	52,72
Carcinoma del hepatocolédoco	17	30,91
Carcinoma de Vesícula	9	16,37
Total	55	100

Fuente: Base de datos personal. Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

Apartando las infecciones de la pared abdominal, tuvimos 7 fístulas biliares externas que fueron tratadas conservadoramente, cerrando en 2-3 semanas. Los dos cuadros de obstrucción intestinal y el sangrado por el drenaje trans-anastomótico tipo Praderi se manejaron médicamente.

Tabla 5

Tratamiento quirúrgico de las litiasis intrahepáticas primarias		
Tipo de operación	N	%
Lobectomía izquierda (segmentos II-III) + Abdo-Machado	3	42,87
Resección segmento VIII + Abdo-Machado	1	14,28
Abdo-Machado	2	28,57
Hepp-Couinaud	1	14,28
Total	7	100

Fuente: Base de datos personal. Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

Tabla 6

Morbilidad (n=36)		
Complicación	N	%*
Complicaciones abdominales	21	58,33
Fístula biliar externa	7	19,44
Absceso subfrénico	3	8,33
Obstrucción intestinal	2	5,55
Sangrado por drenaje tipo Praderi	1	2,77
Complicaciones Pulmonares	10	27,78
Atelectasia	5	13,88
Neumonía	3	8,36
Empiema	2	5,55
Otras	5	13,88
Coagulopatía	2	5,55
Insuficiencia hepática	1	2,77
Infarto de miocardio	1	2,77
Arritmia	1	2,77

Fuente: Base de datos personal. Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

* Porcentaje calculado sobre 36 pacientes con complicaciones

Tres abscesos subfrénicos se presentaron en esta serie; un caso fue drenado por vía percutánea y dos por laparotomía, uno de los cuales murió por sepsis en el post-operatorio.

Entre las complicaciones pulmonares de 5 atelectasias y 3 neumonías, fallecieron 4 pacientes, todos mayores de 65 años, por sepsis, a pesar del soporte en la unidad de terapia intensiva. De las otras cinco complicaciones, cuatro fueron causa de muerte post-operatoria; un caso de arritmia fue tratado por el servicio de cardiología.

Mortalidad

De los 164 casos operados, 13 pacientes fallecieron en el post-operatorio (7.9%). Predominó la mortalidad en los pacientes con estenosis malignas (16.3%), en comparación con las patologías benignas (3.6%). La sepsis de origen abdominal o pulmonar fue la principal causa de muerte en 8 pacientes, representando el 61.5% de las causas de muerte (Tabla 7).

Tabla 7

Causas de mortalidad		
Causas	N	%
Sepsis	8	61.54
Coagulopatía	2	15.38
Insuficiencia respiratoria	1	7.69
Insuficiencia hepática	1	7.69
Infarto de miocardio	1	7.69
Total	13	100

Fuente: Base de datos personal. Dr. Fernando Rodríguez Montalvo

La mayor mortalidad se pudo observar en el grupo de pacientes a los que se les realizó resecciones hepáticas, con 12.5% (4 pacientes), siendo más elevada en los pacientes con patologías malignas (26.6%). En los casos de patología benigna a los cuales se les realizaron resecciones hepáticas, no se registró mortalidad. No encontramos diferencia significativa entre las resecciones menores y mayores (11.1% vs. 13%)($p < 0.05$).

Creemos que la complejidad de la técnica operatoria no tiene relación de manera directa con la mortalidad post-operatoria. En la tabla 34 se observa la mortalidad según el tipo de operación. Se puede observar que la mortalidad de la operación de Longmire fue del 100% mientras que la del Hepp-Couinaud fue

de 7.14%, lo cual se relacionó a las condiciones del paciente y no a la técnica, ya que, la complejidad del Hepp-Couinaud es mayor que la del Longmire.

Lesiones intraoperatorias

De los 68 casos operados por esta razón, pudieron ser seguidos 53, representando 80,3% de seguimiento.

Se encontró litiasis intrahepática en 10 casos (18.8%). Durante la primera reintervención en 7 pacientes, en la tercera en dos, y en la cuarta en uno.

De los 53 casos controlados la evolución excelente no se pudo obtener basándonos en 6 pacientes con cirrosis con dos muertes y 10 casos con crisis de colangitis (18.8%), de las cuales 7 fueron por estenosis y 3 por litiasis intrahepática.

37 casos tuvieron una evolución excelente/buena (88.6%), con 2 a 3 años de seguimiento.

El 62.5% de los pacientes presentó permeabilidad de la anastomosis hasta el último control por un tiempo promedio de 20.3 meses. Los tres casos restantes, la anastomosis se re-estenosisó a los 24 meses (3ra reintervención), 12 meses (5ta reintervención) y en un paciente la estenosis permaneció hasta el día de su muerte (6 meses).

DISCUSIÓN

Las colangioplastias y anastomosis centrales y periféricas tienen como objetivo la derivación de la totalidad de la bilis intrahepática retenida ocasionada por la obstrucción benigna o maligna de la vía biliar a nivel del tercio proximal del hepático común o de la convergencia de los conductos principales derecho e izquierdo.

La profundidad del campo quirúrgico, la distorsión anatómica por intervenciones previas, la hipertrofia hepática, la cirrosis e hipertensión portal y la mala calidad tisular de las vías biliares constituyen un verdadero reto quirúrgico para el cirujano⁽¹⁾. Otros factores importantes a tomarse en cuenta para el abordaje y el tipo de anastomosis a practicarse serían el conocimiento de la anatomía quirúrgica y sus variantes de las vías biliares^(2,3), el nivel de la estenosis, el grado de dilatación de las vías biliares derechas e izquierdas y el compromiso del tránsito biliar en la convergencia.

La imagenología preoperatoria facilita el mapa biliar para la toma de decisiones quirúrgicas. De carecer de estudios preoperatorios el cirujano está obligado a realizar una colangiografía intraoperatoria⁽⁴⁾.

Para aplicar estas técnicas de derivación biliar, es obligatorio obtener una excelente exposición del campo quirúrgico mediante una incisión amplia y una variedad de abordajes de la vía biliar con

el fin de optimizar una excelente anastomosis colangiyeunol.

La incisión preferida por nosotros es la subcostal derecha ampliada hacia la izquierda. En pacientes obesos que presentan dificultad de la movilización del hígado practicamos la incisión de Ton That Tung⁽⁵⁾. Es la misma subcostal derecha ampliada que se complementa con la sección del arco anterior de la séptima costilla, rechazando la pleura para evitar entrar a la cavidad torácica (Figura 2).

Figura 2



La atrofia segmentaria lobar se acompaña de una hipertrofia compensativa de otros segmentos hepáticos, sobretudo si existe una obstrucción venosa portal. Esta circunstancia lleva a la distorsión y a la dificultad para abordar las vías biliares y la anastomosis⁽⁶⁾. Bismuth aconseja el abordaje toracoabdominal –toracofrenolaparotomía- para tener un acceso directo al hilio después de la movilización y rotación del hígado a la izquierda⁽⁷⁾. Este abordaje lo hemos practicado una vez en un paciente con hipertrofia lobar derecha y atrofia izquierda. En esta cirugía por su complejidad es recomendable la movilización del hígado seccionando sus medios de fijación e identificar y referenciar las estructuras vasculares –arteria hepática, vena porta- antes de proseguir con los siguientes pasos técnicos.

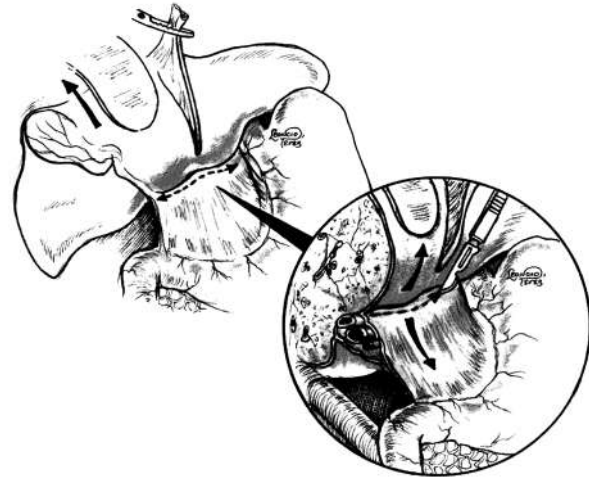
Los estudios anatómicos han demostrado que el descenso de la placa hiliar es básico para abordar el conducto hepático izquierdo, la convergencia y el conducto hepático derecho⁽⁸⁾ (Figura 3).

Por sus ventajas anatómicas, el conducto hepático izquierdo se convierte en el más utilizado para la realización de las colangiyeunostomías centrales^(9,10).

Champeau describió una maniobra con la finalidad de alargar la disección del conducto izquierdo⁽¹¹⁾. La técnica consiste en

Figura 3

Descenso de la placa hiliar



incidir la cisura umbilical siguiendo el ligamento redondo hasta el cuerno derecho del receso de Rex. Se prosigue con la incisión del parénquima hepático entre la placa hiliar y el ligamento redondo siguiendo el eje del conducto biliar. Esta incisión se inicia en la desembocadura del conducto izquierdo hasta llegar a 1 cm del receso de Rex. De no tomarse en cuenta este detalle se puede lesionar el pedículo del segmento IV. La abertura del conducto se lleva hasta visualizar los conductos segmentarios del II y el III⁽¹²⁾. Esta maniobra la hemos llevado a cabo en 80 casos de la serie de 154 colangiyeunostomías centrales –hiliares-.

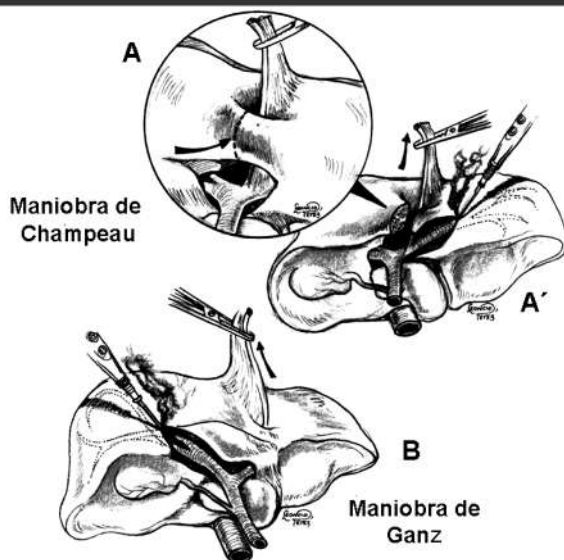
Ganz ideó una maniobra que aumenta la longitud del conducto hepático derecho, seccionando 2-3 cms de parénquima hepático. Es de gran utilidad cuando se desea establecer una amplia anastomosis con el conducto izquierdo, la convergencia y el conducto derecho en presencia de estenosis altas o del bloqueo de la convergencia⁽¹³⁾. la maniobra de Ganz la hemos llevado a cabo en 52 casos de las 155 anastomosis centrales.

En presencia de hipertrofia del lóbulo cuadrado, Champeau y Pineaud abordan la convergencia vía transcisural incidiendo el hígado a través de la cisura principal en sentido ánteroposterior y cráneo-caudal. Esta maniobra facilita conseguir la confluencia la cual se abre longitudinalmente^(14,15) (Figura 4).

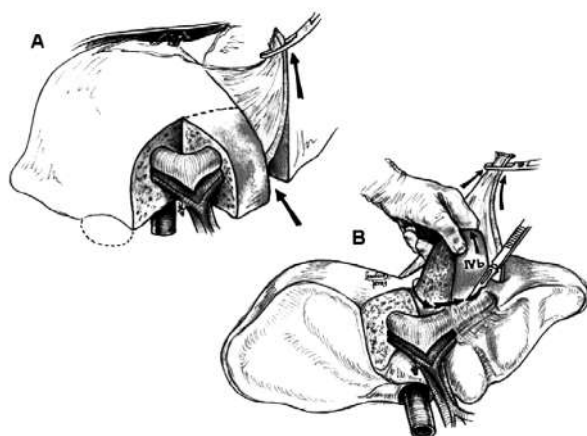
Con el fin de disminuir el riesgo de estenosis y obtener un abordaje más amplio del hilio biliar, Champeau reseca el lóbulo cuadrado – sub-segmento b del segmento IV-. Esta operación combina la cisurotomía mediana y umbilical con la extensión ampliada del conducto izquierdo, la convergencia y el conducto derecho^(16,17) (Figura 5).

Figura 4

Maniobra de Champeau. A: Sección del puente parenquimatoso hepático. A': Exposición extendida del conducto hepático izquierdo. Maniobra de Ganz B: Exposición extendida del conducto hepático derecho

**Figura 5**

Operación de Champeau (resección de subsegmento IV b) A. Trazado de las incisiones B. Resección del subsegmento y exposición de la convergencia

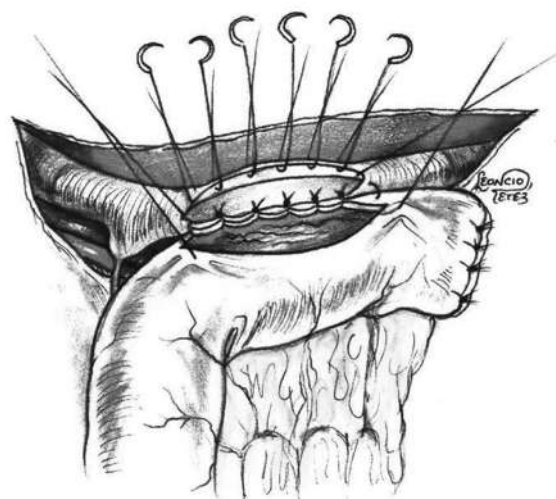


La operación de Hepp-Couinaud^(9,10), se ha convertido en la intervención preferida por los cirujanos para la resolución de las estenosis altas de la vía biliar originada por accidentes intraoperatorios, de las estrecheces de derivaciones biliodigestivas y en los casos paliativos. Esta técnica consiste en la anastomosis

mucosa-mucosa láterolateral entre el conducto hepático izquierdo y el asa desfuncionalizada en Y de Roux. La abertura del conducto se hace en su eje en forma longitudinal, en tejido sano, obteniéndose una boca anastomótica amplia. En este paso es conveniente tener en mente no incidir muy cerca del borde inferior del conducto por el riesgo de lesionar la rama izquierda de la vena porta⁽¹⁸⁾ (Figura 6).

Figura 6

Operación de Hepp-Couinaud (Colangiohepaticoyeyunoanastomosis izquierda látero-lateral)



Debido a la dificultad de exposición y adecuada disección de los conductos biliares en presencia de estenosis altas que pueden agravar la convergencia, Abdo-Machado aplicaron un nuevo método de reparación⁽¹⁹⁾. Se trata de la apertura de la cara anterior del conducto izquierdo, la convergencia y el conducto derecho, consiguiendo una perfecta coaptación de la mucosa biliar y la mucosa yeyunal del asa de Roux.

En nuestra serie la operación de Abdo-Machado la hemos puesto en práctica 39 veces, ocupando el segundo lugar de las colangioyeyunostomías centrales (Figura 7).

Una extensión horizontal de la fibrosis mayor de 2 cms, ocasiona un bloqueo total de la convergencia que impide el drenaje biliar de ambos lóbulos hepáticos. Esta eventualidad exige un drenaje derecho e izquierdo por medio de la anastomosis de conductos separados al asa yeyunal^(20,21) (Figura 8).

Esta técnica también tiene indicación en las resecciones de los colangiocarcinomas de la convergencia -tumor de Klatskin-

Figura 7

Operación de Abdo-Machado. A: Abertura de convergencia y hepáticos. B: Exposición de convergencia, para realización de anastomosis. C: Colangiyeuanoanastomosis látero-lateral

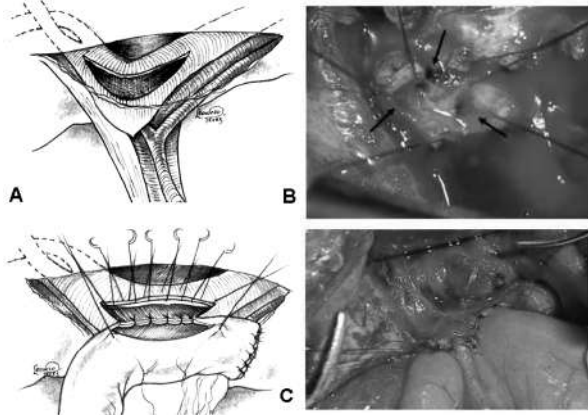
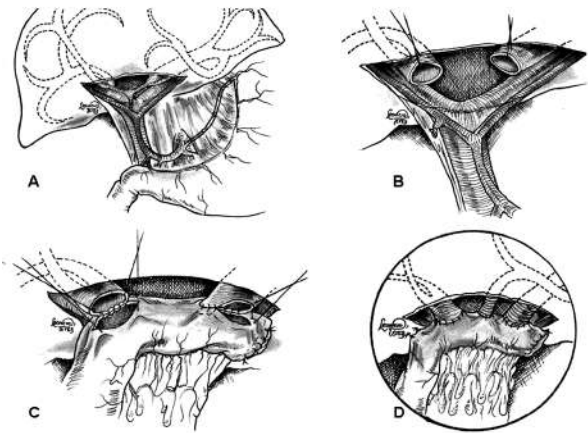


Figura 8

A: Estenosis tipo Bismuth IV b. B: Resección de la convergencia fibrótica. C: Anastomosis a conductos separados. D: triple anastomosis

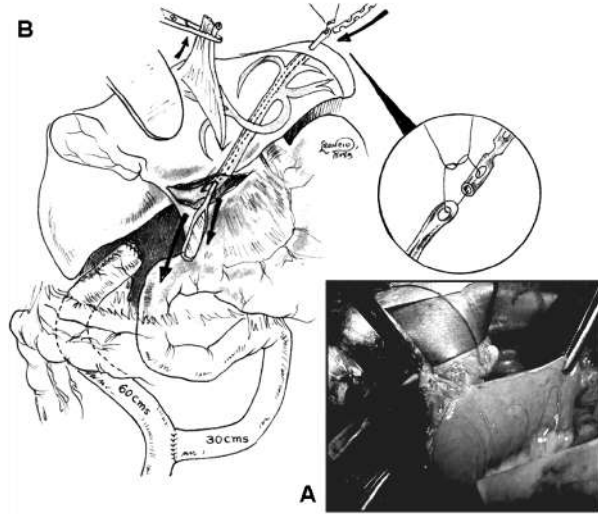


que no requieran hepatectomías mayores⁽²²⁾. Doce anastomosis de conductos separados tuvieron que realizarse en nuestra serie, tanto por lesiones benignas como por malignas.

Nuestros comentarios sobre la operación de Rodney Smith son basados en la literatura internacional debido a la poca experiencia personal que tenemos con esta técnica (Figura 9.).

