

# REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA



MIEMBRO DE ASEREME

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

VOLUMEN 59

– NÚMERO 1 –

MARZO 2006



# JOURNAL OF THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY

VOLUMEN 59 - N°1 - 2006

## TALLER DE ACTUALIZACION EN INFECCIONES

**FECHA:** Sábado 07 de octubre de 2006.

**LUGAR:** Auditorium del Hospital Central de Maracay,  
Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo,  
extensión Aragua.

**COORDINADORES:**

Dr. Jaime Díaz Bolaños. (Director del Comité de Infecciones SVC)  
Dra. Rita Gaitán Presidenta (Capítulo Aragua SVC).

**PROGRAMACIÓN:**

08:30 – 08:35 a.m. Palabras de Bienvenida. Dra. Rita Gaitán.  
08:35 – 08:55 a.m. Cirugía y enfermedades tropicales reemergentes. Dr. Federico Briceño.  
09:00 – 09:20 a.m. Nuevos antibióticos útiles en infecciones quirúrgicas.  
Dr. Federico Naranjo Briceño.  
09:25 – 09:45 a.m. Uso de antibióticos en infecciones intraabdominales y pélvicas.  
Dr. Federico Naranjo Briceño.  
09:45 – 10:00 a.m. Receso.  
10:00 – 10:20 a.m. Manejo de las fístulas colonicas.  
10:25 – 11:00 a.m. Mesa Redonda-Controversias en el tratamiento de las infecciones  
ginecológicas.

**Coordinador:** Dr. Jaime Díaz Bolaños.

**Participantes:** Dra. Rebeca Medina (Cirujano General - Caracas),  
Dr. Carlos Franco (Cirujano - Caracas),  
Dra. Maria Correa (Cirujano General - Maracay),  
Dr. Leigston Álvarez (Gineco - Obstetra- Maracay) y  
Dr. Federico Naranjo Briceño (Infectólogo -Caracas)

Dirigido a estudiantes de medicina, residentes de cirugía, médicos generales, cirujanos, ginecólogos y obstetras.



## JUNTA DIRECTIVA 2004-2006

### Presidente

Dr. Nassim Tatá Saldivia

### Vicepresidente

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

### Secretario General

Dr. Jaime Díaz Bolaños

### Tesorero

Dr. Rafael Bustamante Ch.

### Secretario de Doctrina

Dr. Elio Tulio Álvarez

### Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. Rafael Ramírez Lares

### Secretario de Organización

Dr. Joel Gómez M.

### Directora Ejecutiva

Dra. M. Zoraida Pacheco P.

## COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

### Edición

Dra. Zoraida Pacheco P.

### Coordinación

Dr. José F. Vivas A.

Dr. Rubén Henríquez

(Web-master)

Dr. Alí Peñaloza

Dra. María Teresa Luna A.

Dra. Jenny-Ann Benotto P.

Dr. Nelson Téllez.

|                |    |
|----------------|----|
| Editorial..... | VI |
|----------------|----|

## ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Soporte nutricional en pacientes con abdomen abierto.

|                                                                                      |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Jesús O. Velázquez, Jon Urbistazu, Morella Vargas, Indira Guedez, María Cadenas..... | 1 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|

Cierre del muñón apendicular con Ligasure™ en conejos. Un reporte preliminar.

|                                                                                    |   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Rodolfo Miquilarena, Paul Coronel, Rubén Arocha, Eduardo Troconis, Hugo Navas..... | 8 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|

## ESTUDIOS RETROSPECTIVOS Y DE REVISIÓN

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Estenosis biliares benignas. Experiencia 62 casos ..... | 12 |
|---------------------------------------------------------|----|

Dilmo Hinestroza Valbuena, Dora M. Colmenares, Dilmo Hinestroza Finol.

Experiencia en el tratamiento quirúrgico de las neoplasias periampulares.

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ali Godoy, Juan Herrera, Juan Liuzzi, Tomás A. Machado, Ismael A. Salas, Gueisy Delgado. .... | 18 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## DOCENCIA

Programa único homologado en cirugía general.

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Rafael A. Ramírez Lares ..... | 23 |
|-------------------------------|----|

## CONCLUSIONES DEL XXVIII CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA.....

27

## HISTORIA DE LA CIRUGÍA EN VENEZUELA

Doctor Luis Razetti y el renacer de la medicina en Venezuela.

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Leopoldo Moreno Brandt ..... | 31 |
|------------------------------|----|

## LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA

|                        |    |
|------------------------|----|
| Próximos eventos. .... | 38 |
|------------------------|----|

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Instrucciones a los autores – Reglas generales..... | IV |
|-----------------------------------------------------|----|

# Marzo 2006

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

VOLUMEN 59 - N°1 - 2006

Editorial.....

## PROSPECTIVE STUDIES

Nutritional support in open abdomen patients.

Jesús O. Velázquez, Jon Urbistazu, Morella Vargas, Indira Guedez, María Cadenas.....

Sealing of The appendicular stump with Ligasure™ in rabbits. A preliminary report.

Rodolfo Miquilarena, Paul Coronel, Rubén Arocha, Eduardo Troconis, Hugo Navas.....

## RETROSPECTIVE AND REVISION STUDIES

Benign biliary strictures. 62 case experience .....

Dilmo Hinestroza Valbuena, Dora M. Colmenares, Dilmo Hinestroza Finol.

Experience in the surgical treatment of periampullary carcinoma.

Ali Godoy, Juan Herrera, Juan Liuzzi, Tomas A. Machado, Ismael A. Salas, Gueisy Delgado. ....

## TEACHING

Equalized unique program in general surgery.

Rafael A. Ramírez Lares .....

**CONCLUSIONS. XXVIII VENEZUELAN CONGRESS OF SURGERY .....**

## HISTORY OF SURGERY IN VENEZUELA

Doctor Luis Razetti and the rebirth of venezuelan medicine.

Leopoldo Moreno Brandt .....

## THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY INFORMS

Coming events. ....

Guidelines To Authors – General Rules .....

## VI JUNTA DIRECTIVA 2004-2006

### President

Dr. Nassim Tatá Saldivia

### Vice-president

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

1

### General Secretary

Dr. Jaime Díaz Bolaños

8

### Treasure

Dr. Rafael Bustamante Ch.

### Doctrine Secretary

Dr. Elio Tulio Álvarez

12

### Hospital and Post-graduate Secretary

Dr. Rafael Ramírez Lares

18

### Secretario de Organización

Dr. Joel Gómez M.

### Executive Director

Dra. M. Zoraida Pacheco P.

23

## EDITORIAL STAFF

### Editing

Dra. Zoraida Pacheco P.

### Coordination

Dr. José F. Vivas A.

Dr. Rubén Henríquez

(Web-master)

Dr. Ali Peñaloza

Dra. María Teresa Luna A.

Dra. Jenny-Ann Benotto P.

Dr. Nelson Téllez.

31

38

IV

Dirección: Urbanización Los Dos Caminos, Edf. Centro Parque Boyacá Torre Centro, piso 17, Oficina 173,  
Avenida Sucre, Caracas 1070 • Venezuela 80895. • Teléfonos: 286.81.06 Fax: 286.84.59 •  
Website:www.svcirugia.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 • Teléfonos: (0212) 258.1537 / 258.1906 Fax: 257.1962

**Marzo 2006**

## JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULOS

### 1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

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

### 2. CAPITULO 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. CAPITULO APURE

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

### 4. CAPITULO BARINAS

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

### 5. CAPITULO BOLÍVAR

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

### 6. CAPITULO 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 FALCON

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

### 8. CAPITULO GUARICO

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 Vélez Ríos

### 9. CAPITULO 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. CAPITULO 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. CAPITULO 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. CAPITULO 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 Avelledo

### 13. CAPITULO SUCRE

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

### 14. CAPITULO TACHIRA

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 al C.N.: Dr. Gerardo A. Pérez Duque

### 15. CAPÍTULO TRUJILLO

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

### 16. CAPITULO YARACUAY

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

### 17. CAPITULO ZULIA

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

## SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2004-2006

### 1. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

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

### 2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

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

### 3. CIRUGIA GINECOLÓGICA

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

### 4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Director: Dr. Federico Gattorno  
Secretario: Dr. Miro Quintero  
Vocal: Dr. Álvaro Henríquez

### 5. CIRUGÍA PLÁSTICA

Director: Dr. Ramón Zapata  
Secretario: Dra. Ana Hollebecq  
Vocal: Dr. Alberto Perez-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 Tata  
Secretario: Dr. Alirio Mijares  
Vocal: Dr. Ali Godoy -  
Dr. José Eduardo Gubaira Campos

### 12. COMITÉ DE BIOÉTICA

Director: Dr. Alonso León Rocha  
Secretario: Dr. Germán Cortez  
Vocal: Dr. Nelson Dellán -  
Dr. Federico Gattorno

### 13. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

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

## 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 Bricerio Pimentel  
Dr. Antonio Andrade Manzanero

## MIEMBROS HONORARIOS

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 Bricerio Pimentel  
Dr. Antonio Andrade Manzanero

Dr. Cartas Clavo  
Dr. José León Tapia  
Dr. José M. Cartaya  
Dr. Francisco Aguilera  
Dr. Robinson Gómez  
Dr. Dario Montiel Villasmil  
Dr. Humberto Rivera O.  
Dr. Rafael Alejos  
Dr. Alonso León Roche  
Dr. Miguel Zerpa Zafrañé  
Dr. Gerardo Hernández Muñoz  
Dr. Fernando Rodríguez Montalvo  
Dr. Osear Agüero  
Dr. Julián Viso Rodríguez  
Dr. Pedro Btanco Souchón  
Dr. Francisco Plaza Izquierdo

## MIEMBROS EMÉRITOS

Dr. Osear Rodríguez Grimán  
Dr. Alberto Benshimol  
Dr. Juan Carmona Pereira  
Dr. Erick Eichelbaum  
Dr. José Ángel Puchi  
Dr. Otto Rodríguez Armas  
Dr. Eduardo Castillo Mantilla

## DELEGADOS AL C. N. POR LA SEDE

Dr. Francisco Arcia Romero  
Dr. Luis Oswaldo Báez  
Dr. Rafael Badell  
Dr. Gustavo Baquero  
Dr. César Blanco Rengel  
Dr. Alberto Benshimol  
Dr. Jesús García Colina  
Dr. Alberto García  
Dr. Roger Escalona  
Dr. Antonio París  
Dr. Luis Osear Quintero Dr.  
Miguel Saade  
Dr. Marcos Sorgi  
Dr. Itic Zigelboim

---

## 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 aquellos 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<sup>1/2</sup> 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 a donde 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 antecedentes 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 Uniform 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 cuáles 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

En el marco de la celebración del XXVIII Congreso Venezolano de Cirugía. II Congreso Internacional de Cirugía SVC, realizado en el Palacio de Eventos de Venezuela, Maracaibo, Estado Zulia, del 15 al 18 marzo pasado, contamos con la participación de más de 900 inscritos, un verdadero éxito tanto científico como social. Fueron expuestos 200 trabajos, 67 de presentación oral, 32 videos y 101 carteles.

Se recibieron 35 nuevos Miembros activos, ellos son los colegas: Katyana Alicia Álvarez Rivas, Atilio Alfonso Araujo Aldasoro, Iván Beirutti R., Neptalí Boyer Irigoyen, Nahir Egleé Castillo Natera, Antonio José Contreras Leal, Ángel Eduardo De Lima León, Blanca Isabel Figueroa Romero, María del Pilar García de Bohórquez, Gustavo Adolfo García Zambrano, Dina Luzia Gil Cámara, Rebeca Joya de Castillo, Juan Felipe Lauretta Boscán, Ricardo López Carrasquero, Josefina Ana R. Miranda Aguilera, George Louis Monroy Falcón, Otto Mosquera Martínez, José Rolando Muñoz González, Salvador Navarrete Llopis, José Ramón Noya Vicente, Marconis de Jesús Ocando Gotera, José de Jesús Patiño Márquez, Humberto Enrique Pérez Crespo, Anel Jesús Polanco V., Luis Alberto Porras Durán, Yadira Rosa Pulgar Lugo, Luis Ramón Ramírez Bracho, Luis Alexander Ramírez Mora, Luis Enrique Repizo Bello, Josué Reyes Polanco, Hiliana del Valle Rincón Reyes, Juan Carlos Rojas Meléndez, Juan Enrique Romero, Ricardo Vinzo y Francisco Alberto Zamora Sarabia.

Se designaron 6 Miembros Honorarios, los doctores: Francisco Romero Ferrero, Pablo Briceño Pimentel, Antonio Andrade Manzanero, Pedro Manrique Lander, Ladimiro Espinoza León y Francisco Arcia Romero.

Se designaron 10 Miembros Correspondientes Extranjeros, los doctores: Norberto Mezzadri de Argentina, Eugenio Bueno Ferreira y Luis Paulo Kowalski de Brasil,

John Henry Moore de Colombia, Italo Bragheto M. y Juan Lombardi de Chile, José L. Hernandez O. y Samuel Shuchleib de México, Félix A. Bonilla de Panamá.

Agradecemos al comité organizador local del Congreso, del Capítulo del Zulia, los doctores: Dario Montiel Villasmil, Humberto Rivera Orozco, Alfonso Socorro, Antonio Andrade M., y José Alberto Morales y especialmente a las Sras. Carmen de Rivera y Alicia de Socorro, todo el apoyo que nos brindaron en este evento, lograron conseguir una donación de la Gobernación del estado Zulia, que sirvió para cubrir todos los costos del programa social y de acompañantes diseñado con el apoyo del Comité de Damas, e hicieron posible la presentación de la coral del B.O.D. y Huascar Barradas con su agrupación musical en el acto inaugural y de las Danzas Maracaibo, la noche del viernes. Buen trabajo, mis más sinceras felicitaciones.

También queremos agradecer a Sanofi-Aventis de Venezuela S.A., Laboratorios Pfizer de Venezuela S.A., Johnson & Johnson de Venezuela., Astra Zeneca de Venezuela., Laboratorios Behrens C.A., Laboratorios Weyth S.A., Sandoz - Novartis de Venezuela, Laboratorios Servier S.A, Merck Sharp & Dohme, Bayer S.A., Importaciones Médicas Humany Care, Organón S.A., Disinlimed, Axiomed C.A., Bligsen Electronic., BSN Medical Venezuela C.A., Comercializadora Neopharma de Venezuela C.A., Corporación ALM, C.A., Distribuidora Atlantis I. C.A., Distribuidora Micromed C.A., Pharma S.A., Gresca., 3M Manufacturera Venezuela S.A., Paramedis C.A., Repromédica., Suministros Médicos Jayor C.A., Surgilab Equipos C.A., Iglesia Testigos de Jehová, su participación para el desarrollo de este Congreso y darle mayor brillo al mismo.

**Dr. Nassim Tatá Saldivia.**  
Presidente SVC.

# SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO

VELÁZQUEZ, JESÚS O\*  
URBISTAZU, JON\*\*  
VARGAS, MORELLA\*\*\*  
GUEDEZ, INDIRA\*\*\*\*  
CADENAS, MARÍA\*\*\*\*

## RESUMEN

**Objetivos:** El soporte nutricional es fundamental en los pacientes con trauma severo para disminuir los efectos de la respuesta inflamatoria sistémica y el hipermetabolismo. Se diseñó un protocolo para evaluar la tolerancia y eficacia del soporte nutricional, así como la evolución clínica en los pacientes post operados con abdomen abierto.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente a quienes se les dejó el abdomen abierto con bolsa de Bogotá y recibieron soporte nutricional. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que permanecieron menos de 4 días con el abdomen abierto. Un grupo recibió nutrición parenteral total (NPT) con mezclas tres en uno, otro grupo recibió nutrición enteral a través de yeyunostomía con aguja y catéter y un tercer grupo recibió soporte nutricional mixto.