Figura 9.1

Operación de Rodney Smith. A. Confección del cono mucoso B. Instrumentación trasparietohepática



Su indicación principal es la presencia de estenosis cicatrizales post-quirúrgicas a nivel del hilio⁽²³⁾. En vista de la gran dificultad para obtener mucosa biliar para confeccionar una anastomosis óptima, se injerta un cilindro de mucosa yeyunal dentro del sistema ductal para contactarse con el epitelio de los ductos biliares. Esta anastomosis sin sutura es facilitada por un dren tutor trasparietohepático izquierdo que permite el ascenso del cono mucoso⁽²⁴⁾ (Figura 9.2). Nuestra experiencia es limitada a dos casos.

Ciertos autores^(25,26) dudan de las ventajas que ofrece la operación de Rodney Smith. Los razonamientos se basan en algunos factores que pudieran dificultar el buen drenaje biliar. La falta de disección del muñón biliar o de la convergencia y el ascenso a ciegas del cono mucoso impiden una buena cobertura mucosa del área de fibrosis, no llevando a término una anastomosis mucosa-mucosa. Detalles técnicos como la obstrucción de los conductos de primer y segundo orden por parte del cono, y la posibilidad que los orificios del dren tutor no queden frente a la desembocadura de los canales principales, completan las críticas a esta operación (Figura 9.3).

Las resecciones hepáticas se indican en los pacientes portadores de patologías benignas o malignas. Entre las primeras las litiasis intrahepáticas primarias es la principal indicación (Figura 10).

a. La anastomosis intrahepática derecha es procedente frente a la atrofia del pedículo izquierdo. Las resecciones de los segmentos V o VI y sus conductos biliares respectivos sirven para las derivaciones biliodigestivas⁽²⁹⁾. Carecemos de experiencia.

b. La anastomosis intrahepática bilateral es la más paliativa

Figura 9.2

Operación de Rodneysmith. Ascenso del cono mucoso hacia la vía biliar



Figura 9.3

Operación de Rodneysmith. D: telescopaje del cono mucoso E.: técnica errónea. Excedente de cono mucoso con obstrucción del flujo biliar

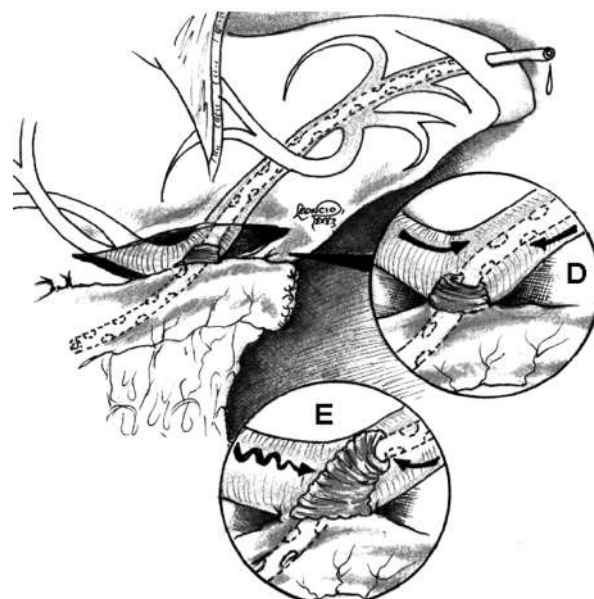
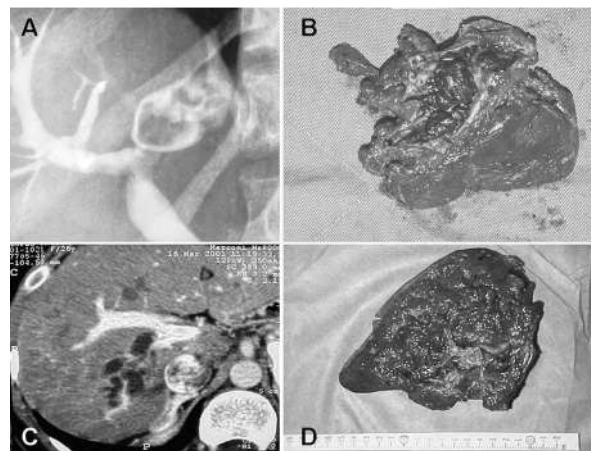


Figura 10

A: Litiasis intrahepáticas primarias.
B: Pieza: bisegmentectomía izquierda.
C: Tomografía: litiasis intrahepática del lóbulo derecho. D: Pieza: lobectomía hepática derecha



de estos procedimientos, drenando el 30 a 40 por ciento del parénquima hepático. La presencia de áreas no drenadas originan complicaciones graves como las colangitis repetitivas⁽³¹⁾. Carecemos de experiencia.

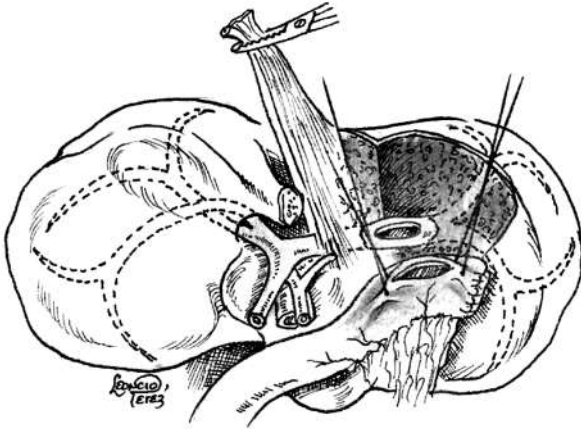
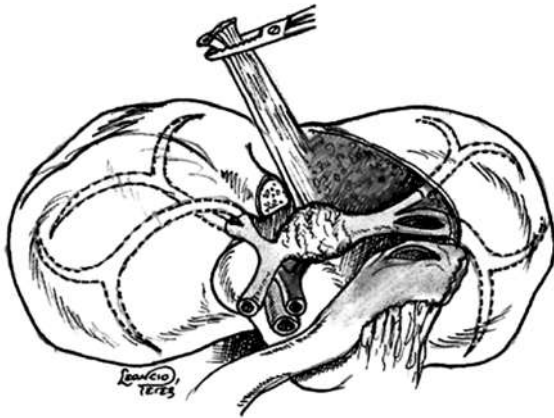
Otras dos operaciones que tuvieron en boga hace muchos años son la de Longmire modificado y la de Dogliotti^(34,35). Estas intervenciones consisten en reseca parcialmente los segmentos II y III y drenar un conducto al yeyuno (Longmire) o a la curvatura gástrica menor (Dogliotti).

Los inconvenientes de ambas técnicas son la hemorragia, la dificultad de conseguir un conducto biliar dilatado y el reflujo gástrico que ocasiona infección biliar.

Carecemos de experiencia con el procedimiento de Dogliotti.

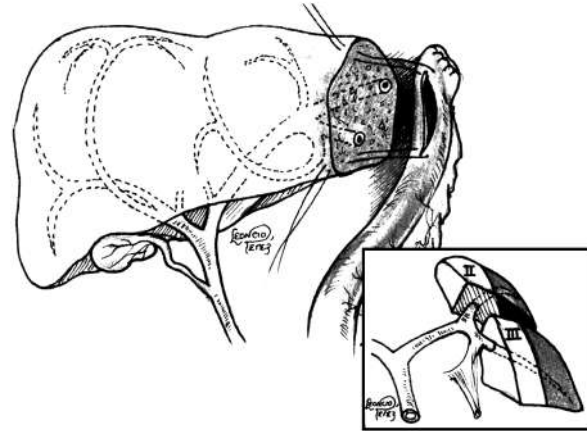
Los otros tipos de anastomosis periféricas son la operación de Hepp-Couinaud modificada y la operación de Soupault-Couinaud. (Figura 11 y 12).

Tomando en cuenta la alta morbimortalidad que acompañan a estas operaciones, los tratamientos de intubación transtumoral con prótesis por medio de instrumentaciones endoscópicas o de radiología intervencionista han obtenido mejores resultados paliativos con un bajo porcentaje de complicaciones^(36,37).

Figura 11**Operación de Hepp-Couinaud modificada****Figura 12****Operación de Soupault-Couinaud
(Colangiyeunostomía con el conducto del
segmento III, por la vía de la cisura umbilical)**

El uso de drenajes transanastomóticos en las reintervenciones biliares por lesiones intraoperatorias es controversial. Según los trabajos de la Clínica Lahey en Boston⁽³⁹⁾, este dren estaría destinado a prevenir las re-estenosis en ausencia de mucosa biliar, siendo recomendado de rutina por largo tiempo. Este concepto ha sido sustentado por Cameron⁽³⁹⁾ y Pitt⁽⁴⁰⁾ en base a excelentes resultados. Las ventajas ofrecidas por el dren tutor son la reducción de la tensión anastomótica, el control colangiográfico postoperatorio y la reducción de la cicatrización por segunda intención. Se aconseja que la permanencia de los drenes sea entre 6 a 8 meses.

Hepp⁽⁴¹⁾, es más selectivo en su utilización. No lo deja si la anastomosis se realiza en tejido sano, sin embargo lo recomienda

Figura 13**Operación Longmire modificada**

cuando la oposición mucosa-mucosa o la permeabilidad anastomótica no son satisfactorias. El retiro se hace a los 15 días.

Nuestro criterio también es selectivo, dejándolo solamente en presencia de vías biliares no dilatadas, ausencia de mucosa biliar, paredes biliares engrosadas por colangitis, estrechez del conducto hepático derecho y en enfermos con múltiples reintervenciones (FRM).

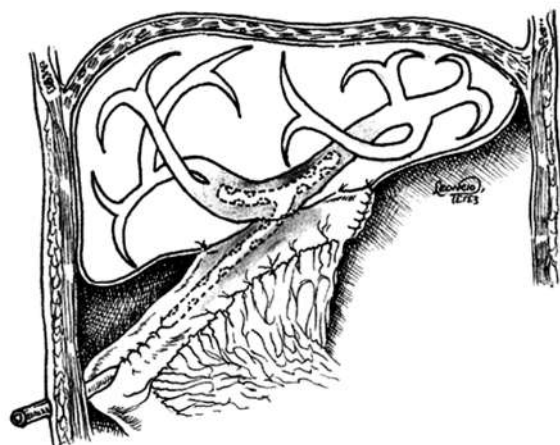
Los dos drenes tutores más empleados son el de Voëlker (Figura 14) y el de Praderi (Figura 15). El primero tiene el inconveniente que se desplaza fácilmente hacia el yeyuno dejando de ejercer sus funciones. El dren de Praderi^(42,43) es el más utilizado por nosotros. Tiene una doble salida de drenaje, una superior transparietohepática y una inferior yeyunal, no se desplaza, permite el lavado y la permeabilidad de la vía biliar, la colangiografía control y el recambio de otros tutores de diferente calibre. La permanencia en nuestra experiencia ha sido de 4 a 6 semanas.

Como puede verse no hay un consenso uniforme ni sobre la indicación ni del tiempo de permanencia, quedando al juicio del cirujano estas decisiones.

En los casos de estenosis malignas los estudios han demostrado que los tutores trans-anastomóticos de estadía permanente como método paliativo no ofrece una buena calidad de vida por la serie de molestias que ocasionan como son las infecciones, irritación y el dolor parietal por el desplazamiento del tubo y el cuidado continuo del mismo⁽⁴²⁾. Por tales motivos hemos abandonado hace tiempo el uso rutinario de estos drenajes, dando paso a las nuevas técnicas de prótesis mediante procedimientos menos invasivos^(36,37).

Figura 14

**A: Drenaje trasparietoanastomótico tipo Voelcker.
B: colangiografía trasdrenaje control**

**A****B**

De los 32 drenajes trans-anastomóticos, 6 se emplearon en casos malignos (4 Praderi, 1 Voelker, 1 Terblanche).

Comentaremos brevemente ciertos detalles técnicos que también son del criterio de cada cirujano.

El vector intestinal más empleado para la anastomosis biliodigestivas es el asa yeyunal desfuncionalizada en Y de Roux, el cual se lle-

va por vía transmesocólica hacia la vía biliar. Sin embargo hay casos reportados de hepatoduodenostomías con buena evolución⁽⁴³⁾.

El yeyuno ofrece fácil movilización, una mucosa virgen para la anastomosis biliar y evita el reflujo al ser desfuncionalizada. En caso de fístula de la anastomosis biliodigestiva, el asa desfuncionalizada permite la nutrición enteral por sonda.

En cambio, el duodeno es más difícil de movilizar, ofrece un tejido inflamatorio fibroso debido a las operaciones anteriores y de complicarse con una fístula, ésta es de difícil manejo por tratarse de una fístula doble (duodeno-biliar).

El material de sutura que preferimos es el polipropileno 4-0 o 5-0. En presencia de vías biliares dilatadas (1.5 - 2 cm) con buena calidad tisular, realizamos la anastomosis en un plano extramucoso en yeyuno y total en la biliar de manera continua. Fuera de estas dos condiciones, la hacemos a puntos separados (FRM).

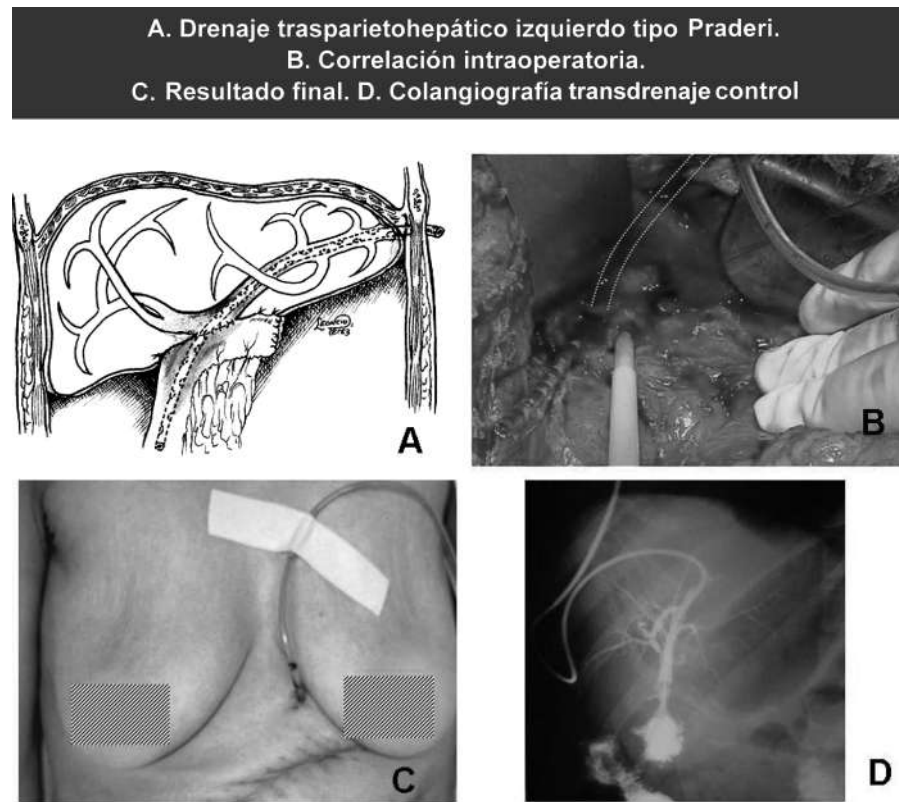
A pesar de la frecuencia de lesiones intraoperatorias de las vías biliares, la literatura no aporta muchos reportes sobre las causas que los originó^(44,45). En Venezuela se tiene un estudio muy importante sobre los accidentes intraoperatorios escrito por el Dr. Ladimiro Espinoza⁽⁴⁶⁾ donde se encuentra el mecanismo de las heridas de vías biliares. Su revisión de 2.948 colecistectomías realizadas en el Hospital Universitario de Caracas reportó 34 accidentes 11% siendo la sección total o parcial del hepático común de 19.3%, 44.3% del colédoco y 8.2% del hepático derecho.

La revisión de Strasberg⁽⁴⁷⁾ aporta una incidencia de iatrogenia en la colecistectomía abierta de 0.125% y de 0.55% para la laparoscopia. Actualmente esta incidencia tiende a ser similar por la experiencia que se ha adquirido en la colecistectomía por videolaparoscopia.

Las lesiones biliares deben clasificarse para obtener una información sobre la naturaleza de las mismas, el nivel de la estenosis, el tipo de operación a practicar y el pronóstico después de su reparación.

De las dos clasificaciones existentes, Bismuth-Corlette⁽⁴⁸⁾ y Strasberg, preferimos la primera por su sencilla aplicación y por habernos familiarizado con ella. Carecemos de experiencia con la segunda.

La clasificación de Bismuth-Corlette se basa en la longitud del muñón de la vía biliar estenosado evidenciado por la colangiografía pre y/o intraoperatoria. Hemos podido comprobar en varios casos durante el acto quirúrgico que un tipo I -muñón >2cm- era en realidad un tipo II o III (muñón < 2cm) debido a la fibrosis que presentaba el muñón del hepático común, obligándonos a cambiar de estrategia quirúrgica (FRM).

Figura 15

Basándonos en la clasificación de Bismuth, en nuestra experiencia, 91% eran tipo II y III, 7.3% tipo IVb y 1.4% tipo V.

En la prevención de las lesiones biliares, tanto en colecistectomía abierta o laparoscópica, deben tomarse una serie de medidas como son:

- La correcta interpretación de la anatomía biliar durante la disección del triángulo de Calot.
- Evitar el sangrado a nivel hiliar y saberlo controlar. Las lesiones arteriales se asocian a estrecheces biliares altas (II-IV). La mayoría de estas interrupciones arteriales se localizan sobre la rama derecha de la arteria hepática con una frecuencia de 39-50%^{49,50,51}. En nuestra serie un caso fue reportado con lesión arterial presentando el paciente una estenosis tipo III. Las series antes revisadas también aportan una alta incidencia de estenosis tipo III o IV.
- Las estrecheces cicatriciales por lesiones ocasionadas por diatermia son sumamente difíciles de tratar, obligando al cirujano a usar las fuentes térmicas (monopolar, láser, etc) con mucha cautela en la disección, corte o hemostasia evitando todo tipo de contacto con las grapas metálicas⁵².
- Aplicar correctamente las ligaduras o grapas a nivel de la arteria o el conducto cístico.
- Interpretar el mapa biliar suministrado por la colangiografía pre o preoperatoria.

El colangiograma permite al cirujano detectar la lesión, realizando una inmediata reparación, reduciendo la morbilidad postoperatoria^{54,55,56}.

f. Jamás considerar que una colecistectomía abierta o laparoscópica es fácil. Siempre se tendrá presente el aforismo de Maingot: "Vesículas fáciles y cirujanos demasiado confiados, constituye la combinación más siniestra"⁵³.

Se recomienda erradicar las áreas sépticas y minimizar el proceso inflamatorio local antes de emprender cualquier procedimiento quirúrgico de reparación⁵⁸. Bergman en su trabajo comprobó que el 80% de los pacientes sometidos a reconstrucciones biliares tempranas se reestenaban por el proceso inflamatorio concomitante⁵⁹. Tampoco es recomendable operar en presencia de una fístula biliar externa. La precocidad de la reparación no es aconsejable debido a la pediculitis severa y a la ausencia de vías biliares dilatadas que dificultan la cirugía^{60,61}.