**Ambiente:** Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario Ángel Larralde. IVSS Valencia Venezuela. Período del estudio entre Mayo del 2002 a Mayo del 2005.

**Resultados:** Ingresaron 24 pacientes al estudio, 46% recibió soporte nutricional mixto (enteral y parenteral), 33% exclusivamente NPT y 31% exclusivamente nutrición enteral. El 75% evolucionó favorablemente egresando al domicilio en buenas condiciones generales, 25% fallecieron debido a falla múltiple de órganos por sepsis severa. En relación al soporte nutricional, 66% de los pacientes no presentó complicaciones, de los que recibieron nutrición parenteral 21% presentó hiperglicemia y de los que recibieron nutrición enteral 13% presentó diarrea. En cuanto a la eficacia de la nutrición enteral 69% de los pacientes alcanzó el 80% de la meta calórica estimada entre el 4º y 5º día del inicio de la administración de la fórmula.

**Conclusión:** El cuidado integral de los pacientes con abdomen abierto, sumado a un esquema de soporte nutricional que se ajuste las condiciones de cada paciente puede ayudar a disminuir la respuesta hipermetabólica así como la morbilidad y mortalidad.

**Palabras claves:** abdomen abierto, soporte nutricional, yeyunostomía, bolsa de Bogotá.

## ABSTRACT

### NUTRITIONAL SUPPORT IN PATIENTS WITH OPEN ABDOMEN

**Objective:** We have designed a protocol to evaluate the tolerance, effectiveness and the nutritional support in post-operated patients with an open abdomen.

**Patients and methods:** We have made a descriptive study, prospective of patients taken part surgically whom we had left an open abdomen with a Bogotá bag, and have received nutritional support. The patients who have stayed for less than 4 days with the open abdomen where excluded. A group received total parenteral nutrition (TPN) with mixtures all in one; another group received enteral nutrition (EN) through a needle catheter jejunostomy (NCJ) and a third group received mix nutritional support. To evaluate the tolerance to the (EN) have include the patients who have received this type of nutrition at least during the 4 days consecutive without present diarrhea or pain. To all the patients we have placed a catheter of jejunostomy by puncture with needle during the surgical act.

**Ambient:** The surgery service I from the Hospital Universitario Ángel Larralde. IVSS. Valencia – Venezuela. in the period between May 2002 to May 2005.

**Results:** 24 patients entered to this study, 46% received mix nutritional support (enteral and parenteral), 33% exclusively TPN and 31% exclusively EN. 75% have evolved favorably withdrawing home in good general conditions, 25% died because a multiple fail of the organs by severe sepsis. In relation to the nutritional support, 66% of the patients didn't present complications, who had received TPN 21%

\* Cirujano General. MSVC

\*\* Residente III año Cirugía

\*\*\*, Médico Nutrólogo.

\*\*\*\* Residente I año Cirugía

Servicio de Cirugía I Hospital Universitario "Ángel Larralde" IVSS. Valencia Venezuela. Enero 2006.

Trabajo ganador del premio "Dr. Fernando Rubén Coronil". En el XXVIII Congreso Venezolano de Cirugía.

presented hyperglycemia and the ones who have received EN 13% presented diarrhea. As far as the effectiveness of the EN 69% of the patients have reached 80% of the caloric goal estimated between the 4th and 5th day of the beginning of the administration of the formula.

**Conclusions:** The integral care of the patients with an open abdomen, added to an scheme of nutritional support that one adjusts to the conditions of each patient can help to diminish the hypermetabolic answer as the morbidity and mortality.

**Key words:** Open abdomen, nutritional support, jejunostomy, Bogotá Bag.

Durante las últimas tres décadas se han alcanzado avances significativos en el manejo quirúrgico de pacientes críticos. Una de las técnicas que se ha desarrollado es el concepto de dejar abierta la cavidad abdominal, procedimiento que se ha utilizado en un grupo selectivo de pacientes con trauma abdominal, infección severa intraabdominal o síndrome compartamental abdominal<sup>(1)</sup>. Se han propuesto diferentes alternativas en el manejo de las heridas para suministrar una cobertura segura a las vísceras, liberar la tensión de la pared abdominal y disminuir la presión intraabdominal; estas medidas incluyen el uso de suturas de retención para reforzar el cierre de la fascia, mallas sintéticas absorbibles y no absorbibles y pinzas de campo para el cierre de la piel solamente. En el Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario Ángel Larralde, Valencia, Venezuela, se utilizan las bolsas de PVC de las soluciones de uso intravenoso. Este procedimiento fue utilizado por primera vez en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá por el Dr. Oswaldo Borrás y es conocido mundialmente como bolsa de Bogotá<sup>(2)</sup>.

El manejo nutricional de estos pacientes es complejo y a la hora de estimar sus requerimientos hay que tomar en consideración varios factores tales como respuesta al estrés, cicatrización e infecciones asociadas. La vía de administración enteral tiene algunas limitaciones debido a trastornos de motilidad por edema intestinal, disminución de la absorción por isquemia esplácnica y alteración en el transporte transcelular. A pesar de que todos estos elementos constituyen una limitante para el uso de la vía enteral, no debemos dejar de considerar esta opción, ya que sabemos los beneficios que representa para el paciente crítico el uso de la vía enteral, sobre todo en el papel que desempeña sobre la respuesta inflamatoria sistémica. Por otra parte, la vía parenteral se recomienda para pacientes con edema intestinal masivo<sup>(3)</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes admitidos en el Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario Ángel Larralde del Seguro Social en Valencia, Venezuela desde Mayo del 2002 hasta Mayo del 2005, quienes requirieron manejo con abdomen abierto y soporte nutricional. De un universo de 31 pacientes, fueron seleccionados 24 para ingresar al estudio. Los pacientes a quienes se les realizó el cierre definitivo del abdomen en 4 días o menos fueron excluidos del estudio. Todos los pacientes estudiados fueron mayores de 18 años de edad. Para evaluar la tolerancia a la nutrición enteral se incluyeron aquellos pacientes que recibieron este tipo de nutrición al menos durante 4 días consecutivos sin presentar diarrea o dolor. A todos los pacientes se les colocó un catéter de microyeyunostomía por punción con aguja durante el acto quirúrgico, utilizando para ello un catéter Cavafix® 14G, o en su defecto un tubo de infusión de soluciones intravenosas utilizando la misma técnica quirúrgica<sup>(4)</sup>. Así mismo, se les colocó un catéter venoso central multilúmen para NPT. En aquellos pacientes con edema intestinal importante o sepsis abdominal se inició con NPT manteniendo el catéter de yeyunostomía permeable con la infusión de 500 ml de dextrosa al 5% a razón de 10 gotas por minuto, con la finalidad de mantener el estímulo trófico sobre la vellosidad intestinal.

Los requerimientos de energía se estimaron utilizando el método directo de 25 a 30 calorías/kg/día. Los requerimientos de proteínas se estimaron en un rango de 1.4 a 1.5 gramos/kg/día<sup>(5)</sup>.

La fórmula enteral empleada fue adn Nutricomp® (BBraun Chile-Lab Behrens Venezuela) a una dilución de 1 caloría/cc. Los pacientes que recibieron nutrición parenteral lo hicieron mediante mezcla total de nutrientes en bolsas "tres en uno" con dextrosa al 50%, aminoácidos al 10% (Poliamin® Lab Behrens, Venezuela), Lipofundin MCT/LCT® al 20% (BBraun Alemania), electrolitos, vitaminas y elementos traza de acuerdo a los requerimientos de cada caso en particular. La eficacia de la nutrición enteral fue definida como la capacidad para nutrir a los pacientes con al menos el 80% de los requerimientos calóricos estimados y la intolerancia fue definida como aquella donde se presentaron evacuaciones líquidas en volumen mayor de 500 ml por lo menos tres veces al día. También se registraron otros datos como tipo, dosis de antibióticos y duración del tratamiento.