El procedimiento quirúrgico en las reparaciones biliares depende fundamentalmente del nivel de la estenosis, de la dilatación de las vías biliares, de una convergencia libre o bloqueada y de la presencia de la hipertrofia/atrofia lobar y de cirrosis hepática.

La dificultad quirúrgica se incrementa a medida que la estenosis pasa del tipo I al tipo IV en la clasificación de Bismuth. Se debe tener siempre presente de conseguir mucosa biliar sana con el fin de llevar a término una anastomosis mucosa-mucosa. De no seguir este principio, la reestenosis será la regla. Independientemente de lo expuesto anteriormente, la experiencia del equipo quirúrgico y del centro hospitalario juegan un papel importantísimo en el pronóstico de estos casos complejos^{44,45,50,58}.

En las estenosis altas tipo II, II, IV, con el fin de conseguir un mejor abordaje de la confluencia biliar, las operaciones de Hepp-Couinaud, de Abdo-Machado y el empleo más liberal de la resección del subsegmento IVb del hígado, han sido muy recomendadas por diferentes autores. En una serie de 122 pacientes, Mercado y Orozco⁶³ resecaron este segmento en 24 pacientes, Strasberg⁶⁴ lo hizo en 13 casos de 30 lesiones complejas y Galparine⁶⁵ resecta el segmento IV y V en 201 casos. En nuestra

serie de 155 casos se llevó a cabo en veinticinco (25) pacientes la resección del segmento IV b.

En presencia de estrecheces tipo IVb, los cirujanos de la Clínica Lahey pusieron en práctica la anastomosis bilioyeyunal a conductos separados con la finalidad de drenar los sistemas biliares derechos e izquierdos^(63,66-68).

Podemos concluir en el presente trabajo que las colangiopyunostomías centrales (hiliares) tienen su indicación principal en la resolución del drenaje biliar de los pacientes portadores de una variedad de estenosis de origen benigno y maligno, localizadas a nivel del tercio proximal del conducto hepático común y de la convergencia biliar. Las colangiopyunostomías periféricas tienen su principal indicación en la paliación de las estenosis malignas. El conducto biliar izquierdo es el preferido para estas anastomosis por presentar unas características anatómicas especiales. Las operaciones de Hepp-Couinaud, Abdo-Machado y Champeau son las más aconsejables para resolver estas obstrucciones.

Siempre tener presente la anastomosis perfecta mucosamucosa entre la vía biliar y el yeyuno para evitar las estenosis. El vector intestinal más recomendado es el asa desfuncionalizada de una Y de Roux. Los drenajes transanastomóticos aunque controversiales en su aplicación, tienen indicaciones muy precisas.

Los accidentes operatorios de la vía biliar con sus estrecheces postoperatorias y las obstrucciones malignas por tumores de Klatskin son las principales indicaciones de estas derivaciones. Las resecciones hepáticas tienen su aplicación fundamentalmente en conseguir excelentes abordajes a las vías biliares altas. También están indicadas en los casos de resección de los tumores de la convergencia, mejorando el pronóstico de la sobrevida. La sepsis biliar es la primera causa de morbi-mortalidad. La cirrosis, los brotes de colangitis, la litiasis intrahepática secundaria, la ausencia de dilatación de las vías biliares, la mala calidad tisular de las mismas, influyen negativamente en la morbimortalidad, en la reestenosis y en los resultados tardíos. La morbimortalidad es mayor en los casos malignos que en los benignos.

En vista de la complejidad de estas operaciones, los cirujanos deben tener en conocimiento de la anatomía biliar, interpretar los estudios de imagenología preoperatoria y saber las indicaciones precisas en la aplicación de las mismas. Llama la atención en nuestra serie el número de casos referidos por reintervenciones biliares debido a lesiones intraoperatorias. Es importante recordar que un accidente intraoperatorio de la vía biliar durante una colecistectomía abierta o por laparoscopia es un hecho grave con implicaciones médico-legales. Debe prevenirse la lesión mediante disección y reconocimiento de los elementos anatómicos del triángulo de Calot.

Reconocer la lesión de la vía biliar principal, una de sus ramas o una anomalía de la misma. Es aconsejable volver a la práctica de la colangiografía intraoperatoria para asegurar la integridad de la vía biliar. De haberla diagnosticado debe repararse de inmediato. Si la lesión pasa desapercibida, cuando la clínica se haga evidente por la ictericia o por una fístula externa, saber esperar el momento óptimo para su reparación.

De carecer de experiencia en la resolución de estos serios problemas es recomendable el traslado a otros centros hospitalarios con personal multidisciplinario entrenado en este tipo de patologías. Esto es válido para los casos de iatrogenia como para todos los tipos de cirugía hepatobiliar compleja benigna o maligna. Los trabajos revisados en la literatura internacional apoyan estas recomendaciones y sugerencias. Es deseable para el equipo quirúrgico que recibe de estos pacientes que el cirujano remitente haga un informe detallado del caso clínico relativo a los hallazgos, mecanismos de lesión y tipo de reparación.

Recuerde que el cirujano siempre está expuesto a las múltiples trampas que le pone la cirugía biliar. Tome sus precauciones.

REFERENCIAS

- 1- Bourgeon R, Guntz M. Chirurgie des Vés biliaires intrahépatiques. Traité de Technique Chirurgicale. Foie voies Biliaires Intrahépatiques. Paris 1968 Masson Editeurs p253-254.
- 2- Montbrun f, Hernández C, Sanabria J. Variaciones en la disposición de los conductos biliares y de la arteria cística y su aplicación a la técnica de la colecistectomía . Bol Soc Venez Cir 1974; 28 (1-2) : 199-224.
- 3- Carbonell E. Iatrogenia en vías biliares. Bol Soc Venez Cir 1974; 28 (1-2): 199-224.
- 4- Hepp J, Pernod R, Heantefenible P. Interet de la Colangiographie peroperative dans la Chirurgie biliaire reparatrice. Arch Med app Dig. 1964 ; 53 (7-8): 888-894.
- 5- Ton That Tung. Les Resections Majaires et Mineures du Foie. Masson Editeurs. 1979 p 46.
- 6- Blumgart L H. Estricturas biliares benignas 1º edición. Cirugía del hígado y de las vías biliares. Buenos Aires Editorial Médica Pan Americana 1990. p 883.
- 7- Bismuth H, La zorthes F. Coment tracer une sténose post-operoatoire? Les traumatismes operatorios de la voie biliaire principale. Monographies de L'Association de Francaise Chirurgie. Paris. Masson 1981. p 84-85.
- 8- Patel J, Patel J C, Legar L. Chirurgie des lesions traumatiques des voies biliares extrahépatiques. 1º edition Nouvean Traité de technique Chirurgicale. Paris. Masson et cie. Editeurs. 1969. p 198-199.
- 9- Hepp J Couinaud C. L'abord et la utilización du canal hépatique gauche dans les reparations de la voie biliaire principale. Presse Med 1956; 64: 947-948.
- 10- Hepp J. Perded R, Hantefenille P. Les anastomoses utilisant le canal hépatique gauche en Chirurgie biliaire reparative. Men Acad Chir

- 1962, 88 nº 8-9; 775-779.
- 11- Champeau M, Pineau P. Voie d'abord élargie transhépatique a gauche. Possibilité de deconvertre totale du canal. *Men Acad Chir* 1964; 90 nº 21-223: 602-613.
 - 12- Rodríguez-Montalvo F. Anastomosis ampliada del conducto hepático izquierdo por la vía transhépatica Experiencia personal. *Rev Venez Cir* 1984; Vol 37 nº 1; 73-80.
 - 13- Bourgeon R, Guntz M. Anatomie chirurgicale et voies d'abord du joie 1º edition. *Traité de technique chirurgicale. Fore voies biliaires intrahepatiques*. Paris. 1968. Mason Editeurs p 66-67.
 - 14- Champeau M, Pineau P. A propos de l'abord de confluent biliaire; voie transhépatique. *Mem Acad Chir* 1955; 81 nº 22-24; 635-644.
 - 15- Champeau M, Pineau P, Léger P. Anastomosis biliodigestivas intrahepáticas 1º edición. *Atlas de Técnica Operatoria. Cirugía del hígado y de las vías biliares*. Buenos Aires. Editorial Bernades, S.A. 1969 p 392-397.
 - 16- Champeau M, Vialas M. La mobilisation du segment IV. Voie d'abord idéal du confluent biliaire. *Ann Chir* 1966; 20: 966-970.
 - 17- Champeau M. La Segmentectomie IV L'exposition chirurgicale des voies biliaires intrahépatiques. *Men Acad Chir* 1967; 93 nº 4-5; 164-174.
 - 18- Sopault R. Anastomoses Directes. 1º Edition. *Les anastomose bilio digestives et pancreato- digestives*. Paris Masson et cie. 1961. p 87.
 - 19- Abdo E E, Machado M C C y Col. Biliary strictures: A new method of repair *ABCD Arch Bras Cir Dig*, Sao Paulo 1986; 1 (3): 90-94.
 - 20- Warren K W, Jefferson M F. Prevención y reparación de estenosis de los conductos biliares extrahepáticos *Clin Quir Nor Am* 1973, Octubre: 1169-1190
 - 21- Bismuth H, Lazarthos F. Commentraiter une estenose operatorie? *Les traumatismos operatorios de la voie biliaire principale*. Monographies de L'Asociation Francaise de Chirurgie. Paris. Masson. 1981. p 72-78.
 - 22- Pradeep V, Taoka H, Naganuma T, Kawarada Y. Carcinoma of hepatic hilar and pancreas 1st Edition. First Department of Surgery MIE University Scool of Medicine 1996. 2-31
 - 23- Smith R. Hepaticoyeyunostomy with transhepatic intubation. A technique for very high strictures of the hepatic ducts.
 - 24- Knight M, Lord Smith of Marlow. *Surgery of benign strictures of the extrahepatic bile ducts*. 1st Edition. Liver Surgery. Padna Piccin Medical Books W.B Saunders Company. 1982. p 91-121.
 - 25- Blumgart LH. Biliary tract obstruction. New approachs to old problems. *Am J Surg* 1978 ; 135: 19-31
 - 26- Hepp J. Discussion dans Smith R. Le traitement chirurgicale des voies biliaires. *Chirurgie* 1980; 106:321
 - 27- Hepp J. Place des hepatectomies dans les anastomoses bilio-digestives intrahepatiques. *Rev Int Hepat* 1960; 1005-1017.
 - 28- Trede M, Raute M. Surgical therapy of primary liver tumors. 1st Edition. *Therapeutic strategies in primary and metastatic liver cancer*. Berlin Heidelberg. Springer-Verlag. 1968. p 197-211.
 - 29- Niveiro M H, Moirano J J. Segmentectomías y derivaciones biliodigestivas intrahepáticas. 1º edición. *Hepatectomías regladas altas*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana S.A 1978. p 139-158.
 - 30- Bismuth H, Corlette M. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in the hilius of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 140: 170-178.
 - 31- Manzanares M y Col. Tratamiento del colangiocarcinoma hilar. *Cir. Esp.* 2001; 69 (2): 159-168.
 - 32- Sopault R. Anastomoses directes 1º Edition. *Les Anastomoses bilio-digestives et pancreato-digestives*. Paris. Masson et cie. 1961 p 94-96.
 - 33- Rodríguez-Montalvo F, Ramírez E, Klein G Experiencia en el tratamiento del carcinoma de las vías biliares. *Rev Venez Cir* 1985; 38 (1): 50-56.
 - 34- Longmire W P, Sanford M C. Intrahepatic cholangioyeyunostomy with partial hepatectomy for biliary obstruction. *Surg* 1948; 24: 264-276.
 - 35- Dogliotti A M. Traitement chirurgicale des retrecissements cicatriciels des voies biliaires. *Lyon Ch* 1957; nº4: 563-572.
 - 36- D'Alincourt A et all. Malignant obstructive jaundice: the role of percutaneous metallie stent. *Gastroenterol Clinic Biol*. 2000; 24 (8-9) 700-5.
 - 37- Lopera J E, Soto J A , Munera I. Malignant hilar and parahilar biliary obstruction: use of MR cholangiography to define the of biliary ductal involvement and plan percutaneous interventions. *Radiology* 2001; 220 (1): 90-6.
 - 38- Lahey F H, Pirtek L J. Resultados del tratamiento quirúrgico en 280 casos de estenosis de las vías biliares. 1º edición. *Práctica Quirúrgica de la Clínica Lahey de Boston*. Buenos Aires José Bernardes Ediciones Científicas. 1954. p 547-593.
 - 39- Carmen J. Longterm transhepatic intubation for biliar hepatic duct stricture. *Ann Surg* 1976; 183: 488-495.
 - 40- Pitt H, Teshimitsu M, Papatís S, Tompkins R, Longmire W. Factors influencing outcome in patients with post-operative biliary strictures. *Am J Surg* 1982; 144 (2): 14-21.
 - 41- Hepp J. Hepaticoyeyunostomy using the left biliary trunk for iatrogenic biliary lesions the french connection. *World J Surg* 1985. 9: 507-511.
 - 42- Devereaux D, Greco R. Biliary enteric by pass for malignant obstruction. *Cancer* 1986; 15 (8); 981-984.
 - 43- Vázquez J. Accidentes operatorios y estenosis benignas post-operatorias de vías biliares. Trabajo de ascenso a Profesor Titular Facultad de Medicina U.C.V diciembre 1964.
 - 44- Hallallog GEL, Cuschieri A. Nature, actiology and outcome of bile duct injuries alter laparoscopic cholecystectomy. *HPB* 2000; 2: 3-11.
 - 45- Sichlich J K, Camp MS, Lillemoe K D et all. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients. *Ann Surg* 2005;241 (5): 786-793.
 - 46- Espinoza-León L. Accidentes operatorios en cirugía de vías biliares y sus soluciones inmediatas. Trabajo de ascenso para profesor egresado Facultad de Medicina U.C.V Publicación de la Cátedra de Clínica y Terapéutica B. Caracas 1968 p 106-145.
 - 47- Strasberg S M, Hertl M, Soler N J. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecistectomy. *J Am Coll Surg* 1995 ; 180:101-125.
 - 48- Bismuth H. Post-operative strictures of the bile duct. First edition *The Biliary Tract*. London Churchill Livingstone. 1982 p-209-218.
 - 49- Bismuth H, Lazorthes F. Comment traiter une sténose post-operatorie? *Los traumatismos operatorios de la voie biliaire principale*. Paris Masson. 1981 p 82-83
 - 50- Bachelier P, Nakano H, Weber J C, Lemarque P, et all. Surgical repair after bile duct and vascular injuries during laparoscopie cholecistectomy: when and how? *World J Surg* 2001; 25 (10): 1335-1345.

- 51- Soonawalla Z F et al. Concomitant vascular and bile injuries during laparoscopic cholecistectomy; magnament and outcome. HPB 2003; 5:42.
- 52- Sofer N J. Bile duct injuries during cholecistectomy and benign biliar strictures. Post graduate course: Diseases of the liver, biliary tract and pancreas. Clinical Congress American College of Surgeons. Atlanta 2001. p 100- 102.
- 53- Espinoza-León L. Accidentes operatorios en cirugía de vías biliares y sus soluciones inmediatas. Imprenta Universitaria U.C.V 1981 p 62.
- 54- Castro-Pérez R y Col. Resultados de 1000 colangiografías transoperatorias laparoscópicas realizadas en forma sistemática. Rev Cuban Cir 2001 40 (1): 12-7.
- 55- Kullman E, Borch K, Lindstrom E, et al. Value of routine intraoperative cholangiography in detecting aberrant bile duct injuries during laparoscopic cholecistectomy. Br J Surg 1996; 83: 171-175.
- 56- Williamson RCN. The injured bile duct: converting the unconverters. HPB 2000; Vol 2 (3): 283-285.
- 57- Yeh TS, Jan YY, Tseng JH et al. Value of magnetic resonance cholangiopancreatography in demonstrating mayor bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1999; 86:181-184.
- 58- Hart RS, Passi RB, Wall WJ. Longterm outcome after repair of major bile duct injury created during laparoscopic cholecistectomy. HPB 2000 3: 325-332.
- 59- Bergman JJ GHM, Van den Brink GR Rauws EA et al. Treatment of bile duct lesions alter laparoscopic cholecistectomy. Gut 1996; 38: 141-147.
- 60- Bishmuth H, Lazorthes F. Comment traiter une stenose post-operative? Les traumatismes operatorios de la voie biliaire principale. Paris. Masson 1981. p 50-51.
- 61- Kaman L, Behera A, Singh R, Katariya RN. Magnament of mayor bile duct injuries after laparoscopic cholecistectomy. Surg Endosc. 2004; 18 (8): 1196-1199.
- 62- Valderrama, Landaeta JL. Estenosis benignas. Tratamiento quirúrgico. Cir Gen 2005; 27 (1): 47-51.
- 63- Mercado MA, Orozco H y col. Survival and quality of life alter bile duct reconstruction for iatrogenic injury. HPB 2000; 2 (3) 321-324.
- 64- Srasberg SM et al. Repair without re-stricture. An alternative goal in the 1990. Hepatogastroenterology Supl II. 1998; Vol 5:912.
- 65- Galparine E, Chevorin A, Dyuzheva T, Garmaev B. How to obtain good results in the tratament of benign high duct strictures? HBP 2003; 5:114.
- 66- Cattell RB, Brash JW: Repair of benign strictures of the bile involving both of single hepatic ducts. Surg Gynecol Obstet 1960; 110:55-60.
- 67- Warren KW, Jefferson MF. Estenosis de conductos biliares extrahepáticos. Clin Quir Nor Am. 1973 (oct) 1184-1185.
- 68- Gubaira J, Mujica J, Briceño W, Rojas A. Alternativas quirúrgicas en estenosis biliares altas. Rev Ven Cir 1984; 37 (1): 49-55.

PRÓXIMOS EVENTOS

INFORMACIÓN DEL XXIX CONGRESO VENEZOLANO Y III INTERNACIONAL DE CIRUGÍA "MITOS Y REALIDADES DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS" A CELEBRARSE EN EL HOTEL TAMANACO INTERCONTINENTAL, DEL 11 AL 15 DE MARZO DE 2008, EN CARACAS- VENEZUELA.

CURSOS DEL CONGRESO (DÍA MARTES 11 DE MARZO DE 2008)

- . Anatomía quirúrgica aplicada a la Cirugía mínimamente invasiva y convencional.
Coordinador Dr. Joel Gómez M.
- . Cuidados avanzados de las lesiones dérmicas complejas.
Coordinadora Lic. Kenlis Santana
- . Cuidados de las ostomías, cervicales y abdominales.
Coordinadora Dra. Josefa Briceño
- . Manejo integral del politraumatizado.
Coordinador Dr. Pablo Ottolino

- . Cirugía endoscópica y mínimamente invasiva en patología urológica, retroperitoneal y pared abdominal.
Coordinadores: Dr. René Sotelo y Dr. Alejandro García Seguí

- . Enfermedades por reflujo gastro-esofágico. Tratamiento. Procedimientos endoluminales.
Coordinador: Dr. Raúl Ferro.

- . Cirugía bariátrica.
Coordinador Dr. Pablo Briceño Pimentel.

CONFERENCIAS MAGISTRALES

- . Sida y Cirugía.
- . ¿Qué hay de nuevo en la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda?
- . ¿Se justifica la cirugía convencional en la era de la cirugía mínimamente invasiva?
- . Aporte de los cirujanos latinoamericanos al progreso de la cirugía.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA GANGRENA DE FOURNIER. SERVICIO DE CIRUGÍA UNO

CHIRINOS, ANDRÉS*
ITRIAGO, DIEGO*
LEÁÑEZ, LUÍS**
NIEVES, ANNE**
RAMÍREZ, JOSÉ**

RESUMEN

Objetivo: Presentar la experiencia de nuestro servicio en el manejo de la gangrena de Fournier entre los años 1996 a 2006.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se estudiaron a todos los pacientes ingresados por gangrena de Fournier en el Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas, entre enero de 1996 y diciembre de 2006.

Resultados: Se estudiaron un total de 10 pacientes que habían presentado gangrena de Fournier, todos pertenecían al género masculino. El grupo etario más afectado fue el grupo entre 51 y 60 años con un 40% (cuatro casos). En cuanto al foco primario se observó con más frecuencia el de origen anorrectal con un 50 % (cinco casos). El número de limpiezas realizadas fue entre uno y cinco, con promedio de 2,7 limpiezas quirúrgicas por paciente. Se realizaron colostomías derivativas al 80% de los pacientes, cistostomías al 30%, se manejó la vía urinaria al 70% con sonda de Foley, se realizaron injertos al 70% de los enfermos. No hubo decesos en esta serie de pacientes.

Conclusiones: la gangrena de Fournier debe ser diagnosticada en forma rápida, manejada en forma agresiva y con medidas de soporte que permitan un adecuado control metabólico e infeccioso.

Palabras clave: Enfermedad de Fournier, gangrena perineal, fascitis necrotizante

ABSTRACT

EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF FOURNIER'S DISEASE

Objective: To present the experience of our service in the management of the Fournier's disease between the years 1996 to 2006.

Patients and methods: Retrospective and descriptive study. Were studied all the patients entered by Fournier's disease in the Service of Surgery One at "Hospital Vargas de Caracas" between January of 1996 and December of 2006.

Results: A total of 10 patients studied who had presented Fournier's disease, all masculine. The most affected age group was the group between 51 and 60 years with a 40% (four cases). The primary focus was anorectal with a 50%, observed with more frequency (five cases). The number of cleaning in the O.R. was between one and five, with average of 2.7 surgical cleaning by patient. Colostomies were made to 80% of the patients, cistostomies to 30%, handling the urinary tract to 70% with Foley catheter, was made grafts to 70% of the patients. There were no deceses in this series of patients.

Conclusions: The gangrene of Fournier must be diagnosed in fast form, handled in aggressive form and with support measures that allow a suitable metabolic and infectious control.

Key words: Perineal gangrene, Fournier's disease, necrotizing fascitis.

* Adjunto del Servicio
** Residentes del Servicio
Servicio de Cirugía Uno, Hospital Vargas de Caracas.

La gangrena perineal (enfermedad de Fournier o gangrena de Fournier) se define como una fulminante y progresiva infección de la región perineal, perianal y/o genital⁽¹⁾. Fue descrita por primera vez en 1764 por Baurienne⁽²⁾, más de cien años antes a la clásica descripción de Jean Alfred Fournier en 1883⁽³⁾. Es una infección genital grave cuyo pronóstico vital depende en gran medida de un diagnóstico precoz que, como en muchas otras situaciones, va a recaer sobre el médico de urgencias ya que el paciente consultará de forma urgente por la rápida progresión de la infección. Frecuentemente se presenta en pacientes de edad avanzada y portadores de patología crónica^(4,5). Por sus características clínicas y elevada mortalidad necesariamente requiere de manejo precoz, agresivo y multidisciplinario.

La edad, la diabetes, el alcoholismo, los traumas e infecciones urológicas sobreañadidas constituyen diversos factores predisponentes. El desbridamiento quirúrgico precoz y el tratamiento antibiótico, instaurados ambos de forma temprana, aumentan la supervivencia de estos pacientes.

Se agrupa dentro de las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos que se caracterizan por la presencia de lesiones locales poco evidentes que producirán finalmente necrosis tisular, de progresión rápida a través de las fascias de Colles, Dartos y Scarpa, así como toxicidad sistémica⁽⁶⁻⁸⁾. El compromiso primario se ubica en el tejido celular subcutáneo, donde, producto de una infección caracterizada por un sinergismo polimicrobiano, se desencadena una endarteritis. La presencia de bacterias anaerobias trae consigo la producción de gases que provocan la crepitación de la zona^(1,6).

Por sus características clínicas y elevada mortalidad necesariamente requiere de manejo multidisciplinario. Son fundamentales un diagnóstico precoz, cirugía agresiva, antibioterapia de cobertura polimicrobiana, manejo en UTI y un gran compromiso con el paciente que requerirá varios aseos en pabellón para obtener buenos resultados^(1,2,5,8,9).

El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia en nuestro servicio, en un trabajo de tipo prospectivo, y evaluar los resultados obtenidos respecto al número de aseos quirúrgicos en pabellón, la utilización de ostomías, injertos y la evolución del paciente.

PACIENTES Y MÉTODOS

Los datos obtenidos para la realización de este trabajo fueron recolectados de los archivos de historias médicas del Hospital Vargas de Caracas.

Se realizó la revisión de las historias de todos aquellos pacientes que ingresaron al área de emergencia de nuestro centro y que fueron atendidos por nuestro servicio presentando lesiones compatibles con gangrena de Fournier que ameritaron cirugía.

Los hallazgos fueron recopilados según el foco de la lesión, estudios paraclínicos realizados, número de intervenciones quirúrgicas, antibioterapia, realización de colostomía, injertos y comórbidos.

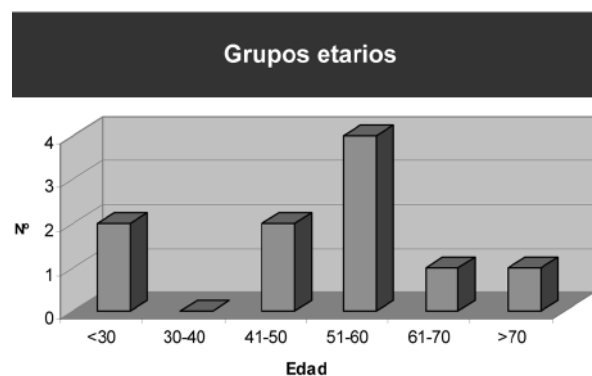
En este trabajo se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se estudiaron a todos los pacientes ingresados por gangrena de Fournier por parte del Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas, en un período de 10 años, entre enero de 1996 y diciembre de 2006.

RESULTADOS

Durante los meses de enero de 1996 hasta diciembre de 2006 se estudiaron un total de 10 pacientes que habían presentado lesiones compatibles con gangrena de Fournier que ingresaron al área de emergencia y fueron tratados por nuestro servicio.

De este total se observó que las edades fluctuaron entre 22 y 73 años, con una media de 49,4 años. El grupo etario más afectado fue el grupo entre 51 y 60 años con un 40% (cuatro casos), seguido del grupo de menores de 30 años y de 41 a 50 años con dos casos cada uno (40% en total) y por último el grupo de mayores de 61 años con dos casos (20 por ciento)(Gráfico 1).

Gráfico 1



Fuente: instrumento de los autores

En cuanto a la distribución por sexo todos los pacientes que se nos presentaron fueron del sexo masculino.

En cuanto al foco primario se observó con más frecuencia el

de origen anorectal con un 50 por ciento (cinco casos) seguido de las lesiones de etiología urológicas con un 30 por ciento (tres casos) y por último de origen traumáticas con dos casos (20 %)(Tabla 1).

Tabla 1

Foco primario		
Origen	n	%
Anorectal	5	50
Urológicas	3	30
Traumáticas	2	20
Total	10	100

Fuente: instrumento de los autores

Con respecto a los días de hospitalización variaron entre 7 a 225 días, con un promedio de 65,1 días. El número de limpiezas realizadas en quirófano dependieron de la evolución clínica del paciente y al grado de necrosis, entre uno y cinco, con promedio de 2,7 limpiezas quirúrgicas por paciente.

Se realizaron colostomías derivativas al 80% de los pacientes entre la primera y segunda intervención, cistostomías al 30% y se manejo la vía urinaria al 70% con sonda de Foley, con respecto a los injertos fueron realizados por el servicio de cirugía plástica de nuestra institución, al 70% de los enfermos (Tabla 2).

Tabla 2

Procedimientos realizados		
Procedimiento	n	%
Colostomía	8	80
Cistostomía	3	30
Foley	7	70
Injertos	7	70

Fuente: instrumento de los autores

En sólo cuatro historias se pudieron encontrar los resultados de los cultivos (Enterococo, E. coli y Streptococo alfa hemolítico), se utilizaron combinaciones de antibióticos cefalosporinas de 3ra generación, carbapenems, antianaerobios, en el total de los pacientes.

Con respecto a los comórbidos que presentaron los pacientes, sólo tres de ellos los presentaban, éstos incluían: hipertensión arterial, asma y un paciente parapléjico con foco primario urinario, así mismo destaca el hecho de que sólo un paciente ameritó terapia intensiva, siendo el resto monitoreados en sala por miembros del equipo quirúrgico.

Llama la atención que no hubo defunciones en este grupo de pacientes, tal vez debido a que no existían factores pronósticos negativos como enfermedades de base, tiempo de consulta largo o porque se trata de una serie pequeña de pacientes.

DISCUSIÓN

La gangrena de Fournier es una fascitis infecciosa de la región perineal, genital y/o perineal que se caracteriza por la trombosis de los vasos subcutáneos con el resultado de una necrosis del tejido comprometido⁽¹⁾.

Todos los reportes concuerdan en señalar que se trata de una enfermedad propia de pacientes mayores de 50 años^(3,9,10,11), pero con un rango de distribución muy amplio. En nuestra experiencia el 60% de los pacientes se ubican por encima de la quinta década de la vida, sólo con un caso de 22 años. Así también es más común en hombres que en mujeres, sin conocer la causa de esto, lo cual concuerda con la literatura^(2,3,9,12).

Los focos de origen varían, pero sigue siendo el de origen anorectal el que lideriza la morbilidad, lo que conlleva a la tardanza del paciente a consultar al centro de salud, posiblemente debido a falta de nivel educativo, falta de interés, vergüenza, provocando la diseminación de la enfermedad hasta la sepsis. Los focos urinarios usualmente se describen posterior a procedimientos invasivos uretrales, infecciones urinarias. También se han descritos lesiones de origen intraabdominal que se han reflejado en la pared abdominal, clasificándose de origen incierto.

Se observa la gran diferencia entre cada paciente con respecto a los días de hospitalización, con un promedio de 65⁽¹⁾ días, lo cual es independiente de la evolución del individuo, el tamaño de la lesión, el número de limpiezas quirúrgicas, falta de recursos por parte del hospital y del paciente, agregándose infecciones nosocomiales y casos sociales.

En nuestro servicio se realizan las limpiezas quirúrgicas el número de veces que sean necesarias, dependiendo de la evolución del paciente, posteriormente junto con el servicio de anestesiología se realizan al pie de cama con sedación hasta lograr la reepitelización o la realización de injertos. En vista de esta situación realizamos de rutina colostomías en asa en la primera o

segunda limpieza quirúrgica, lo cual nos asegura una zona menos contaminada y más fácil de realizar las limpiezas. Las cistostomías sólo se realizan en casos donde se encuentre lesionada la uretra o amerite derivar el flujo urinario.

Los injertos son realizados por el servicio de cirugía plástica de nuestro centro previa evaluación, que incluye estado nutricional del paciente, cultivos de la zona negativos y el tamaño del defecto, así como su localización, sobre todo en escroto y pene. Se realizaron en esta serie 7 injertos de espesor parcial, para un total de 70%. De esta manera aceleramos la recuperación del paciente para su reintegro a su vida cotidiana.

Cabe señalar que no se pudo localizar el total de los resultados de los cultivos de las lesiones, los cuales son tomados de rutina por nuestro servicio, sin embargo no contamos con laboratorio de microbiología de guardia, lo que conlleva a la pérdida de muestras y la instauración de terapia antibiótica empírica y posterior toma de muestra en sala, siendo poco fiable. Describimos sólo tres bacterias las cuales son flora normal del sistema intestinal final, al igual que en otras investigaciones^(4,7,13).

Son pocos los trabajos que dan cuenta de la morbilidad postoperatoria, ésta se sitúa entre un 0% hasta un 30%^(4,5,7,11). En nuestra experiencia no hubo mortalidad, probablemente debido al manejo agresivo de limpiezas, antibioticoterapia, manejo postoperatorio multidisciplinario, pero también puede atribuirse a la poca cantidad de pacientes evaluados por nuestro servicio en ese período de tiempo.

Queda mucho por investigar respecto a este tema, nuestro trabajo sólo es un pequeño aporte en el manejo de esta patología,

que en los últimos años muestra un aumento mantenido y por la gravedad que reviste es fundamental presentar trabajos, que permitan mejorar los actuales índices de morbimortalidad. Podemos señalar que la gangrena de Fournier debe ser diagnosticada en forma rápida, manejada en forma agresiva y con medidas de soporte que permitan un adecuado control metabólico e infeccioso.

REFERENCIAS

1. Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD: Fournier's gangrene, review. Br J Urol 1998; 81: 347-55.
2. Baurienne H: Sur une plaie contuse qui's est terminée par le sphacèle de le scrotum. J Med Chir Pharm 1764; 20: 251-6.
3. Fournier JA: Gangrene foudroyante de la verge. Médecin Pratique 1883; 4: 589-97.
4. Bannura G, Vera E, Schultz M, Aguayo P, Espinosa M: Gangrena de Fournier. Rev Chil Cir 1992; 44: 289-93.
5. Valenzuela R, Radich P, Hernández J, Toro P: Gangrena escroto peneana de Fournier. Rev Chil Cir 1991; 43: 377-9.
6. Bannura G: Enfermedad de Fournier. Rev Méd Chile 1992; 120: 304-10.
7. Jensen C, Azolas C, Pérez G et al: La gangrena perineal. Nuestra experiencia en el manejo de veintidós casos. Rev Chil Cir 1992; 44: 61-4.
8. Thum P, Lubbe N, Djamilian M et al: Fourniers gangrene. Experiences and changes in the disease picture since its initial description. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1995; 30: 315-9.
9. Stephens B, Lathrop J, Rice W et al: Fournier's gangrene: historic (1764-1978) versus contemporary (1979-1988) differences in etiology and clinical importance. Am Surg 1993; 59: 149-4.
10. Salvino C, Hardford F, Dobrin P: Necrotizing infections of the perineum south. Med J 1993; 86: 908-11.
11. Kaulbars E: Die Fourniersche gangran. Fallbeschreibung und literaturübersicht. Chirurg 1993; 64: 63-7.
12. Anzai A: Fourniers gangrene: a urologic emergency. Am Fam Physician 1995; 52: 1821-5.
13. Efem S: The features and aetiology of Fourniers gangrene. Postgrad Med J 1994; 70: 568-71.



NOTICIAS BREVES

Se les invita a visitar la página web de la Sociedad, en su nueva dirección www.sociedadvenezolanadecirugia.org. Este nuevo formato es mucho más moderno y versátil. Algunas secciones están aún en construcción y pronto funcionarán plenamente. Encontrarán las diversas publicaciones de la Sociedad, tales como la revista, el boletín, noticias, estatutos, reglamentos, eventos, etc.

Nos interesaría mucho conocer su opinión en lo que se refiere al funcionamiento de la revista, sus comentarios acerca de algún artículo, algunas sugerencias. Por esto es que deseamos activar una sección que se llamaría "Cartas al Editor". Estas comunicaciones que ustedes envíen serán publicadas en esta sección. Las cartas pueden ser enviadas a los siguientes correos electrónicos: http://www.sv_cirugia@cantv.net y http://josefvivas@gmail.com.

ONCOCITOMA SUPRARRENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

DAO, HÉCTOR***
ARANA, DAVID**
ZAMBRANO, PATRICIA*
MUJICA, LORENA*

RESUMEN

Objetivos: Presentar las características clínicas, paraclínicas y anatomopatológicas de un tumor retroperitoneal poco frecuente.

Caso clínico: Estudio descriptivo de caso clínico y revisión de la literatura, de masculino de 45 años quien inició enfermedad de 2 años de evolución caracterizado por la presencia de tumor abdominal en epigastrio de crecimiento progresivo. Concomitantemente pérdida de peso, hiporexia y dolor abdominal. Se practicó ultrasonido que concluye tumor de glándula suprarrenal vs. tumor renal. Tomografía de abdomen-pelvis que reporta extensa lesión de apariencia tumoral heterogénea con áreas centrales hipodensas asociadas a calcificaciones distróficas y realce post contraste que parece estar ubicada en la región suprarrenal izquierda condicionando desplazamiento inferior del riñón izquierdo, el cual conserva su morfología y funcionalismo. Se realizó laparotomía y exéresis del mismo con reporte anatomopatológico de tumor retroperitoneal: neoplasia maligna de estirpe epitelial, con necrosis extensa no siendo concluyente, por lo cual se realiza inmunohistoquímica que concluye adenoma, oncocitoma suprarrenal. El paciente evolucionó satisfactoriamente. En 8 meses no se ha evidenciado recidiva.

Conclusión: El oncocitoma es una entidad infrecuente diagnosticada con el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. Puede tener comportamiento maligno o benigno y su exéresis es el tratamiento de elección.

Palabras clave: Oncocitoma, tumor retroperitoneal, suprarrenal

ABSTRACT SUPRARRENAL ONCOCYTOMA. A CLINICAL CASE

Objectives: to present clinical, paraclinical and anatomopathologic characteristics of an uncommon retroperitoneal tumor.

Clinical case: descriptive study of a clinical case and literature review, of a 45 years old male who began her sickness 2 years ago, characterized by the presence of abdominal tumor in epigastrio, that grows slowly. Concomitant loss of weight, hyporexia and abdominal pain. An abdominal ultrasound concludes suprarenal tumor vs. renal tumor. Abdomen-pelvis tomography reports extends injury of tumoral appearance heterogenic with central hypodenses areas associate to dystrophic calcifications and post contrasted raised that seem to be localized in left suprarenal region generating displacement of left kidney, which conserve its morphology and functionalism. Resection of the tumor was made by a Chevron laparotomy and the anatomopathologic report was retroperitoneal tumor: Malignant tumor of epithelial stirpe with extended necrosis. Immunohistochemical study concludes adenoma, oncocitoma suprarenal. Patient with satisfactory outcome, without evidence of tumor in eight months.

Conclusion: The oncocitoma is an uncommon entity which diagnostic is made by anatomopathologic study of the surgical piece. It could have benign and malign behavior. The treatment is surgical resection.