Los datos fueron recolectados desde el inicio del sopor-

te nutricional hasta el momento del egreso. El aporte calórico diario por nutrición enteral para cada paciente fue calculado multiplicando el volumen diario administrado por la densidad calórica de la fórmula enteral (1 caloría/cc). En cuanto a la nutrición parenteral total la estimación de las calorías administradas se realizó de acuerdo al volumen de cada uno de los macronutrientes en base a su concentración (dextrosa al 50%, aminoácidos al 10%, emulsión lipídica al 20%).

A todos los pacientes se les realizaron exámenes de laboratorio al ingreso (hematología, glicemia, creatinina, PT, PTT, pruebas de funcionalismo hepático, proteínas totales y fraccionadas, triglicéridos, electrolitos), y controles de acuerdo a los parámetros establecidos en protocolos de soporte nutricional.<sup>(6)</sup>

## RESULTADOS

Del total de 24 pacientes que ingresaron al estudio, 19 fueron hombres y 5 mujeres, con una edad promedio entre 18 y 84 años. Los diagnósticos fueron trauma abdominal, sepsis, pancreatitis y necrosis intestinal.

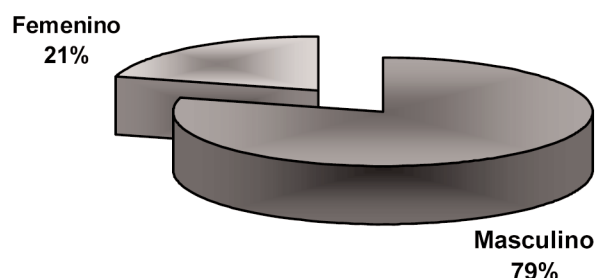
Edad, sexo, diagnóstico y evolución se muestran en la (Tabla 1).

Se puede apreciar que la mayoría de la muestra fue del sexo masculino, 79% (N=19). El sexo femenino representó el 21% (N=5) (Gráfico 1).

En cuanto al tipo de soporte nutricional que se les

(Gráfico 1).

**Distribución de los pacientes por sexo**



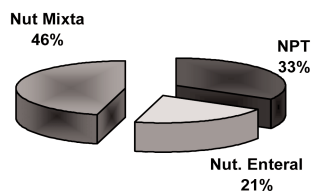
(Tabla 1).

**Edad, sexo, diagnóstico y evolución de los pacientes estudiados**

| Edad | Sexo | Diagnóstico            | Evolución         |
|------|------|------------------------|-------------------|
| 83   | M    | Necrosis intestinal    | Favorable. Egreso |
| 49   | M    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 62   | F    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 50   | M    | Sepsis abdominal       | Favorable. Egreso |
| 18   | M    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 40   | F    | Absceso intraabdominal | Favorable. Egreso |
| 46   | M    | Sepsis abdominal       | Favorable. Egreso |
| 50   | M    | Necrosis intestinal    | Favorable. Egreso |
| 56   | M    | Sepsis abdominal       | Muerte            |
| 84   | M    | Sepsis abdominal       | Muerte            |
| 24   | M    | Trauma abdominal       | Favorable. Egreso |
| 34   | M    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 33   | F    | Necrosis intestinal    | Favorable. Egreso |
| 23   | M    | Trauma abdominal       | Favorable. Egreso |
| 32   | F    | Sepsis abdominal       | Favorable. Egreso |
| 48   | M    | Sepsis abdominal       | Muerte            |
| 30   | M    | Sepsis abdominal       | Muerte            |
| 19   | M    | Sepsis abdominal       | Favorable. Egreso |
| 48   | M    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 53   | M    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 69   | M    | Pancreatitis aguda     | Muerte            |
| 41   | M    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 18   | F    | Pancreatitis aguda     | Favorable. Egreso |
| 66   | M    | Fuga de anastomosis    | Muerte            |

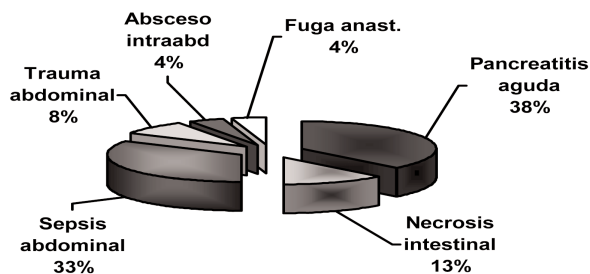
administró, 33% (N=8) de los pacientes recibieron exclusivamente NPT, 21% (N=5) nutrición enteral exclusiva y 46% (N=11) pacientes recibieron soporte nutricional mixto. (Gráfico 2).

(Gráfico 2).

**Distribución de acuerdo al tipo de soporte nutricional**

En el siguiente gráfico se puede apreciar que el diagnóstico con mayor porcentaje fue pancreatitis aguda 38% (N=9), seguida por sepsis punto de partida abdominal 33% (N=8) patologías donde el abdomen abierto y el soporte nutricional constituyen parte fundamental en su manejo. Las otras patologías están representadas por necrosis intestinal 13% (N=3), trauma abdominal 8% (N=2), absceso intestinal y fuga de anastomosis 4% (N=1). (Gráfico 3).

(Gráfico 3).

**Distribución de los pacientes por diagnóstico**

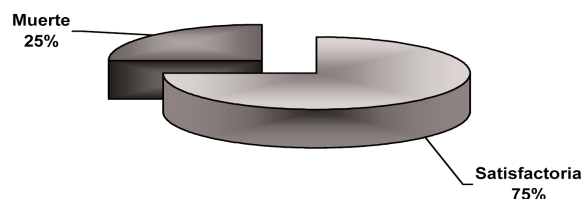
El aporte calórico a través de NPT fue entre 1600 y 1900 calorías ( $\pm$  1800 calorías), con una duración promedio entre 7 y 38 días.

El aporte calórico a través de nutrición enteral fue entre 1800 y 2000 calorías ( $\pm$  1800 calorías) con una duración entre 8 y 40 días.

Los pacientes permanecieron con el abdomen abierto y bolsa de Bogotá entre 4 y 28 días y la estancia hospitalaria se mantuvo entre 10 y 90 días.

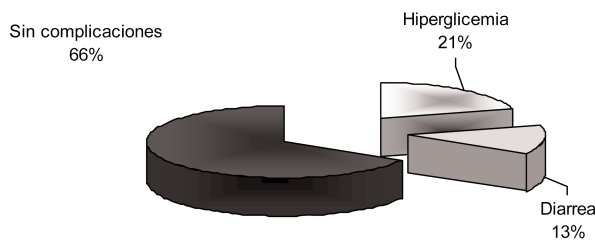
75% de los pacientes (N= 18) evolucionaron favorablemente egresando en buenas condiciones generales, 25% (N= 6) fallecieron a consecuencia de falla multiorgánica punto de partida sepsis, y un caso por pancreatitis aguda complicada. (Gráfico 4).

(Gráfico 4).

**Distribución de acuerdo a la evolución**

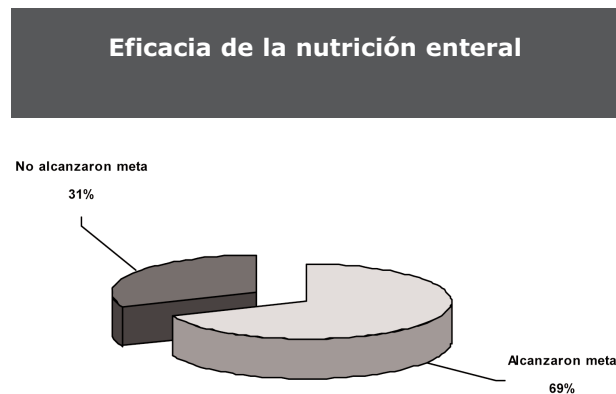
En cuanto a las complicaciones inherentes al soporte nutricional, 21% de los pacientes (N=5) presentaron hiperglicemia (cifras de glicemia mayores a 120 mg/dl) relacionada con NPT, fueron manejados con insulina cristalina dentro de las mezclas de NPT e insulina subcutánea de acuerdo a esquemas previamente establecidos. De los pacientes que recibieron nutrición enteral 13% (N=3) presentaron diarrea y 66% (N=16) no presentaron complicaciones. (Gráfico 5).