Key words: Oncocitoma, retroperitoneal tumor, suprarenal

*** Adjunto de cirugía MSVC
** Cirujano general
* Residente de post-grado de cirugía
Hospital Miguel Pérez Carreño. Servicio Cirugía II. Caracas

El oncocitoma es un tumor epitelial formado por grandes células eosinófilas de núcleo pequeño, redondeado. El estudio ultraestructural demuestra mitocondrias grandes. Macroscópicamente muestran un color pardo y aspecto relativamente homogéneo, bien encapsulados. Pueden adquirir gran tamaño. Comúnmente ocurre en riñón, glándula salival y órganos endocrinos.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años quien inició enfermedad de 2 años de evolución caracterizado por la presencia de tumor abdominal en epigastrio de crecimiento progresivo, concomitante pérdida de peso, hiporexia y dolor abdominal.

Antecedentes: niega asma, alergias, HTA, DM. Hábitos tabáquicos en la juventud y OH semanal (Whisky)

Funcional. Evacuaciones diarias, blandas normo cólicas. Pérdida de peso de aproximadamente 7 Kg. en 4 meses. Dolor abdominal sordo, de moderada intensidad de 3 días de evolución.

Examen físico de ingreso: P:78x' R:17x' T.A: 130/70mmHg. Afebril, hidratado, eupneico, tórax: simétrico, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes sin agregados, abdomen: globoso con tumoración a predominio de epigastrio y mesogastrio de aproximadamente 20 x 30 cms, dura, impresiona adherida a planos profundos, no dolorosa. Ruidos hidroaéreos presentes. Genitales: varicocele izquierdo. Recto: esfínter tónico heces normo cólicas, próstata sin aumento de volumen. Miembros: sin deformidades ni edemas. Neurológico Glasgow 15 puntos.

Eco abdominal: lesión ocupante de espacio en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de ecogenicidad mixta de aproximadamente 18 x 18 cmts, con áreas anecogénicas en su centro, sin efecto doppler en relación probable con áreas de necrosis. Imágenes ecogénicas con sombra sónica posterior en probable relación con calcificaciones; de bordes bien delimitados que desplaza estructuras vecinas (riñón y páncreas). Conclusión: tumor de glándula suprarrenal vs. tumor renal (Figura 1).

Figura 1



Eco endoscopia: LOE de 120 x 120 mm de aspecto ecomixto, paredes bien definidas contiguo a polo superior del riñón. Conclusión: hipernefrona vs. sarcoma retroperitoneal vs. tumor de mesenterio.

Tomografía abdomen-pelvis: extensa lesión de apariencia tumoral heterogénea con áreas centrales hipodensas asociadas a calcificaciones distróficas y realce post contraste que parece estar ubicada en la región suprarrenal izquierda condicionando desplazamiento inferior del riñón izquierdo el cual conserva su morfología y funcionalismo (Figura 2).

Figura 2



RESULTADOS

Se llevó a mesa operatoria realizándose laparotomía de Chevron encontrándose tumor ovoide de 25x24x12 cm, con un peso de 5,300g (Figura 3), cuya anatomía patológica reportó tumor retroperitoneal: neoplasia maligna de estirpe epitelial con necro-

sis extensa (Figura 4), se realizó inmunohistoquímica que concluyó adenoma, oncocitoma suprarrenal (Figura 5). El paciente evolucionó satisfactoriamente y en ocho meses de seguimiento no ha presentado recidiva.

Figura 3



Figura 4

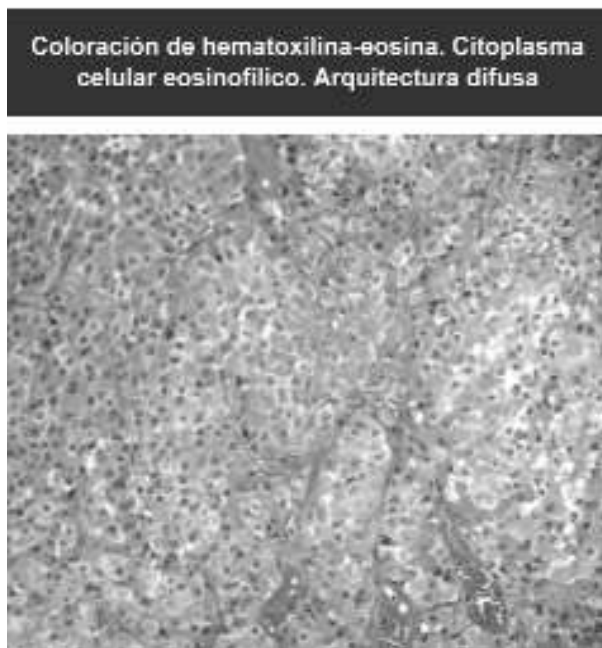
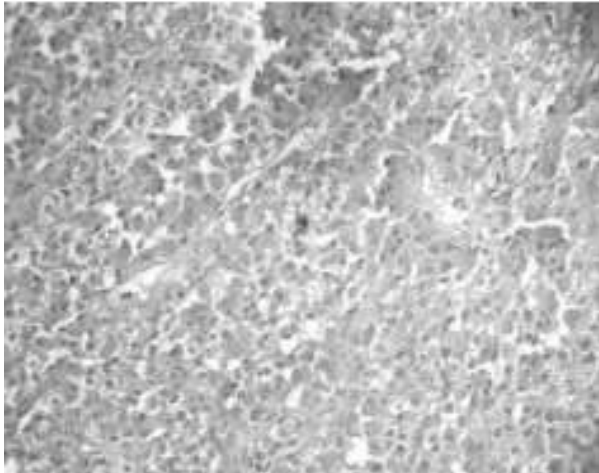


Figura 5

Imunohistoquímica: uleus europeus.
Conclusión: oncocitoma suprarrenal



DISCUSIÓN

Los oncocitomas son neoplasias infrecuentes de la corteza suprarrenal compuestas por células con citoplasma granular eosinofílico abundante, que se puede distribuir en patrones alveolares, tubulares o sólidos⁽¹⁾; en revisiones internacionales se han descrito diez casos en el Reino Unido⁽¹⁾, no encontrándose esta información disponible a nivel nacional. Además de la localización antes descrita, se localizan en riñón, glándulas salivares y órganos endocrinos⁽²⁾. Macroscópicamente son de color arena oscuro o marrón, pueden mostrar áreas focales de cambios oncocíticos, los cuales están dados por la presencia de abundantes mitocondrias⁽³⁾. Su tamaño varía desde pocos gramos hasta tumores mayores de 1Kg⁽⁴⁾. No se consideran tumores funcionales, generalmente sin ninguna expresión de enzimas involucradas en la esteroidogénesis⁽³⁾; por lo que su descubrimiento suele ser

incidental o por síntomas relacionados por compresión a órganos vecinos. En raras oportunidades se expresa como una neoplasia abdominal. Si bien estas lesiones suelen tener comportamiento benigno, parte de ellos puede malignizarse. Weiss estableció una serie de criterios que orientan hacia la malignidad del tumor: presencia de atipias; citoplasma celular eosinofílico (mayor al 75%), arquitectura difusa (mayor 33%); presencia de necrosis; figuras mitóticas (mayor de 5 por cada 50 campos de alto poder); figuras mitóticas atípicas; invasión capilar, venosa o sinusoidal. Se establece que lesiones con 4 o más de los criterios anteriormente descritos posiblemente sean malignos; mientras que aquellos con 2 o menos criterios suelen ser benignos⁵. De igual forma se evidenciaron tres criterios que únicamente estaban presentes en tumores metastásicos o recurrentes, a saber: índice mitótico de 6 o más por cada 50 campos de alto poder, mitosis atípica e invasión venosa.

El tratamiento indicado es la resección tumoral.

REFERENCIAS

1. Oncocytic Adrenocortical Neoplasmas. A Report of Seven Cases and Review of the Literature. Bryan T; Y. Lin; Stephen M. Bonsib, Gary W. Mierau, Lawrence M. Weiss and L. Jeffrey Medeiros. Am J Surg Pathol 22(5).1998.
2. Adrenocortical Oncocytoma: case report with immunocytochemical and ultrastructural study. Louis Begin. Department of Pathology, The Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Canada, 1992.
3. Tumor of the adrenal gland and extra adrenal paraganglia. Lank Ernest; Atlas of Tumor Pathology, Tercera serie, fascículo 19, 1997.
4. Robbins, Patología Estructural y Funcional. Ramzi S. Cutran; Vinay Kumar; Tucker Collins. Sexta edición. Mc Graw Hill Interamericana España SAU Madrid.2000.
5. Incidentally Detected giant oncocytoma arising in retroperitoneal heterotopic adrenal tissue. Corsi A; Riminucci M; Petrozza V; Collins MT; Natale M; Cancrini A; Bianco P. Arch Pathol Lab Med. Vol 126, Septiembre 2002.



NOTICIAS BREVES

Congreso 2008 (Marzo)

Se les informa a todos aquellos interesados en enviar trabajos científicos para el Congreso que la fecha tope para recibir trabajos científicos será hasta el 31 de enero de 2008.

CURA DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL DOCTOR ALFREDO HALABÍ

HALABÍ-BITTAR ALFREDO*
POMENTA TITO**
QUIROZ MIGUEL ÁNGEL***

RESUMEN

Objetivo: Dar a conocer los resultados obtenidos en la fijación de cúpula vaginal utilizando la técnica quirúrgica del Dr. Alfredo Halabí realizada en la Policlínica Metropolitana de Caracas y en el Hospital "Luis Salazar Domínguez" IVSS, Guarenas.

Pacientes y Métodos: El presente estudio fue realizado en 45 pacientes con edades comprendidas entre 43 y 78 años, con prolapso de cúpula vaginal, las cuales fueron sometidas a cirugía con la técnica del Dr. Halabí.

Resultados: De las 45 pacientes, los resultados obtenidos fueron satisfactorios y hasta la presente fecha, no se ha detectado ninguna recurrencia del prolapso de cúpula vaginal.

Conclusiones: Se puede concluir la eficacia de la técnica quirúrgica Dr. A Halabí, para corregir el prolapso de la cúpula vaginal, la cual es una alternativa eficiente, segura y de procedimiento sencillo para el manejo de las pacientes con esta patología.

Palabras Clave: prolapso, cúpula vaginal, técnicas quirúrgicas

ABSTRACT VAGINAL VAULT SUSPENSION BY DR. ALFREDO HALABÍ SURGICAL PROCEDURE

Objectives: The goal of this report is to spread the outcomes of vaginal vault suspension with the surgical procedure of Dr. A. Halabi performed at "Policlínica Metropolitana de Caracas" and Hospital "Luis Salazar Domínguez" IVSS, Guarenas

Patients and methods: The current study was performed on 45 patients aged among 43 and 78 years old with vaginal vault prolapse. Women were treated with the surgical procedure of Dr. A. Halabi.

Results: The results have been satisfactory of the patients, which is 45 women, and so far there is no recurrence of vaginal vault prolapse.

Conclusions: We can conclude that suspension of vaginal vault with Dr. A Halabí technique, is an efficient and safe option for surgery on patients with vaginal vault prolapse. This alternative is a simple procedure for handling patients with this pathology.

Key words: Prolapse, vaginal vault, surgical procedures.

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación de la histerectomía total que se presenta con una sintomatología común; la sensación de peso a nivel vaginal (colpocistocele y rectocele) y la incontinencia urinaria frecuente a los meses o años después de la cirugía, como consecuencia de un descenso de la cúpula vaginal.

Existen diversas técnicas para corregir el prolapso de la cúpula vaginal, el cual viene a ser uno de los mayores problemas que presentan algunas mujeres sometidas a una histerectomía total.

* Cirujano General. Doctor en Ciencias Médicas. Policlínica Metropolitana de Caracas. MSVC. MASO.

** Cirujano General. Policlínica Metropolitana de Caracas. MSVC.

*** Cirujano General Policlínica Metropolitana de Caracas. Adjunto de cirugía Hospital Luis Salazar Domínguez. IVSS, Guarenas. MSVC

Desde el punto de vista anatómico se presentan los siguientes grados de prolapsos⁽¹⁾:

- I.- La cúpula sobrepasa la mitad inferior de la vagina.
- II.- La cúpula llega al introito vaginal.
- III.-La cúpula sobrepasa al introito vaginal.
- IV.-Eversión de la cúpula vaginal completa.

El prolapso grado IV sucede entre el 0,2 al 1% de las histerectomías totales.

Con esta nueva técnica del Dr. A Halabí que presentamos, se corrigen satisfactoriamente todos los grados de prolapsos, conservando la funcionalidad de la vagina para el acto sexual. Igualmente el colpocistocele y el rectocele, que acompañan esta patología. Así mismo la incontinencia urinaria mejora en un alto grado.

La técnica se inició con una paciente (médico) de 50 años de edad, operada de histerectomía abdominal quien luego de 2 años, presentó un prolapso de cúpula vaginal (grado III) que ameritó 3 intervenciones quirúrgicas en un período de 3 años, con las técnicas hasta ese momento conocidas sin resultados satisfactorios.

Posteriormente, se le realizó la cirugía con esta nueva técnica ideada por el doctor Alfredo Halabí; apreciando hasta el último control realizado en el mes de mayo de 2007, una recuperación absoluta.

Las técnicas habitualmente conocidas son:

1. Colposacropexia: consiste en fijar la cúpula vaginal con material no absorbible a la línea media, un poco por arriba del promontorio, entre S3-S4⁽²⁾.
2. Colpopexia sacro-espinal: es la fijación del ligamento sacro espinal mediante diferentes instrumentos quirúrgicos, tales como el gancho de Milka, el aparato de Laurus y el equipo de autosutura con punto interno⁽³⁾.
3. Fijación de la cúpula al ligamento de Cooper: Consiste en fijar la cúpula vaginal con una cinta de un material no absorbible y desplazarla subperitoneal fijándola al ligamento de Cooper de cada lado, manteniendo la vagina en una posición anatómica⁽⁴⁾.

PACIENTES Y MÉTODOS

El presente estudio se comenzó en el año 1998, y hasta la presente fecha (mayo 2007) se han realizado 45 intervenciones de las cuales 30 en la Policlínica Metropolitana de Caracas y 15 el Hospital "Luis Salazar Domínguez" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en Guarenas.

A continuación se presenta el procedimiento de la fijación en la pared abdominal con malla de polipropileno en forma de pantalón para resolver el prolapso de cúpula vaginal.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO TÉCNICA DR. A HALABÍ

Figura 1

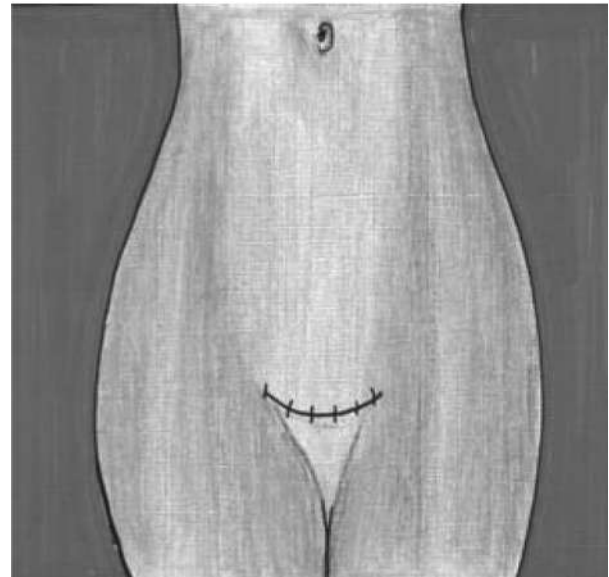
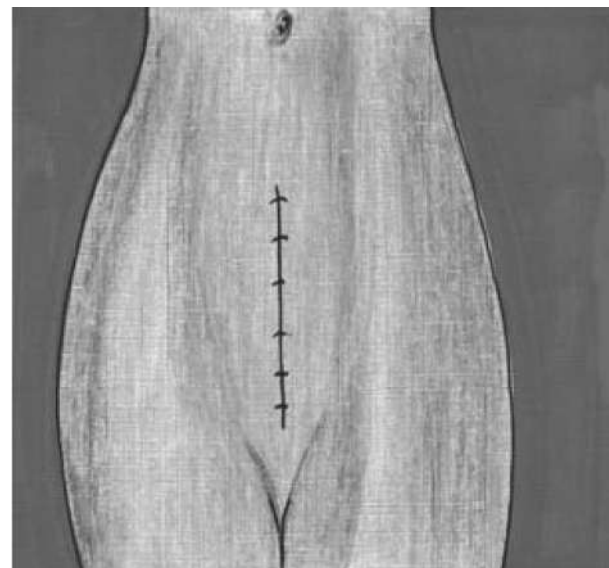
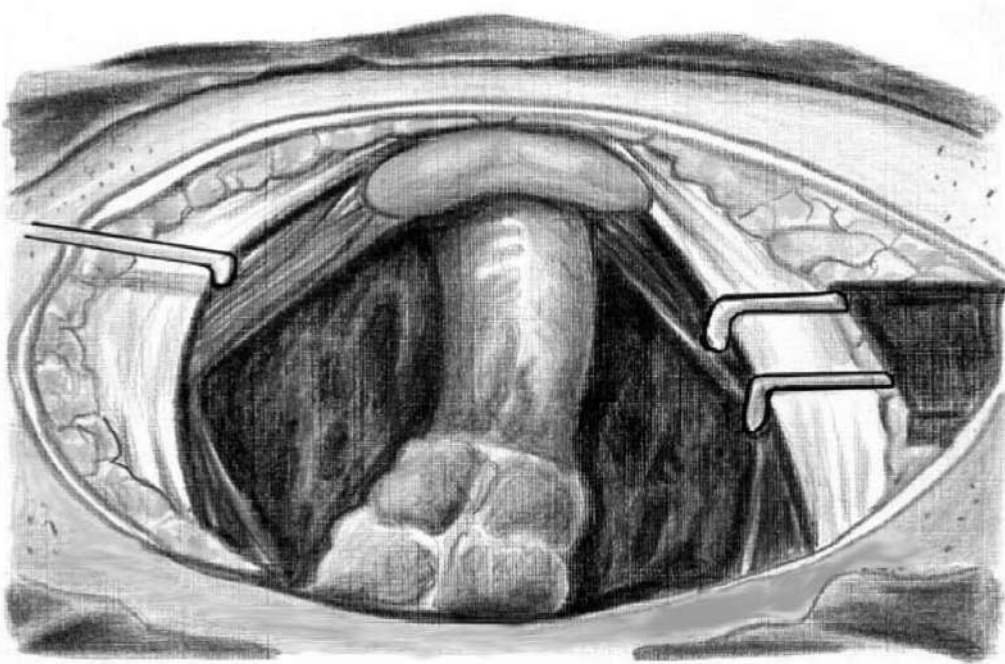


Figura 2



Previo asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, y a través de incisiones Pfannenstiel y/o infraumbilical se aborda cavidad abdominal con revisión exhaustiva de misma (Figuras 1 y 2).

Figura 3

Inmediatamente el segundo ayudante, con una pinza y una torunda en su punta, la introduce en la cavidad vaginal, presionando fuertemente hacia arriba el prolapso de la cúpula vaginal (Figura 3).

Se aprecia la cúpula vaginal levantada en el abdomen. Seguidamente con el electro-cauterio se secciona el peritoneo que recubre dicha cúpula en forma transversal (Figura 4).