(Gráfico 5).

**Complicaciones inherentes al soporte nutricional**

Un 69% de los pacientes que recibieron nutrición enteral (N=11) alcanzaron la meta del 80% de las calorías totales entre el 4º y 5º día del inicio de la administración de la fórmula, 31% (N=5) no alcanzaron este objetivo por presentar diarrea o intervenciones repetidas. (Gráfico 6).

(Gráfico 6).



## DISCUSIÓN

La hipertensión intraabdominal tiene consecuencias negativas tanto abdominales como generales. Desde hace algún tiempo se reconocieron los efectos adversos de la hipertensión abdominal sobre el flujo sanguíneo visceral. Se ha comprobado una reducción del flujo sanguíneo hacia todas las vísceras abdominales, con repercusión importante sobre el lecho esplácnico, lo que produce un efecto directo sobre la vascularización del intestino delgado observándose aumento de la acidosis de la mucosa intestinal con el aumento de la presión intraabdominal<sup>(7)</sup>.

En la actualidad se reconoce la importancia del soporte nutricional, sobre todo la nutrición enteral, en disminuir el riesgo de infección y de insuficiencia orgánica múltiple después de traumatismos craneoencefálicos, de tórax y/o abdomen<sup>(8-11)</sup>. En el caso de los pacientes con abdomen abierto, la vía de elección para la administración del soporte nutricional va a depender en gran parte de las condiciones locales del intestino delgado<sup>(3)</sup>. A pesar de las condiciones adversas, se ha logrado demostrar el efecto positivo del soporte nutricional en pacientes con abdomen abierto<sup>(12-14)</sup>.

Sin embargo, suministrar soporte nutricional adecuado a pacientes con abdomen abierto bien sea por vía parenteral o enteral representa un gran reto<sup>(15)</sup>.

En este estudio se incluyeron 24 pacientes con abdomen abierto que ameritaron soporte nutricional, 46% de la

muestra (N=11) recibieron soporte nutricional mixto iniciándose con NPT posterior a la estabilización hemodinámica, el aporte calórico promedio fue de 1800 calorías con una duración mínima de 7 días y un máximo de 38 días. 33% (N=8) recibieron exclusivamente NPT debido a las condiciones locales de edema intestinal importante a consecuencia de sepsis abdominal severa.<sup>(16)</sup> La nutrición enteral se inició al 4 día del post operatorio a una velocidad de 15 ml/hora alcanzando el 80% de la meta entre el 4º y 5º día en el 69% de los pacientes, con un aporte calórico promedio de 1800 calorías y una duración entre 8 y 40 días. Otros autores han reportado alcanzar el 75% de la meta a los 14 días del inicio de la nutrición enteral<sup>(12)</sup>. Muchos estudios reportan los beneficios de la nutrición enteral temprana en pacientes con estrés hipermetabólico<sup>(11, 16-19)</sup>. En algunos casos hubo necesidad de interrumpir la nutrición enteral debido al reingreso de algunos pacientes al quirófano para lavado de la cavidad abdominal.

La pancreatitis aguda y la sepsis abdominal representan el mayor porcentaje de diagnósticos (38% y 33% respectivamente) patologías donde está ampliamente demostrado el beneficio del soporte nutricional temprano, sobre todo los beneficios de la nutrición enteral en disminuir la respuesta hipermetabólica<sup>(20-22)</sup>.

En cuanto a la mortalidad, 25% de los pacientes fallecieron a consecuencia de falla múltiple de órganos, cifra que se mantiene dentro de los parámetros publicados por otros autores.<sup>(12, 23)</sup>

En relación a las complicaciones inherentes al soporte nutricional, 21% de los pacientes (N=5) que recibieron NPT presentaron hiperglicemia, definida ésta como cifras de glucemia > a 120 mg/dl,<sup>(24, 25)</sup> estos casos fueron manejados con insulina subcutánea y en las soluciones de NPT de acuerdo a protocolos previamente establecidos (25). De los pacientes que recibieron nutrición enteral 13% (N=3) de ellos presentaron diarrea. Considerando que la etiología de la diarrea puede ser multifactorial, se evaluó el tratamiento prolongado con antibióticos, edema intestinal, hipoalbuminemia. En todo caso, cuando se presentó la diarrea se disminuyó la velocidad de infusión de la fórmula y en un caso hubo necesidad de suspenderla por 48 horas.

Los pacientes que ingresaron a este estudio permanecieron entre 4 y 28 días con el abdomen abierto y bolsa de Bogotá evolucionado la mayoría de ellos (75%) de manera satisfactoria.

En resumen, dejar el abdomen abierto en casos seleccionados de trauma o sepsis abdominal constituye una alternativa para evitar las consecuencias de la hipertensión abdominal y el síndrome compartimental. Así mismo, múltiples estudios reportan los beneficios del soporte nutricional, sobre todo la nutrición enteral, en disminuir la morbilidad y mortalidad en pacientes traumatizados críticamente enfermos. En este estudio se refleja la factibilidad de realizar soporte nutricional en pacientes con abdomen abierto. De igual forma, se sugiere el acceso del intestino delgado a pesar de las condiciones locales adversas e iniciar nutrición enteral temprana en casos seleccionados. *(Figura 1, II, III).*

### REFERENCIAS

- I. Tsuei B, Magnuson B, Swintosky et al. Enteral Nutrition in patients with an open peritoneal cavity. NCP 2003, 18:253-258

(Figura 1).



(Figura II).



(Figura III).

Paciente anterior recuperado



2. Borrás OA. Abdomen abierto. Infección en Cirugía. Edit Panamericana, 2001
3. Hawdieshell T. Nutritional considerations for the patient with an open abdomen. 23rd ASPEN Clinical Congress. Post Graduate Course 8, 1999
4. Velázquez J, Riera J, Velázquez A. Microyeyunostomía con aguja y catéter, una alternativa en nutrición enteral precoz. Rev Venez Cir 2004, 57: 130-136,
5. Sacks G. Enhancing the response to parenteral nutrition in critical care. NCP 2003 19:226-234
6. Velazquez J. Manual de Nutrición Parenteral. 3ª Edición. Laboratorio Behrens, 2003
7. Caldwell CB, Ricotta D. Evaluation of intra-abdominal pressure and renal hemodynamics. 1986. Curr Surg 43:495
8. Ivatury R, Diebel L, Porter J, Simon R. Hipertensión intraabdominal y síndrome del compartimiento abdominal. Clin Quir Nor Am 1997 4:779-795
9. Kuds KA, Croce MA, Fabian TC, et al. Enteral vs. Parenteral feeding. Ann Surg 1991. 215: 503-512.
10. Ledgerwood A, Lucas C. Postoperative complications of abdominal trauma. Surg Clin Nor Am 1990, 70:715-731
11. Moore FA, Moore EE, Jones TN et al. Enteral vs. TPN following major abdominal trauma-reduced septic morbidity. J Trauma 1989, 29:916
12. Kuds KA. Surgical ICU: Management of the patient with a major abdominal wound and sepsis. 25th ASPEN Clinical Congress. Post Graduate Course 7, 2001
13. Cathren CC, Moore EE, Cielsa DJ et al. Post injury abdominal compartment syndrome does not preclude early enteral feeding after definitive closure. Am J Surg 2004, 188: 653-658
14. McKibbin B, Cresci C, Hawkins M. Nutrition support for the patient with an open abdomen after abdominal trauma. Nutrition 2003, 19: 536-6
15. Wayner Dr, Elmore MF, Tote JT. Combined parenteral and enteral nutrition in severe trauma. NCP 1992; 7:113-116
16. Guidelines for the use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. JPEN 2001, 17:52-53
17. Braga M, Gianotti L, Vignoli A, et al. Artificial nutrition after major abdominal surgery: impact of route of administration and composition of the diet. Crit Care Med 1998, 26:24-30
18. Zaloga GP, Bortenschlager L, Black KW, et al. Immediate post operative enteral feeding decreases weight loss and improves wound healing

- after abdominal surgery in rats. Crit Care 1992, 20:115-118
19. Hoover HC, Ryan JA, Anderson EJ, et al. Nutrition benefits of immediate postoperative jejunal feeding of an elemental diet. Am J Surg 1980, 139:153-159
  20. McClave SA. Nutrition and Pancreas. ASPEN 25th Clinical Congress. Program Book 309-314, 2001
  21. Windsor A, Kanwar S, Li A, et al. Compared with parenteral nutrition, enteral feeding attenuates the acute phase response and improves disease severity in acute pancreatitis. Gut 1998, 42:431-435
  22. Velazquez JO, Riera JC, Latouche M, et al. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda. Rev Venez Cir 2004, 57:65-73
  23. Trembay LN, Feliciano DV, Schmidt J et al. Skin only or silo closure in the critically ill patient with an open abdomen. Am J Surg 2001, 182: 670
  24. Mc Mahon MM. Management of Parenteral Nutrition in Acutely ill patient with hyperglycemia. NCP 2004, 19:120-128
  25. McCowen K. Hyperglycemia and nutrition support: Theory and Practice. NCP 2004, 19:235-244.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><br><br>auspiciado por:<br> <br><b>INFORMACIÓN</b> | <b>LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA</b><br><br>Sociedad Venezolana de Cirugía<br>Av. Sucre de los Dos Caminos, Edif. Parque Centro Boyacá,<br>Piso 17, Ofic. 173, Caracas 1070.<br>www.svcirugia.org • sv_cirugia@cantv.net<br>Telefonos: 058 (212) 286-8459 / 289-8106. | <b>VIII CONGRESO VENEZOLANO DE RESIDENTES DE CIRUGÍA</b><br>Sociedad Venezolana de Cirugía Capítulo Mérida<br>Av. 5 entre calles 25 y 26 C.P. Mamaicha Piso 1 Local 1-1.<br>www.svcmerida.org • info@svcmerida.org<br>Telefonos: 058 (274) 251 04 71 / 0414-747 20 65 | <b>III JORNADA ANDINA DE MASTOLOGÍA</b><br><b>Ponentes Nacionales e Internacionales.</b><br><b>Talleres, Simposios, Foros, Videos.</b><br><b>26, 27 Y 28 OCTUBRE 2006</b><br><b>CENTRO DE CONVENCIONES MUCUMBARILA MÉRIDA</b><br>AS event, c.a.<br>Calle Garcilazo, Centro Polo, Torre A, piso 8, ofc. 83,<br>Colinas de Bello Monte, Caracas.<br>www.asevent.com • svcirugia@asevent.com<br>Telefonos: 058 (212) 751-5629 / 751-6582 / 751-8338 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA

Se realizará en conjunto con el VIII Congreso Venezolano de Residentes de Cirugía (SOVERCI) y III Jornadas Andinas de Mastología, tendrá como sede el Centro de Convenciones Mucumbarila en la Ciudad de Mérida, los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2006. Fecha límite de recepción de trabajos 15 de Septiembre de 2006.

Información: S.V.C., Av. Sucre de los Dos Caminos,

Centro Parque Boyacá, Torre Centro, Piso, 17, Ofc. 173. Tlfs: 0212-2868459/8106.

AS' Event C.A., Calle Garcilazo, Centro Polo, Torre A, Piso 8, Ofc. 83, Tlfs: 0212-7515629/6552/8338.

S.V.C. Capítulo Mérida: (0274) 2510471, Av. 5 entre calles 25 y 26, Centro Profesional Mamaicha, Piso 1, Local 1-1.

# CIERRE DEL MUÑÓN APENDICULAR CON LIGASURE™ EN CONEJOS. UN REPORTE PRELIMINAR.

MIQUILARENA, RODOLFO (\*)  
CORONEL, PAUL  
AROCHA, RUBÉN  
TROCONIS, EDUARDO  
NAVAS, HUGO

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la seguridad del electrocoagulador bipolar Ligasure™ en el cierre del muñón apendicular en conejos.

**Método:** Se intervinieron 15 conejos independientemente del sexo, con un peso entre 2,5 y 4 Kg., bajo anestesia general con ketamina intramuscular. Se realizó una laparotomía que permitió localizar e identificar el apéndice cecal, el cual se midió transversalmente en la base utilizando una regla graduada. Posteriormente, se procedió a practicar la apendicetomía sin sutura, sellando el muñón apendicular y los vasos apendiculares con electro cirugía, específicamente con el Ligasure™. Durante la cirugía se midieron los siguientes parámetros: el tiempo quirúrgico y el volumen de sangrado en cc. Los conejos se dividieron en dos grupos, a saber: un Grupo 1 N= 10 el cual se sacrificó a los 8 días y un Grupo 2 N= 5 que se sacrificó a los 15 días. En la reintervención, se evaluó en ambos grupos las adherencias peritoneales según escala de Miquilarena y colaboradores del ICE la formación de abscesos y peritonitis. Durante las laparotomías se resecó el colon distal con el muñón apendicular y un margen de tejido sano, a fin de evaluar la extensión de la fibrosis del tejido y el límite con el tejido sano.

**Resultados:** El tiempo quirúrgico promedio fue de 16, 46 min., con un rango entre 10 y 25 min., no hubo complicaciones quirúrgicas, ningún animal falleció durante la experiencia, en ninguno de los sujetos experimentales se observaron adherencias, ni formación de abscesos, en todos los sujetos de ambos grupos el sello se encontró indemne. Para el momento de la reintervención, no había signos de peritonitis local ni general, encontrándose el muñón apendicular completamente libre en la cavidad peritoneal, en su ubicación original.

**Conclusiones:** El cierre del muñón apendicular con Ligasure™ es un procedimiento seguro y aplicable a los

conejos, con una rata de complicaciones de 0 %, reduce la formación de adherencias y las complicaciones locales y generales como la fuga del muñón apendicular. Este trabajo es un aporte a la técnica quirúrgica que, aunque requiere de más estudios, puede cambiar la manera como se trata en la actualidad el muñón apendicular por vía abierta o laparoscópica.

**Palabras Clave:** Ligasure™, Apendicectomía, Muñón Apendicular Laparoscopia.

## ABSTRACT

### SEALING OF THE APPENDICULAR STUMP WITH LIGASURE IN RABBITS; A PRELIMINARY REPORT.

**Objective:** Evaluate the security of the bipolar coagulator Ligasure™ in closing of the appendicular stump in a rabbit model.

**Methods:** 15 rabbits independently of sex, with a weight between 2.5 and 4 kg. were anesthetized with intramuscular ketamine, and a laparotomy was performed to locate and identify the cecal appendix, using a graduated rule the cross section of the appendix was measured, then an appendectomy without suture was performed sealing the appendicular stump and the appendicular vasculature with electro surgery, specifically with the Ligasure™. During the surgery the following parameters were evaluated: the surgical time and the bleeding volume in cc. The rabbits were divided in two groups, the first group 1 N= 10 which was killed 8 days after appendectomy and a second group 2 N= 5 that was killed 15 days after surgery, in both groups we evaluated at autopsy the following parameters: Peritoneal adhesions according to scale of Miquilarena et al of the Instituto de Cirugía Experimental, in Caracas, Venezuela. During autopsies the distal colon with the appendicular stump were resected, in order to evaluate the extension of the fibrosis into the healthy tissue.

(\*) Instituto de Cirugía Experimental. Caracas, Venezuela.

**Results:** The average surgical time was of 16.46 min. ranking between 10 and 25 min. There were no surgical complications, the mortality of the procedure was 0, we didn't find any adhesions during autopsies, neither formation of abscesses, in all the subjects of both groups the seal performed with the ligasure was undamaged, at the moment of the autopsies, there were no signs of local nor general peritonitis, we find the appendicular stump completely free in the peritoneal cavity, at its original location.

**Conclusions:** The seal of the appendicular stump with ligasure is a safe procedure, in a rabbit model, with a rate of 0% complications, that apparently reduce the adhesions formation and the local and general complications, like the appendicular stump leakage. This work is a contribution to the surgical technique that, although it requires more studies, could change the management of the appendicular stump in the present time by open or laparoscopic route.