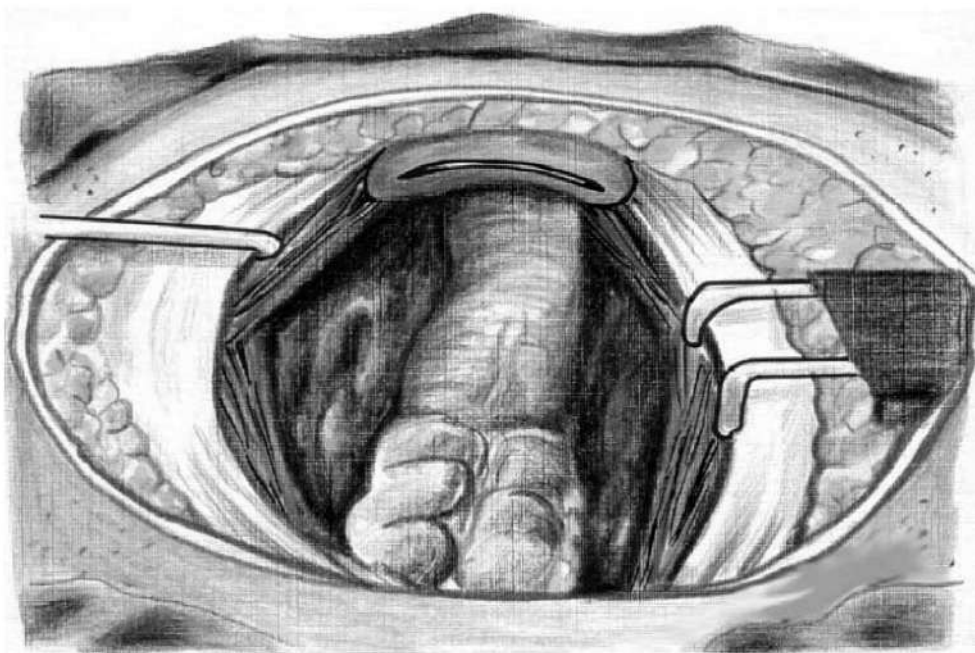
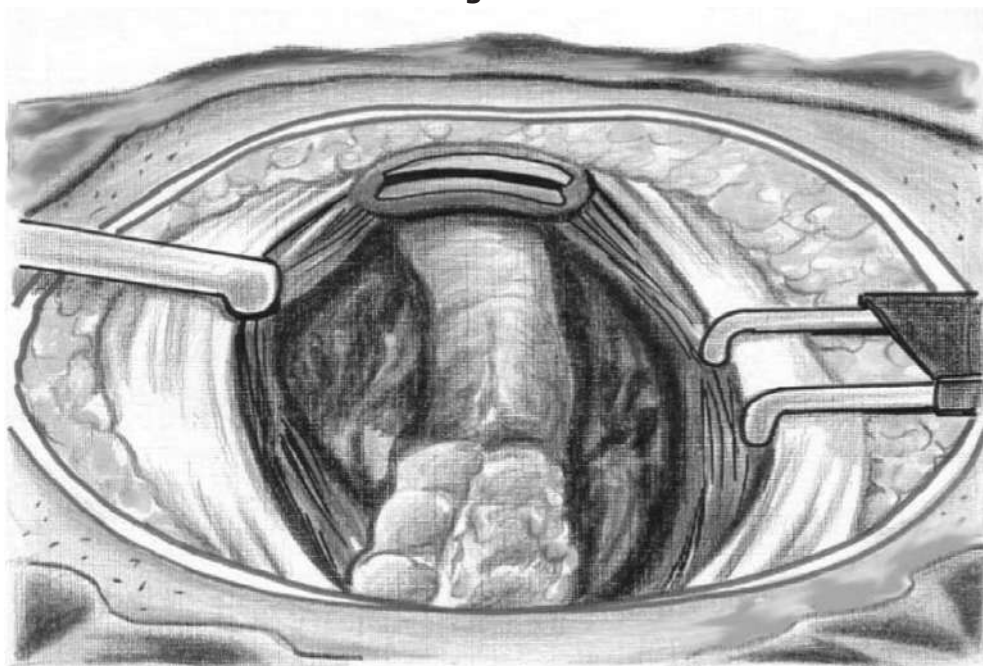
Figura 4

Figura 5

Se procede, a continuación, a disecar hacia delante y atrás dicho peritoneo para exponer la cúpula (Figura 5).

Posteriormente se procede a preparar la malla de polipropileno (Marlex). Se corta el segmento a utilizar se dobla por la mitad en forma de pantalón, la cual será colocada en la cúpula. Se colocan puntos de prolene 00 como se indica la figura (el ancho de la malla igual al ancho de la cúpula) (Figura 6).

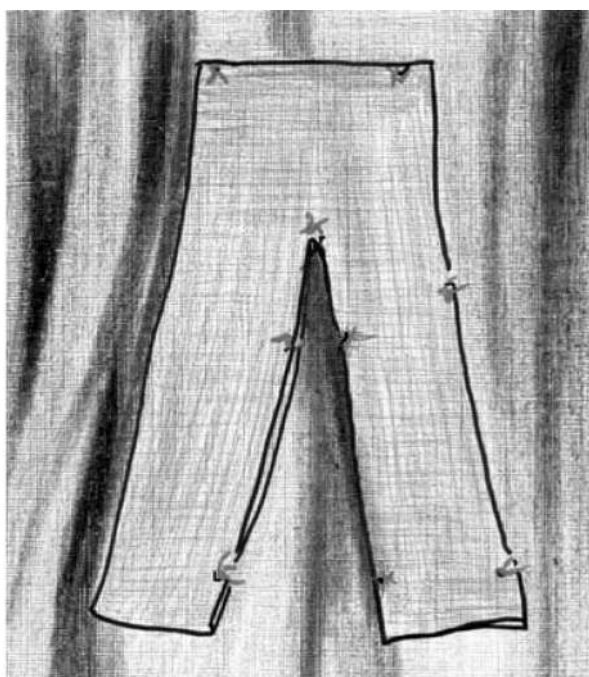
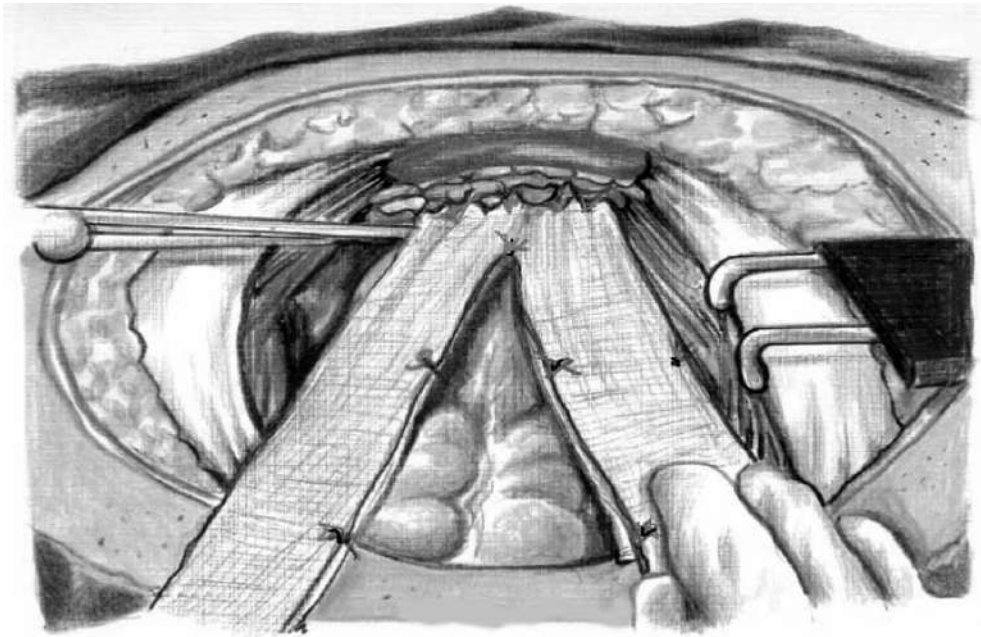
Figura 6

Figura 7

La malla, preparada de esta forma, se fija en la cúpula vaginal con 4 puntos separados o sutura continua con prolene 00 (Figura 7).

Luego se practica una pequeña incisión en la aponeurosis

anterior del abdomen, aproximadamente de 4 centímetros de la incisión de la laparotomía, y a 10 centímetros aproximadamente de la sínfisis del pubis. A través de estas incisiones se pasan pinzas que atraviesan la capa muscular y el peritoneo (Figura 8).

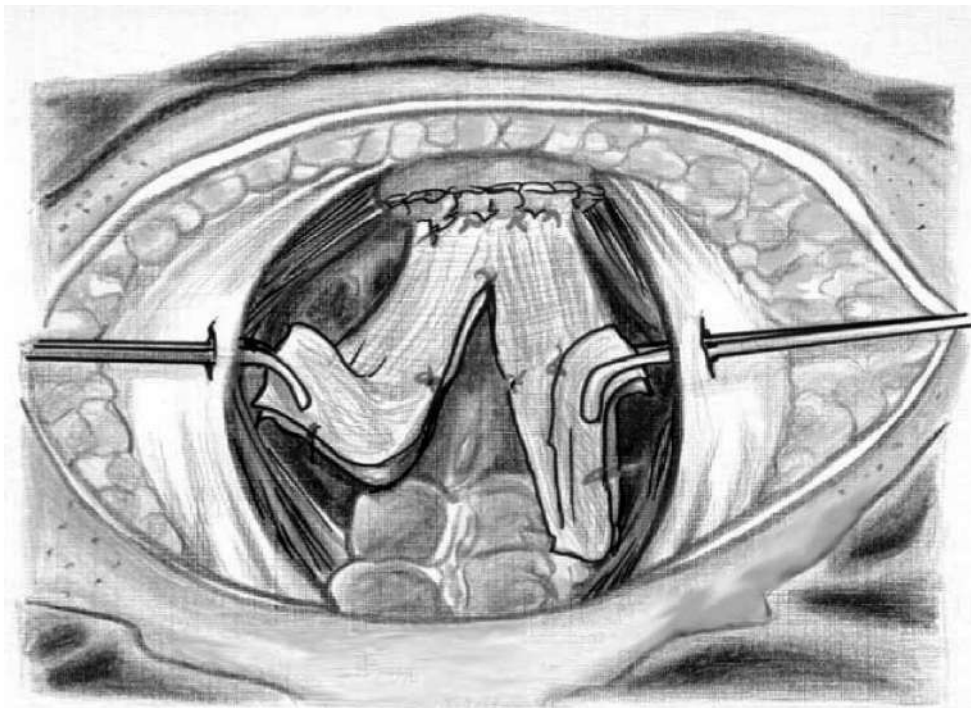
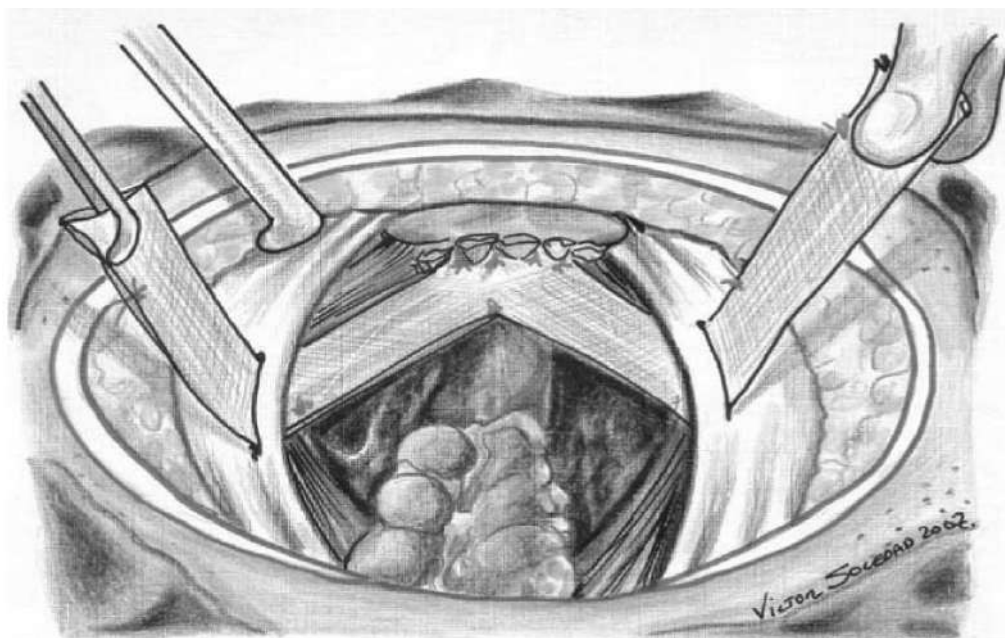
Figura 8

Figura 9

Se pinza seguidamente cada extremo del pantalón de poli-propileno (Marlex), y se extrae por las heridas practicadas en la aponeurosis traccionándola fuertemente, a fin de que la cúpula vaginal suba a su posición normal. La malla colocada queda inmediatamente por detrás de la pared posterior de la vejiga, lo cual impedirá que se introduzca un asa intestinal en dicha zona. (Figura 9).

Como indica la figura 9, se colocan 3 o 4 puntos separados o continuos en la incisión de la aponeurosis (Figura 10).

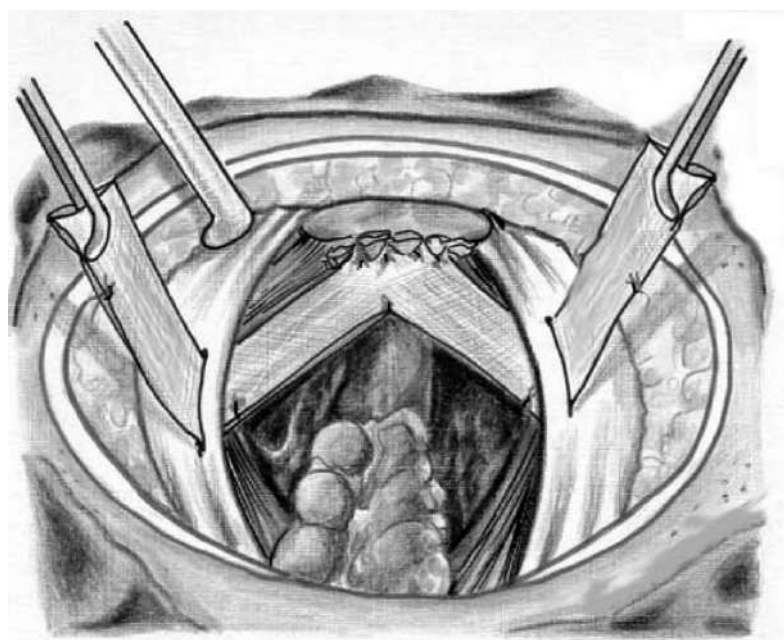
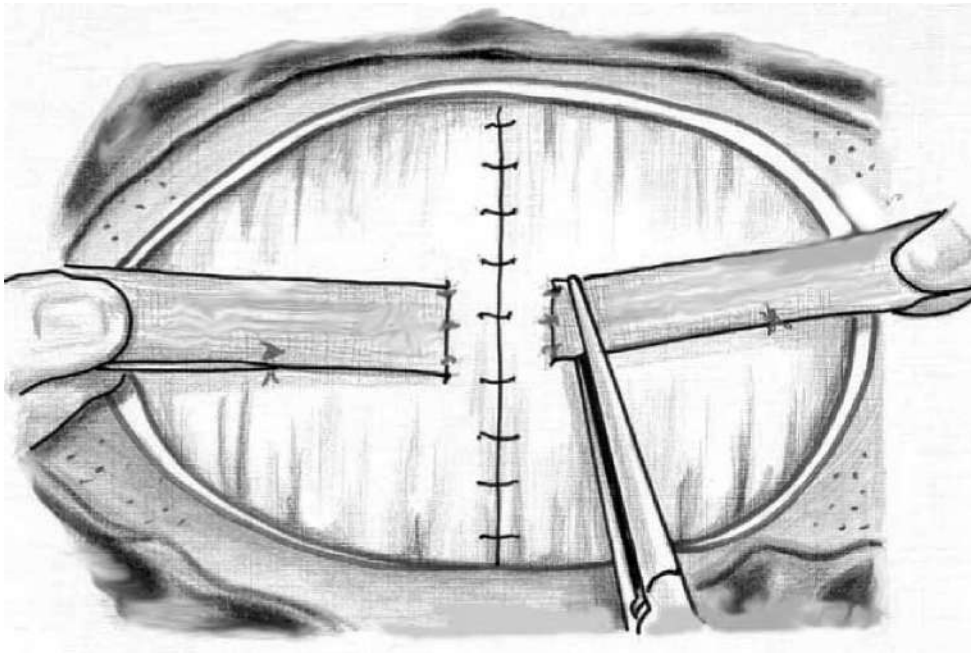
Figura 10

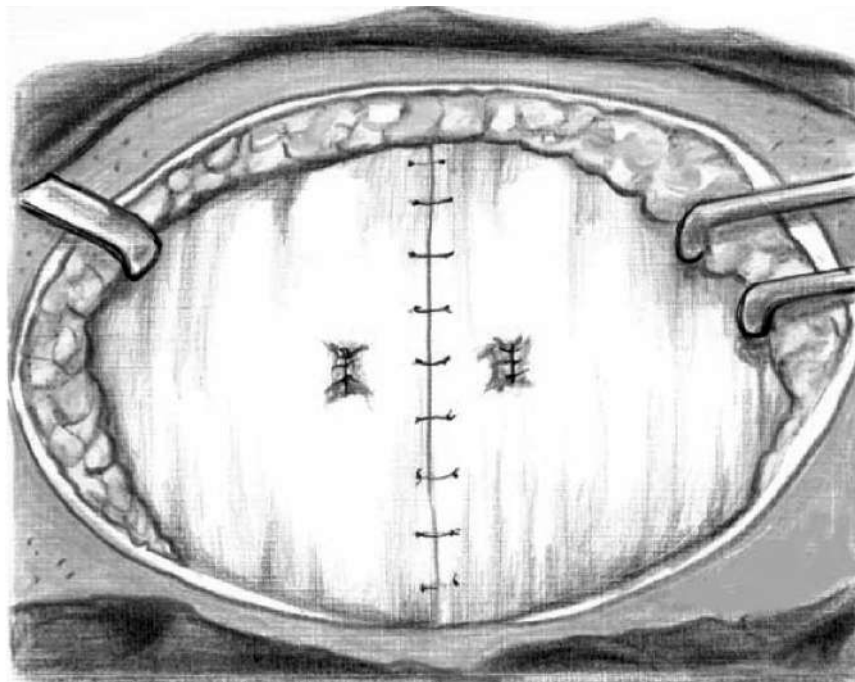
Figura 11



Una vez fijada la malla de polipropileno (Marlex) el exceso que sobresale de la aponeurosis es cortado (Figura 11).

Para finalizar se cierra la cavidad abdominal por planos (Figura 12).

Figura 12



RESULTADOS

Los resultados del procedimiento serán objeto de una comunicación posterior, sin embargo, mediante esta técnica hemos podido obtener un resultado altamente satisfactorio.

DISCUSIÓN

Es una alternativa segura y un procedimiento sencillo para corregir el prolapso de cúpula vaginal.

El tiempo quirúrgico empleado para la intervención es de 45 minutos y la permanencia hospitalaria de 24 horas.

De acuerdo a la edad y antecedentes del paciente la intervención quirúrgica pudiese realizarse en forma ambulatoria y con técnica mínimamente invasiva.

REFERENCIAS

1. CAREY M.P., DWYER P.L. Genital prolapse: vaginal versus abdominal route of repair. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001 Oct;13(5):499-505.
2. DELANCEY J.O. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992 Jun; 166(6 pt1):1717-1724; discussion 1724-1728.
3. NORTON P.A., BAKER J.E., SHARP H.C., WARENSKI J.C. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women. *Obstet Gynaecol.* 1995 Feb;85(2):225-228.
4. FLOOD C.G., DRUTZ H.P., WAJA L. Anterior colporrhaphy reinforced with Marlex mesh for the treatment of cystoceles. *Int Urogynecol J Pelvic floor dysfunct* 1998;9:200-204.

PRÓXIMOS EVENTOS

INFORMACIÓN DEL XXIX CONGRESO VENEZOLANO Y III INTERNACIONAL DE CIRUGÍA "MITOS Y REALIDADES DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS" A CELEBRARSE EN EL HOTEL TAMANACO INTERCONTINENTAL, DEL 11 AL 15 DE MARZO DE 2008, EN CARACAS- VENEZUELA.

MESAS REDONDAS

- Conductas multidisciplinarias en el carcinoma de colon complicado.
Moderador: Dr. Marco Sorgi
- Casos complejos ano-rectales.
Moderador: Dr. Juan Carlos Diaz Odremán
- Flebología mínimamente invasiva. Cirugía, Láser, radiofrecuencia o espuma.
- Controversias sobre la colocación de implantes mamarios en adolescentes.
Moderador: Dr. Ramón Zapata Sirvent.
- Casos complejos.
Moderador: Dr. Andrés Rodríguez.

- Controversias en el manejo de las estenosis biliares benignas.
Moderador: Dr. Raúl Monserrat.
- Controversias en el diagnóstico y el tratamiento del carcinoma del páncreas.
Moderador: Dr. Rafael Barrios
- Lo novedoso en la pancreatitis aguda.
Moderador: Dr. Roger Escalona.
- Presente y futuro de la cirugía bariátrica.
Moderador: Dr. Alberto Cardozo
- Cirugía del piso pélvico.
Moderador: Dr. Javier Cebrián.

TEMAS:

Vías biliares
Páncreas
Patología esofágica
Mama
Obesidad mórbida
Hipertensión portal
Colon y recto
Trauma
Transplantes

PARTICIPARÁN TODAS LAS SECCIONES Y COMITÉS DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA LXIV JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA, EN HONOR AL DR. CARLOS E. CLAVO. PUERTO ORDAZ, DEL 12 AL 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2.007. CENTRO DE CONVENCIONES HOTEL INTERCONTINENTAL GUAYANA.

RAMÍREZ L., RAFAEL A.

El informe de estas jornadas no puede dejar de resaltar varios aspectos importantes del acto de su instalación llevado a cabo el día Miércoles 12 de Septiembre. Uno de ellos lo fue la dedicatoria de la Jornada al doctor Carlos Eduardo Clavo, justo y merecido honor rendido a un cirujano de dedicación irreprochable a su profesión, cumpliendo el mandato del Consejo Nacional, la Junta Directiva le designó la tarea de su semblanza al Dr. José A. Gubaira, expresidente de la Sociedad y gran amigo del Dr. Clavo, quién en sus palabras dejó más que demostrado a todos los asistentes los méritos y el por qué de lo merecido de este homenaje a tan ilustre y querido cirujano. En segundo lugar cabe resaltar la designación de Miembro Emérito de la Sociedad a tres cirujanos destacados de la localidad de Guayana, los doctores Carlos Manuel Riveras Zepa, José Antonio López Parra y Celestino Rafael Zamora Montes de Oca propuestos por el capítulo Bolívar y aprobados por la Junta Directiva de la Sociedad; otro de los aspectos a resaltar en el acto de instalación fue el otorgamiento público de los premios de la Sociedad Venezolana de Cirugía de la LXIII Jornada Nacional celebrada en la ciudad de Mérida en octubre del 2.006 y por primera vez junto con premios de la Fundación Sociedad Venezolana de Cirugía. También hay que destacar la extraordinaria actuación de la coral infantil integrada de la Universidad Experimental de Guayana, la cual podemos resumir en el siguiente párrafo "gracias a Dios por permitir deleitarnos el corazón con el canto de estos ángeles". Con gran alegría y ganas de trabajar quedó instalada la jornada con las palabras del presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía, el Dr. Jorge Zito.

La jornada se desarrolló bajo las modalidades de simposio, mesas redondas y conferencias, consecutivamente en un sólo salón (Bolívar) para toda la audiencia, destacándose siempre la alta calidad científica de las presentaciones, tanto de los invitados internacionales como de los invitados nacionales, tanto cirujanos como de otras especialidades. El programa se cumplió casi en su totalidad, algunos retrasos en el horario no afectaron el

producto final, retirándose sus asistentes al final de cada jornada satisfechos por los conocimientos adquiridos y los conceptos emitidos en el mismo.

Los asistentes a la jornada cirujanos, residentes y estudiantes los podemos desglosar de la siguiente manera:

Un total de 403 inscritos,
Médicos especialistas miembros de la SVC: 250
Médicos generales o residentes: 131
Médicos especialistas no miembros de la SVC: 8
Estudiantes de medicina o profesiones afines: 14

De un total de 105 trabajos inscritos se presentaron 77 bajo la modalidad de carteles (inscritos previos 80), 21 como trabajos libres de presentación oral (inscritos previos 22) y 3 audiovisuales (inscritos previos 3). Hay que resaltar la inasistencia o el retardo a las 7 a.m. de varios de los miembros de la Sociedad integrantes de las mesas de presentación de los trabajos libres, lo cual trajo como consecuencia el inicio tardío de las mismas, dificultando el desarrollo del resto del programa, las más sinceras palabras de reconocimiento a los que cumplieron con su deber.

DÍA MIÉRCOLES 12 DE SEPTIEMBRE: CURSOS Y TALLERES PREJORNADAS

Manejo integral del politraumatizado (MIP)

Coordinador: Dr. Pablo Ottolino.

Este curso de gran interés para médicos generales y cirujanos transmitió a sus asistentes las conductas más adecuadas en el manejo del politraumatizado, las cuales con la extraordinaria experiencia de la unidad de atención de politraumatizados "Dr. Fernando Rodríguez Montalvo" del Hospital Domingo Luciani están muy bien definidas. La práctica y la visión de experimentados cirujanos nacionales profesores en el área del manejo del politraumatizado hicieron de este curso además de interesante y ameno, de una gran utilidad. Su difusión y la repetición del mismo debe ser propiciado por la SVC, ya que el politraumatizado

* *Secretario General de la Sociedad Venezolana de Cirugía*

es la práctica diaria de los médicos generales, residentes y cirujanos jóvenes en el país y ocupa la primera causa de mortalidad e incapacidad de la población joven.

Suturas endoscópicas

Coordinador: Dr. Carlos Caballero

En unión de esfuerzos de la Unidad de Investigación en Cirugía Laparoscópica de la UCLA y del Instituto de Cirugía experimental de la UCV. Fue posible el desarrollo de este curso. Participaron 14 médicos entre cirujanos y residentes, quienes con modelos inanimados en cajas negras, así como en tejidos vivos (gallinas) todos los cursantes realizaron ejercicios de suturas extracorpóreas e intracorpóreas. La organización del curso contó con el apoyo de Johnson & Johnson, Distribuidora Atlantis y del Capítulo Bolívar de la SVC.

Ecografía para cirujanos

Coordinador: Dr. Jorge Rabat

En la realización de este curso los 22 asistentes pudieron apreciar la utilidad y el uso de este recurso tecnológico para el diagnóstico y orientación de muchas patologías abdominales y de gran utilidad para definir la conducta quirúrgica a seguir sobre todo en patologías agudas.

DÍA JUEVES 13 DE SEPTIEMBRE

Reintervención laparoscópica

Coordinador: Dr. Jesús Ayala

Participantes: Dr. Juan López Corvalá (Méjico)

Dr. José Pinheiro (Brasil)

Dr. Rene Hartman (USA)

Dr. Juan López Corvalá hizo referencia a las reintervenciones debido a complicaciones posteriores a cirugías del hiato esofágico realizadas por laparoscopia pueden ser abordadas en casi su totalidad también por laparoscopia, dependerá esto fundamentalmente de la experiencia del cirujano. Cabe destacar que la mejor manera de prevenir las complicaciones de la cirugía de la unión gastro esofágica o del hiato por la laparoscopia es cumplir con la buena escogencia del paciente, su buen estudio y aplicar la mejor técnica operatoria. Insistió en que la nueva válvula o nuevo esfínter inferior esofágico creado con la cirugía debe quedar holgado para lo cual en la mayoría de los casos hay que seccionar los vasos cortos para dar mayor movilidad al fundus gástrico, el arropado debe ser corto, no menos de 3 cms. y no mayor de 5 cms de alto. Deben cerrarse los pilares y en caso de una amplitud del hiato no debe forzarse su cierre y deben uti-

lizarse material protésico, preferiblemente mallas recubiertas con material que produzca menos reacción local y adherencias. El Dr. López Corvalá destacó que para la hernioplastia por laparoscopia deben cumplirse los principios básicos de la reparación quirúrgica de las hernias. Es fundamental el conocimiento anatómico de la región inguinal por su lado posterior o cara intraabdominal. Su curva de aprendizaje es lenta y se recomienda iniciarse por la técnica transperitoneal. Concluyó su exposición el Dr. López Corvalá con el siguiente enunciado: el aprendizaje de las reparaciones por laparoscopia de las hernias inguinales se paga con las complicaciones, por lo que recomienda que en las primeras cirugías siempre debe acompañar al que se esta iniciando un cirujano de experiencia y tener un buen entrenamiento previo de la técnica. Recomendó esta tipo de reparación en las hernias recidivadas.

El Dr. José Pinheiro en su brillante exposición sobre cirugía bariátrica fallida destacó el gran aumento de esta modalidad quirúrgica para el tratamiento de la obesidad, aproximadamente 750.000 intervenciones al año en el mundo. Como la principal falla se refirió a los no buenos resultados en el paciente para perder peso o los síntomas que pudiesen presentar los pacientes como lo son intolerancia a los alimentos, las náuseas o los vómitos. Otro aspecto son las complicaciones en si del procedimiento, como lo son la fuga de las anastomosis y las fístulas, las cuales deben ser detectadas tempranamente para su resolución, lo que garantiza el buen pronóstico de las mismas. Las reintervenciones de la cirugía bariátrica realizada por laparoscopia deben ser hechas nuevamente por laparoscopia, por un equipo bien entrenado en esta modalidad de cirugía, de manera de brindarle al paciente la mejor resolución de su problema.

El Dr. Rene Hartman coordinó en esta sesión una transmisión en vivo de una cirugía desde el Baptist Hospital de Miami (USA) realizada por el Dr. Manuel Viamonde y su equipo. Inicialmente se había paudado que dicha cirugía sería de un caso dentro del tema a tratar de cirugía fallida, pero no se pudo tener el paciente con esas características, por lo que con la venia de la audiencia se trasmirió una cirugía de colon de mucho interés para los cirujanos "resección del sigmoides por enfermedad diverticular y anastomosis término terminal colo-rectal con autosuturadoras" sirvió esta para destacar los pasos de este tipo de cirugía y tener presente los posibles puntos en donde pudiera haber complicaciones, los cuales fueron muy bien señalados por el Dr. Hartman quien tiene gran experiencia en este campo, entre éstas: cuando se disecciona el meso colon en la cercanía de los uréteres, tenerlos siempre presentes y visualizarlos muy bien para no lesionarlos, así como también cuando se realiza la anastomosis entre el recto y el colon descendente de asegurarse su buena orientación anatómica, el buen diámetro de la misma y su impermeabilidad, para lo cual destacó el uso de pegamentos con el fin de garantizar su buen sellado.

Abdomen abierto

Coordinadora: Dra. Rita Gaitán

Participantes: Dr. Enrique Montbrun

Dr. Pablo Ottolino

Dr. Jesús Velásquez

El abdomen abierto es una modalidad quirúrgica que ha revolucionado el tratamiento del abdomen complejo y cuyo uso cada vez es mayor en el manejo del trauma abdominal, gran problema nacional por la violencia y accidentes en nuestra población. En los pacientes en los cuales se ha implementado esta modalidad terapéutica se ha logrado disminuir la mortalidad. La finalidad de esta técnica en el manejo del abdomen es disminuir la presión intraabdominal que conlleva en consecuencia a la disminución de las repercusiones locales y sistémicas de la misma. No hay indicaciones precisas para su uso, pero lo que sí es seguro es la benevolencia de su aplicación. La aplicación de esta modalidad terapéutica puede también traer complicaciones, las cuales son controladas y que deberán ser resueltas posteriormente a su implementación, como lo son el cierre de la pared abdominal, el cual debe controlarse con la aplicación de la bolsa de Bogotá o con la implementación de dispositivos con materiales como esponjas y aplicación de vacío para mantener la zona seca de secreciones, colocación de mallas o elementos cutáneos aponeuróticos del mismo paciente. La otra complicación importante en el manejo del abdomen abierto son las fístulas intestinales, las cuales tienen diferentes grados de complejidad, pero lo que sí es cierto es que estos pacientes requieren de soporte nutricional temprano en su manejo integral y más aún cuando presentan como complicación una fístula intestinal.

Almuerzo conferencia: "Cirugía metabólica". Dr. José Pinheiro (Brasil). El Dr. Pinheiro en una forma clara y precisa, con un análisis muy detallado y científico nos expuso la posibilidad de una solución quirúrgica para un problema mundial de gran magnitud como lo es la diabetes. Los basamentos de esta cirugía se derivan de las observaciones de la evolución del problema de diabetes secundaria en los pacientes obesos y del manejo de la insulina que ejercen las cirugías derivativas del tránsito gastro intestinal, al realizar los procedimientos quirúrgicos bariátricos; extrapolando estos efectos de la cirugía para la obesidad, se propuso un programa de estudio del efecto de la cirugía derivativa gastro intestinal en los pacientes diabéticos a nivel mundial, del cual él forma parte del grupo que lleva a cabo el protocolo de investigación clínica. El procedimiento quirúrgico propuesto establece la derivación del tránsito del duodeno desde la primera porción inmediatamente postpilórico a 50 cms más distantes en el yeyuno, realizando una derivación en Y de Roux. Los cifras preliminares reportan una disminución de las cifras de glicemia,

control de los niveles de insulina y sin efectos importantes en el peso de los pacientes, los cuales en una gran mayoría son de índice de masa corporal normal o más aún por debajo de los valores normales; en conclusión: es todavía prematuro hablar de las bondades de este procedimiento, pero parece que será una solución quirúrgica a un problema médico importante.

Evitando errores en el quirófano

Coordinador: Dr. José Manuel De Abreu

Participantes: Dr. Robert Vásquez (urólogo)

Dr. Norma Mejías (anestesiólogo)

Dr. Carlos Caballero (cirujano general)

Una de las más interesantes de las actividades de la jornada la constituyó esta mesa redonda, los participantes y conferencistas de la misma nos recordaron de todas las posibles complicaciones que pudiese afrontar el cirujano en su práctica diaria y las cuales debemos tenerlas siempre presentes, ya que ellas podrían ser además de una complicación para el paciente y alterar la buena marcha y el éxito de la cirugía, el causal o motivo del inicio de un proceso médico legal.

El Dr. Robert Vásquez hizo énfasis en las complicaciones urológicas como pudieran ser: las lesiones del uréter en su porción alta y media, generalmente obedecen a cirugías del colon y sobre todo por cáncer; las del uréter bajo y vejiga a cirugías pélvicas con mayor frecuencia en donde hay mayor adherencias como patologías tumorales, endometriosis y/ o procesos inflamatorios pélvicos importantes o grandes lesiones tumorales ya sean del útero o de los anexos. Recalcó la necesidad del buen estudio preoperatorio y no tener prisa en la realización del acto quirúrgico, con una buena visualización y disección de los elementos anatómicos.

La Dra. Norma Mejías, se refirió a la visión del anestesiólogo en la prevención de lesiones en los pacientes quirúrgicos y su importancia como parte del equipo quirúrgico. Destacó la posibilidad de las lesiones que pueden ocasionarse por las posiciones del paciente durante el acto quirúrgico, del tipo de pacientes, de la patología en sí y del tipo de cirugía.

El Dr. Caballero llamó la atención de todas las posibilidades de lesiones por calor por los aparatos o tecnologías empleadas en el quirófano, el riesgo de combustión con los gases empleados. De la audiencia surgieron preguntas y comentarios, cabe destacar el realizado por el Dr. Romero Ferrer, expresidente de la Sociedad, quién se refirió al uso de los celulares en el quirófano, que él considera que es un elemento de distracción o perturbación para el equipo quirúrgico, a lo que el Dr. Caballero añadió que eventualmente podría servir como desencadenante de una

combustión en el quirófano, debido a esto solicitó que la Sociedad Venezolana de Cirugía dictara una norma o recomendación referente a la prohibición de su uso en los quirófanos, propuesta aceptada por la mesa y aplaudida por la audiencia.

Conferencia: "Catéter venoso central tipo puerto"

Dr. Francisco Echegaray

El Dr. Echegaray experto en la colocación y manejo de estos catéteres expuso la utilidad e importancia de los mismos para su uso prolongado, ya sea para quimioterapia, alimentación parenteral o para la administración a largo tiempo de antibióticos. Destacó que es fundamental que el paciente, sus familiares y el médico tratante conozcan y cumplan las indicaciones para el cuidado del uso y mantenimiento del catéter que es lo que garantiza su duración.

DÍA VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE

Video Foro: Cirugía laparoscópica difícil.

Resolviendo complicaciones en el quirófano.

Coordinador: Dr. José A. Padrón Amaré

Participantes: Dr. Juan A. López Corvalá.

Dr. René Hartman

Dr. José A. Gubaira M.

El Dr. Juan López Corvalá inició su conferencia con una frase muy acertada "el que lava platos quiebra platos", refiriéndose que el que opera tiene complicaciones. Insistió en la colocación de un trócar o portal adicional en cirugía laparoscópica, no para resolver las complicaciones sino para evitar que se produzcan, por que este puerto adicional nos facilitaría la cirugía. Las complicaciones cuando pasan desapercibidas en el acto quirúrgico se presentan entre las primeras 24 o 36 horas siguientes, y más vale una laparoscopia en blanco cuando la evolución no es lo normal, que una resolución tardía cuando las complicaciones se hacen más severas. Siempre hay que tratar de resolver las complicaciones por vía laparoscópica, cuando se hace cirugía avanzada como cirugía del hiato o cirugía bariátrica debe tenerse la suficiente experticia para resolver las complicaciones inherentes al procedimiento.