**Key words:** Ligasure™, Appendectomy, Appendicular stump, Laparoscopy.

Desde el inicio de la cirugía abdominal hasta la actualidad, se han utilizado diferentes técnicas de cierre del muñón apendicular recibiendo diferentes tratamientos, desde la simple ligadura<sup>(1)</sup>, pasando por la disección submucosa<sup>(2)</sup>, hasta la invaginación con sutura en bolsa de tabaco<sup>(3)</sup>. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, la apendicetomía con este método se ha convertido en la regla de oro para el cirujano general<sup>(4)</sup>. Durante este procedimiento se han utilizado distintas técnicas para tratar el muñón, con suturas mecánicas, por ejemplo<sup>(5)</sup>, método rápido y seguro pero costoso, sobre todo en nuestro medio; también se utiliza la ligadura del muñón con sutura extracorpórea con nudo de Roeder<sup>(6)</sup>, siendo éste un método más económico e igualmente seguro, es hoy por hoy el método más utilizado, existen otras técnicas con invaginación y sutura intracorpórea con resultados similares, por lo que su aplicación las hace más limitadas ya que se requiere de destrezas especiales para su ejecución.

En la búsqueda de métodos más económicos que no comprometan la eficacia del procedimiento se han realizado con seguridad sellos de estructuras no vasculares con cauterio bipolar como el Ligasure™, en cirugía biliar<sup>(7)</sup> y en cirugía ginecológica<sup>(8)</sup> en animales.

En cirugía laparoscópica la seguridad y simplicidad deben ir de la mano para garantizar procedimientos míni-

mos invasivos cada vez más rápidos, baratos y seguros, es por ello que el presente estudio se propone evaluar la eficacia del instrumento Ligasure™ (un electrocoagulador bipolar de alta frecuencia) en el cierre del muñón apendicular.

El modelo animal por excelencia para cirugía apendicular es el conejo<sup>(9)</sup>, sobre el que se han elaborado proyectos como modelo de cirugía abierta y laparoscópica<sup>(10)</sup>. En el presente estudio se realizará apendicetomía en 15 conejos con la técnica convencional (abierta) utilizando para el cierre del muñón apendicular el Ligasure, con la finalidad de evaluar *in vivo* la eficiencia del Ligasure™ en sellar el muñón apendicular.

## MÉTODOS

Se intervinieron 15 conejos independientemente del sexo, con un peso entre 2,5 y 4 Kg., bajo anestesia general con ketamina intramuscular. Realizándose una laparotomía, se localizó e identificó el apéndice cecal, el cual se midió transversalmente en la base utilizando una regla graduada, posteriormente se procedió a practicar la apendicetomía sin sutura, sellando el muñón apendicular y los vasos apendiculares con electrocirugía, específicamente con el Ligasure™, aplicado en forma transversal a la base de la apéndice en un punto donde el diámetro apendicular era de 5 mm., el cual correspondía a la base, con suficiente energía para generar un sello proximal al ciego y uno distal, haciéndose el corte de la base apendicular sobre el sello distal, resecaando el apéndice cecal. Se procedió posteriormente al cierre de la pared abdominal por planos, haciendo la síntesis del peritoneo y la aponeurosis con sutura continua de Vycril™ 2 0, y la piel con sutura continua de nylon 3 0. Todos los animales recibieron cuidados postoperatorios con antibióticos profilácticos y analgésicos.

Durante la cirugía se midieron los parámetros siguientes: el tiempo quirúrgico y el volumen de sangrado en cc.

Los conejos se dividieron en dos grupos, a saber: un grupo 1 N= 10 el cual se sacrificó a los 8 días y un grupo 2 N= 5 que se sacrificó a los 15 días, en ambos grupos se evaluó en la reintervención los siguientes parámetros:

- Adherencias peritoneales según escala de Miquilarena y colaboradores del ICE<sup>(11)</sup>.
- Abscesos intraabdominales.
- Peritonitis y fuga del muñón apendicular.

Durante las reintervenciones se resecó el colon distal con el muñón apendicular y un margen de tejido sano, a fin de evaluar la extensión de la fibrosis del tejido y el límite con el tejido sano.

## RESULTADOS

El tiempo quirúrgico promedio fue de 16,46 min., con un rango entre 10 y 25 min., no hubo complicaciones quirúrgicas, ningún animal falleció durante la experiencia, durante la cirugía el sangrado fue mínimo o nulo, al momento del sacrificio en ninguno de los sujetos experimentales se observaron adherencias, ni formación de abscesos. En todos los sujetos de ambos grupos el sello se encontró indemne; para el momento de la reintervención, no había signos de peritonitis local ni general, encontrándose el muñón apendicular completamente libre en la cavidad peritoneal, en su ubicación original. (*Fig. 1 y Fig. II*).

(Figura 1).

**Muñón apendicular libre en cavidad**



(Figura II).

**No evidencias de peritonitis**



No hubo diferencias en cuanto a los hallazgos postoperatorios entre los grupos estudiados, y sacrificados a los 8 y 15 días respectivamente.

## DISCUSIÓN

Lo más importante de este estudio fue demostrar que el ligasure produce un sello suficiente para cerrar el muñón apendicular, como lo indican los hallazgos de las laparotomías a los 8 y 15 días. Además, el sello o área de acción del instrumento fue limitada no excediendo los 2mm en el tejido sano, de tal forma que no hubo lesión de las estructuras vecinas como el ciego, cerca del cual debe aplicarse el sello para lograr la apendicetomía. En todos los casos se aplicó el instrumento de la misma forma, y el mismo instrumento tipo atlas para uso laparoscópico, esto con el fin de demostrar que es factible la aplicación futura de este método por vía laparoscópica, situación en la que el cirujano requiere del mayor apoyo tecnológico posible para un resultado seguro y óptimo.

Los tiempos operatorios se redujeron ostensiblemente, así como la incidencia de adherencias y complicaciones postoperatorias en comparación con la técnica convencional con sutura descrita por otros autores<sup>(10)</sup>. Es importante destacar la ausencia de adherencias en la cavidad peritoneal, probablemente como consecuencia de no dejar material de sutura ni ningún material extraño en el peritoneo, aparte del mínimo grado de hemorragia y lesión tisular producido por el instrumento.

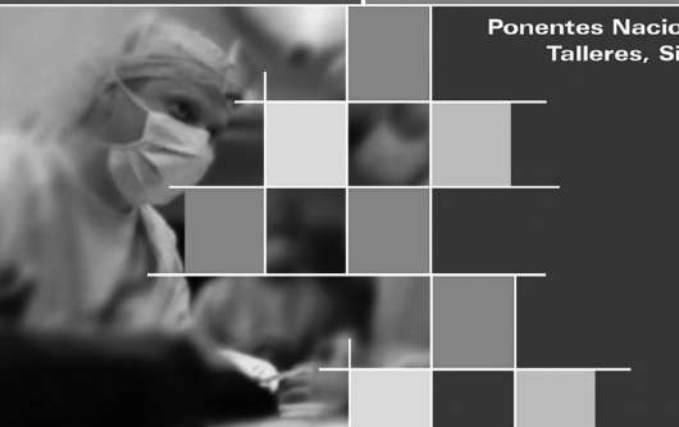
Es importante destacar lo simple y seguro del procedimiento ya que con un sólo instrumento se logró la hemostasia de los vasos del apéndice cecal y el sello del muñón con un porcentaje de mortalidad y morbilidad de 0%. Este hallazgo hace de la técnica de ligadura del muñón con ligasure un procedimiento que debe tenerse presente y desarrollar más estudios en animales, documentando su eficacia con la finalidad de aplicarlo en los seres humanos, en los cuales con la pinza adecuada acortaría el procedimiento de apendicetomía laparoscópica, ya que se haría todo en un sólo tiempo sin extraer el instrumento, sin comprometer la seguridad del paciente ni el procedimiento en sí.