El Dr. René Hartman, dividió las complicaciones en cirugía colorectal en 2 tipos, unas inherentes al procedimiento en sí o a la patología que lo originó, las cuales están bien establecidas y otras inherentes al abordaje o procedimiento laparoscópico, las cuales disminuyen con la experiencia del operador. Recomienda que hay que cerrar los orificios de los portales mayores de 5 mms. El mito de la siembra de cáncer en los portales está definitivamente aclarado, lo cual no es el por el procedimiento lapa-

roscópico en sí, sino por la mala técnica en el manejo de la pieza. Deben researse todas las lesiones del colon, para lo cual recomienda el tatuaje de las mismas la tinta china, que es más duradero y hay que tener presente que las medidas en los procedimientos endoscópicos o distancia que los gastroenterólogos hacen referencia donde están situadas las lesiones, en muchas oportunidades no concuerdan con los hallazgos y generalmente el margen de error es amplio. El mayor número de lesiones iatrogénicas se producen en el intestino delgado, las cuales por suerte la gran mayoría (66%) se detectan y se corrigen en el mismo acto operatorio, éstas representan la primera causa de muerte. Los guidores ureterales ya sean normales o con luz no disminuyen las lesiones de los mismos, pero si facilitan su diagnóstico intraoperatorio para implementar su resolución inmediata, no son de uso rutinario sino en casos seleccionados en donde por los estudios preoperatorios se puede predecir adherencias o invasión de los uréteres, como son en caso de las recidivas tumorales o en procesos inflamatorios importantes. La segunda causa de complicación en cirugía colon rectal es la hemorragia o el sangrado, generalmente siempre es percibida y se resuelve manera inmediata, es necesario la buena disección y ligadura de los elementos vasculares.

El Dr. J. A. Gubaira M. manifestó que la colecistectomía por laparoscopia es el tipo de intervención mayormente realizada por los cirujanos generales o de vías digestivas y por lo tanto el número de complicaciones es la mayor en la cirugía laparoscópica. Una de ellas es la lesión de las vías biliares que se pueden prevenir con el uso rutinario de la colangiografía operatoria, aunque la misma no es posible en un 100% de los casos, pero recomienda su uso rutinario, ya que da al operador las destrezas para los casos más difíciles, en donde su uso es de gran ayuda para visualizar e identificar los elementos del árbol biliar. La cirugía pancreática es compleja y difícil, su principal complicación es el sangrado por la cantidad de elementos vasculares que rodean al páncreas, pero no debemos desesperarnos y tratar de resolver el sangrado por vía laparoscópica, para lo cual es indispensable el conocimiento de la anatomía de la zona y la experiencia técnica del cirujano.

Conferencia: "Tromboembolismo en el paciente quirúrgico"

Dr. Carlos Hartmann Otero

El Dr. Carlos Hartmann presentó en su conferencia de una manera clara y precisa que esta entidad nosológica importante puede comprometer la evolución de los pacientes operados y no se le ha dado la importancia debida. El 70% de los casos fatales por esta causa no son diagnosticados, solamente del 10 al 20 % son sintomáticos y con una mortalidad alta del 30 % si no son

tratados de forma inmediata. Son múltiples los factores protrombóticos que hay que tener en cuenta en los pacientes quirúrgicos y nos permiten clasificar a estos de bajo, mediano y alto riesgo para tromboembolismo. Esta clasificación es importante, ya que permite tomar las medidas preventivas en los pacientes quirúrgicos y las mismas fueron bien establecidas por el II Consenso Venezolano sobre Enfermedad Tromboembólica, las cuales deberían ser propuestas por la Sociedad Venezolana de Cirugía como normas de buena praxis quirúrgica a sus miembros y al resto de los cirujanos del país.

Simposio sobre infecciones.

Coordinador: Dr. Carlos Hartmann Otero

Participantes: Dr. Leonardo Bustamante
Dr. Federico Naranjo
Dr. Raúl Istúriz

Durante el desarrollo de este simposio, los asistentes pudimos escuchar actualidades en este campo tan importante para el cirujano.

El Dr. Leonardo Bustamante expositor del tema sobre el síndrome de Fournier recomendó que lo más importante es el diagnóstico precoz y el tratamiento multidisciplinario, debido a que esta patología es una infección limitada. La demora del tratamiento o una mala indicación terapéutica favorece su difusión convirtiéndose en una fascitis necrotizante entidad de difícil control y de gran gravedad.

El Dr. Federico Naranjo señaló con respecto a la sepsis que a ésta le corresponde el 30 % de la mortalidad de los pacientes graves y que el 16 % de ellos son de punto de partida abdominal. Los accidentes y la violencia en el país son la primera causa, pero las lesiones durante la cirugía laparoscópica también ha contribuido con los números de ellas. Es fundamental conocer la microbiología de las peritonitis orientándose por la microbiología de los líquidos gastrointestinales, de esto depende la selección del antibiótico o de la combinación más adecuada de los mismos.

El Dr. Raúl Istúriz, infectólogo de gran experiencia, versó su conferencia sobre el problema que significa el paciente diabético y sobre todo el problema del pie diabético, el cual deja incapacitado cada año a muchas personas debido a las amputaciones por el mal manejo de la diabetes. Múltiples son las lesiones por su fisiopatología en el paciente diabético, lo cual lo hace muy especial y es deber del cirujano conocer todas ellas para poder entender y manejar lo mejor posible esta patología. La posibilidad de contaminación local por estafilococos y diseminación de la infección en estos pacientes es muy alto por sus características, y los

gérmenes más resistentes se han aislados de estos pacientes.

Almuerzo conferencia: Mucosectomía rectal con autosuturadora PPH.

Dr. Ricardo Alfonzo

El Dr. Ricardo Alfonzo es muy conocedor del tema y en el manejo de este instrumento "PPH" para el tratamiento de las afecciones ano rectales. Basa su aplicación en la realización de una mucosectomía circular. La evolución de los pacientes a quienes se les aplica es generalmente excelente. Las complicaciones en su aplicación pueden ser menores ó mayores, estas dependerán de la experiencia del cirujano, para lo cual recomendó entrenarse en su uso y hacerse acompañar por un cirujano experto en los primeros casos a realizar.

Conferencia: "Ilícitos amenazan la salud pública y a la industria farmacéutica"

Dra. Esther Ávila (farmacéuta)

La Dra. Ávila en su exposición puso de manifiesto y alertó a los asistentes del problema que hay en la actualidad con los ilícitos o falsificaciones de productos farmacéuticos, los cuales se venden libremente y que han generado un mercado ilegal lucrativo en detrimento del público o pacientes que los usan, además del daño que ocasionan ya sea por si mismo o por falta de acción del medicamento en si, que el paciente cree estar tomando el tratamiento adecuado y en consecuencia puede poner en riesgo también al médico o facultativo, quien a su vez cree estar cumpliendo a cabalidad su responsabilidad al prescribir la medicación.

Endoscopia actual.

Coordinador: Dr. Rafael Badell

Participantes: Dr. Jorge Landaeta (gastroenterólogo)
Dra. Nelly Subero (gastroenteróloga)
Dr. Leonardo Sosa (gastroenterólogo)
Dr. Salvador Navarrete (cirujano general)

Los avances tecnológicos de los equipos endoscópicos han permitido un mejor diagnóstico de las patologías digestivas, lo que ayuda a su vez a los cirujanos a un mejor y más preciso tratamiento quirúrgico. Por otra parte, también estos avances han permitido modalidades terapéuticas por la vía endoscópica que benefician a los pacientes, por supuesto no exentas éstas de complicaciones o fallas, pero cada día pueden resolverse más patologías del tracto digestivo con estas técnicas. Las lesiones sangrantes deben ser tratadas por un equipo de médicos, con una metodología estandarizada y definida, de forma temprana para obtener los mejores beneficios. Los equipos de ecoendos-

copia permiten definir las patologías del esófago, mediastino, del estómago y de las estructuras adyacentes, permiten tomar biopsias y definir la extensión de la enfermedad inflamatoria o maligna. Las endoscopias tienen sus complicaciones y en éstas el cirujano puede intervenir para su resolución a quien debe llamarse en forma oportuna y temprana.

SÁBADO 15 DE SEPTIEMBRE

Buenas cirugías con malos resultados

Coordinador: Dra. Carmen Irene Alves

Participantes: Dr. Miguel Maita Maita

Dr. René Hartman

Dr. Luis Arturo Hernández (ginecólogo)

El Dr. Miguel Maita expresó que el dolor luego de la cirugía de la hernia inguinal es una entidad no bien definida, ni bien determinada su incidencia, pero constituye un problema difícil de tratar cuando se presenta.

El Dr. René Hartman se refirió a la recurrencia local del cáncer del recto que está en muy estrecha relación con el tratamiento oportuno y adecuado en primera instancia y depende también de la experiencia del cirujano, además de otros factores inherentes a la enfermedad en sí. La posibilidad de cirugía de las recidivas depende de la evaluación preoperatorio y debe ser intervenida por un equipo multidisciplinario.

El Dr. Luis Hernández realizó un análisis de las complicaciones o malos resultados de la cirugía pélvica, toda una gran gama de fallas y complicaciones que requieren de cirujanos expertos en el área. Actualmente hay la tendencia al uso de las mallas de materiales que producen poca reacción para la corrección de los defectos del piso pélvico.

Ostomías

Coordinador: Marcos Sorgi

Participantes: Dr. Vicente Bozza

Dr. Sergio Martínez

Dr. Álvaro Montilla

El Dr. Vicente Bozza, cirujano de colon y recto, en una forma concisa y clara y basado en la experiencia nacional expresó que el cierre primario de las lesiones del colon es un procedimiento con buena aceptación y lo recomienda versus a la realización de colostomías, aún cuando se realice el cierre no estando el colon preparado, ya que actualmente se cuestiona la utilidad de la preparación.

Tanto el Dr. Sergio Martínez como el Dr. Álvaro Montilla

recalaron que se debe pensar que una colostomía puede dar vida y que su realización es útil en muchos casos, pero su uso no es nada agradable para el paciente y para su entorno y que un buen número de ellas tienen complicaciones, por lo que su realización debe hacerse con una buena técnica.

En el acto de clausura el Dr. Rafael A. Ramírez Lares como secretario de la Sociedad realizó un resumen a los asistentes de la Jornada, expuesto en estas líneas más ampliamente, despidiéndose en su nombre y en el del resto de la Junta Directiva, con la satisfacción por el evento realizado, felicitando a los organizadores del mismo, Dra. Zoraida Pacheco Secretaria de Organización de la Junta Directiva Nacional y a los Drs. Gonzalo Moros Inciarte y Antonio Mallén del capítulo Bolívar, a sus señoras esposas, quienes con sus atenciones, hospitalidad y simpatía hicieron que la estadía de los acompañantes por estas tierras cálidas y privilegiadas por la naturaleza pasen a lo inolvidable en sus recuerdos.

El Dr. Antonio Mallén solicitó la palabra para leer unas líneas por petición del Dr. Luis E. Clavo a los asistentes al acto de clausura, las cuales expresaron con gran profundidad todo su sentimiento de afecto y agradecimiento por llevar su nombre estas jornadas. Estas palabras se publicarán en la revista de la Sociedad por petición hecha a la Junta Directiva por el Dr. Nassim Tatá Saldivia (expresidente de la Sociedad).

Se juramentaron 21 nuevos miembros de la Sociedad, entregándoseles los diplomas y botones respectivos que lo acreditan como tales.

CAPÍTULO SEDE

DR. DAVID MAURICIO DUARTE BARRERA

DR. CARLOS ALBERTO ANDERSON GONZÁLEZ

DRA. MARGARITA WAICH

DRA. OMAIRA A. RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

DR. LUIS GABRIEL GONCALVES VERA

CAPÍTULO BOLÍVAR

DR. DAVID HERRERA MORALES

DRA. ELEAMAR BEATRIZ ROJAS VIVAS

DR. ROBERTO ECHEVERRÍA IRUSTA

DR. RODOLFO PANITTI DI FRANCESCO

DR. GILBERTO PERALTA PRADA

DRA. MARLUCHA CYNTHIA TION CALOR

DRA. CINDY RODRÍGUEZ FLORES

DR. RAFAEL DÍAZ MADRIZ

DR. CARLOS JOSÉ AÑANGUREN RIZO

DRA. NAYIT MARÍA DUN

CAPITULO CARABOBO

DR. PEDRO JESÚS ORTIZ CEDEÑO
DR. RICARDO JOSÉ VALDIVIESO SÁNCHEZ

CAPITULO FALCÓN

DR. MARCOS ROMERO MONCADA

CAPITULO LARA

DRA. MARÍA AUXILIADORA CASTILLO ROJAS
DRA. ILEANA K. GUARENAS P.

CAPITULO NUEVA ESPARTA

DRA. ANA MARÍA OCHOA VECCHIONE

Luego se dio lectura a los veredictos de los jurados referentes a los premios de la Sociedad Venezolana de Cirugía que se otorgan en las jornadas nacionales, correspondientes a esta

LXIV Jornada. En estas jornadas lamentablemente los jurados evaluadores de los trabajos declararon desiertos los tres premios en las tres diferentes modalidades, (cartel, video y presentación oral) no dejando de resaltar la calidad de una gran mayoría de los trabajos presentados y se otorgó mención honorífica a la presentación audio-visual "Apendicectomía laparoscópica. Modelo de entrenamiento" realizado por los doctores Alexis Sánchez-Ismayel, Omaira Rodríguez, R. Sánchez, J. Paredes, del Hospital Universitario de Caracas.

Para finalizar el Dr. Jorge Zito presidente de la Sociedad clausuró el acto con palabras de bienvenida a los nuevos miembros, realizó la invitación al Congreso Nacional del próximo año 2008 en Caracas, agradeció a las empresas participantes y patrocinantes del evento, así como también a los organizadores, dejando clausurada la LXIV Jornada Nacional de Cirugía con sentimientos de gratitud, afecto y satisfacción del deber cumplido.

**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Comisión de Postgrado
Sociedad Venezolana de Cirugía**

**Reunión Interhospitalaria
Postgrados de Cirugía General
Área Metropolitana**

**Hospital Universitario de Caracas
Auditorio**

**Sábado 02 de febrero de 2008
8:00 am**

**Actualización del tema
GENÉTICA EN CIRUGÍA**

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. CARLOS EDUARDO CLAVO, DURANTE LA LXIV JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA QUE LLEVÓ SU EPÓNIMO, PUERTO ORDAZ, SEPTIEMBRE DE 2007

Ante todo agradezco en su justa magnitud, este noble gesto que han dispensado a mi humilde persona pero luego ante ustedes a un tiempo orgulloso y también confuso.

En mi condición de médico cirujano que recibe el nombre de estas jornadas, cuyas designación me cupo el honor de recibir por mandato generoso de mis colegas, me complace dar las más calurosa y emocionada salutación de bienvenida a los apreciados colegas que nos visitan desde todos los confines de la patria, a sus distinguidas esposas y familiares, así como las ilustres personalidades que prestigian con su presencia este acto inaugural.

La vida es un viaje y vale la pena hacerlo. El honor que me han concedido en realidad es la vida que te devuelve todo lo que haces, ya que nuestras vidas es reflejo de nuestras acciones. Si deseas más amor en el mundo, crea más amor a tu alrededor. Si deseas más felicidad dala a los que te rodean. Si quieres más sonrisa en el alma, dirige una sonrisa al alma de los que conoces. Esta relación se aplica a todos los aspectos de la vida. La vida no es una coincidencia, es un reflejo de ti, sino no te gusta lo que recibes de vuelta, revisa bien lo que estás dando, nos consolamos con poco porque con poco nos afligimos. Lo más excelente de todas las virtudes es la justicia.

En la vida de todo hombre de ciencia hay un día inolvidable. La consideración de los otros se gana prolongando la nuestra. El éxito no es una donación sino una conquista. Este honor fortalece el espíritu y conforta el alma.

El sentido original de las tres palabras que describen nuestra profesión ya es altamente iluminador. La palabra físico deriva del griego Phycis (naturaleza) lo que denota que la raíz del médico es el entender la naturaleza de las cosas; la palabra médico viene de mederi, curar y el reflejo med significa meditar o pensar, por lo que el médico equivale a pensador y curador, el vocablo "Doctor" originalmente significa maestro, instructor, es decir, somáticamente; nuestra profesión entraña aprender, saber, curar y enseñar.

A su vez, la palabra medicina no sólo quiere decir lo que hacen los médicos, pues muchas grandes figuras de la historia médica, como Pasteur y Lenwenhook no fueron médicos, sino

que denota también una ciencia social que se vale de los métodos de la ciencias naturales para alcanzar cuatro objetivos: promover la salud, restaurar la salud, prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

La vida es para vivirla. El maestro Gregorio Marañón dijo él que sacrificó su propia existencia, sin más beneficio que el exclusivo de "durar" dejando de gozar los encantos que nos da el mundo, con generosa copiosidad; llevar el corazón con el freno atascado para no emocionarte ante lo bello, lo grande y lo injusto de la vida y hacer esto pensando, en cada placer evitado se convertirá en una hora más de la fría existencia senil. Se compra el derecho a la vejez, pagándola a un precio muy caro; con la moneda aurima y sonante de la juventud. El que vive a medias para vivir mucho, es el que a la postre teme a la vejez, mientras que el que disfrutó de la vida a plenitud, acepta la declinación vital como un fenómeno normal.

"El desorden desayuna con la abundancia, almuerza con la pobreza, cena con la miseria y se acuesta con la muerte"
Selecta concurrencia.

Dejo para concluir mi tremenda palabra de reconocimiento, de que esta prerrogativa sobrepasa los límites de mi ambición y que en esta hora de máxima obligatoriedad la comparto con mi noble esposa. Para ti amadísima compañera, que has inspirado siempre mis mejores pensamientos y me has estimulado con tu virtud y tu clásica abnegación para proseguir con nuestros queridos hijos, la batalla de la existencia, hoy la misma cálida ternura que correspondió a la iniciación de nuestra inmovible comunidad espiritual, te invito para continuar con ellos, nuestra comunidad hogareña, trajinando el camino que nos corresponde, felices y confiados en que el porvenir, como el presente caso prosiga ofreciéndonos sus francas y risueñas perspectivas.

Termino con estas palabras sobre la felicidad, escrita por el profesor Mira y López.

"Estudiaste para aprender, aprendiste para saber, supiste para servir, serviste para ser útil y eres útil para ser feliz"...





XXIX CONGRESO VENEZOLANO Y III INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**“Mitos y realidades
de las nuevas tecnologías”**

11 al 15 de Marzo de 2008
Hotel Tamaniaco Intercontinental
Caracas, Venezuela

Cursos Precongresos
Conferencias Magistrales
Programas de las Secciones

Temas
Avances en Oncología
Patología Ginecológica
Transplante de Órganos
Patología Esofágica
Cirugía Mínimamente Invasiva
Obesidad Mórbida
Educación en Cirugía
Transplante de Órganos