El cierre del muñón apendicular con ligasure es un procedimiento seguro y aplicable a los conejos, con una tasa de complicaciones de 0%, que reduce la formación de adherencias y las complicaciones locales y generales como la fuga del muñón apendicular. Este trabajo es un aporte a la técnica quirúrgica que, aunque requiere de más estudios,

puede cambiar la manera como se trata en la actualidad el muñón apendicular por vía abierta o laparoscópica.

## REFERENCIAS

1. Alvarado-Aparicio A, Moreno-Portillo M, Pereira-Graterol F, Rojano-Rodriguez M, Gonzalez-Monroy L, Palacios-Ruiz A. Laparoscopic appendectomy. Surgical technique description and literatura review Cir Cir. 2003 Nov-Dec;71(6):442-8.
2. Klima S, Schyra B. Technique and significance of stump management for outcome of laparoscopic appendectomy Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd. 1996;113:556-8.
3. Tan HL, Segawa O, Stein JE. Laparoscopic bipolar strip-tease appendectomy. A new endosurgical technique. Surg Endosc. 1995 Dec;9(12):1301-3.
4. Chattanooga Women's Laser Center, 1604 Gunbarrel Road, Chattanooga, TN 37421, USA. Laparoscopic appendectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2003 May;10(2):166-68.
5. Agresta F, De Simone P, Bedin N. [Laparoscopic appendectomy. State of the art] Chir Ital. 2002 Mar-Apr;54(2):161-4.
6. Kumar R, Erian M, Sinnott S, Knoesen R, Kimble R. Laparoscopic appendectomy in modern gynecology. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2002 Aug;9(3):252-63.
7. Chock A, Seslar S, Stoopan E, Tristan A, Hashish H, Gonzalez JJ, Franklin ME Jr. Needleoscopic appendectomy. Surg Endosc. 2003 Sep;17(9):1451-3. Epub 2003 Jun 19.
8. McKernan JB, Stuto A, Champion JK. New application of bipolar coagulation in laparoscopic surgery. Surg Laparosc Endosc. 1996 Oct;6(5):335-40.
9. Khanna S, Khurana S, Vij S. No clip, no ligature laparoscopic appendectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004 Aug;14(4):201-3.
10. Klima S, Schyra B. Technique and significance of stump management for outcome of laparoscopic appendectomy. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd. 1996;113:556-8.
11. Miquilarena R, Navarrete Salvador, Hernández M P, Alonzo G., Navarrete M Uso de la pentoxifilina en la profilaxis de adherencias peritoneales en la rata de laboratorio. Rev Venez Cir 1994; 47:7-9.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <h1>LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA</h1>                                                                                                                                                                                 | <h1>VIII CONGRESO VENEZOLANO DE RESIDENTES DE CIRUGÍA</h1>                                                                                                                                                        | <h1>III JORNADA ANDINA DE MASTOLOGÍA</h1>                                                                                                                                                                              |
|  <p>SOVERCI</p>  <p>SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGÍA</p> <p>auspiciado por:</p>  <p>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES</p> |                                                                                                                                        | <p>Ponentes Nacionales e Internacionales.<br/>Talleres, Simposios, Foros, Videos.</p> <p><b>26, 27 Y 28 OCTUBRE 2006</b></p> <p><b>CENTRO DE CONVENCIONES MUCUMBARILA MÉRIDA</b></p>                              |                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><b>INFORMACIÓN</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Sociedad Venezolana de Cirugía<br/>Av. Sucre de los Dos Caminos, Edif. Parque Centro Boyacá, Piso 17, Ofic. 173, Caracas 1070.<br/>www.svc.org • sv_cirugia@cantv.net<br/>Teléfonos: 058 (212) 286-8459 / 286-8106.</p> | <p>Sociedad Venezolana de Cirugía Capítulo Mérida<br/>Av. 5 entre calles 25 y 26 C.P. Mamaicha Piso 1 Local 1-1<br/>www.svcmerida.org • info@svcmerida.org<br/>Teléfonos: 058 (274) 251 0471 / 0414-747 20 85</p> | <p>AS event, c.a.<br/>Calle Garcilazo, Centro Polo, Torre A, piso 8, ofic. 83, Colinas de Bello Monte, Caracas<br/>www.asevent.com • svcirugia@asevent.com<br/>Teléfonos: 058 (212) 751-5629 / 751-6582 / 751-8338</p> |

## LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA

Se realizará en conjunto con el VIII Congreso Venezolano de residentes de cirugía (SOVERCI) y III Jornadas andinas de Mastología, tendrá como sede el Centro de Convenciones Mucumbarila en la Ciudad de Mérida, los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2006. Fecha límite de recepción de trabajos 15 de Septiembre de 2006.

Información: S.V.C., Av. Sucre de los Dos Caminos, Centro

Parque Boyacá, Torre Centro, Piso, 17, Ofic. 173. Tlfs: 0212-2868459/8106.

AS' Event C.A., Calle Garcilazo, Centro Polo, Torre A, Piso 8, Ofic. 83, Tlfs: 0212-7515629/6552/8338.

S.V.C. Capítulo Mérida: (0274) 2510471, Av. 5 entre calles 25 y 26, Centro Profesional Mamaicha, Piso 1, Local 1-1.

# ESTENOSIS BILIARES BENIGNAS. EXPERIENCIA 62 CASOS

HINESTROZA-VALBUENA, DILMO \*  
COLMENARES, DORA M\*\*  
HINESTROZA-FINOL. DILMO\*\*\*

## RESUMEN

**Objetivos:** Se presenta la experiencia de los autores con 62 casos de estenosis biliares benignas realizadas desde agosto de 1989 hasta diciembre de 2005.

**Métodos:** Estudio clínico, multicéntrico, prospectivo, descriptivo, longitudinal y analítico de todos los pacientes que ingresaron en la unidad de cirugía hepática, biliar pancreática y de trasplante de hígado. Se tipificaron según la clasificación de Bismuth.

**Ambiente:** Hospital Universitario de Maracaibo y Hospital Coromoto de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

**Resultados:** Se observó que 83.9% (52) de los pacientes habían sido colecistectomizados (estenosis por iatrogenia durante este procedimiento): 31 (50%) abiertas y 21 (33.9%) laparoscópicas. 83% (52) de los pacientes consultaron por ictericia, 62.9% por fiebre y 58% por dolor abdominal. 11.3% presentó estenosis Bismuth I, 24.2% tipo II, 40.3% tipo III y 24.2% tipo IV. A todos se les realizó exploración biliar quirúrgica y anastomosis biliar mucosa-mucosa sin tensión con Y-Roux de aproximadamente 72 cm, tipo Hepp-Couinaud en 52 (83.9%) de los pacientes.

La mortalidad fue 1.6%<sup>(1)</sup> paciente. Se presentaron en el perioperatorio 13 (21%) complicaciones: 8 (12.9%) mayores y 5 (8%) menores. En el post-operatorio tardío 6.45%<sup>(4)</sup> pacientes presentaron re-estenosis de la derivación bilioentérica.

**Conclusiones:** La mayoría de las estenosis benignas son posteriores a procedimientos quirúrgicos. La anastomosis bilio-entérica tipo Hepp-Couinaud se realizó en la mayoría de los pacientes con excelentes resultados.

**Palabras clave:** Estenosis biliares. Anastomosis bilio-digestivas. Operación de Hepp-Couinaud.

## ABSTRACT

### BENIGN BILIARY STRICTURES. 62 CASES EXPERIENCE

**Objectives:** The experience of the authors with 62 cases in the management of benign biliary strictures, from August of 1989 to December of 2005.

**Methods:** This is a clinic, prospective, analytical and multicentric study of all the patients seen in the hepatic, biliary, pancreatic and hepatic transplantation unit. Tipified by Bismuth's Classification.

**Ambient:** Hospital Universitario de Maracaibo and Hospital Coromoto de Maracaibo.

**Results:** We found that 52 (83.9%) patients were cholecistectomized (stricture by iatrogenia during this procedure): 31 (50%) open and 21 (33.9%) laparoscopic. 83% (52 patients) consulted by ictericia, 62.9% by fever and 58% by abdominal pain. 11.3% had lesion Bismuth I, 24.2% type II, 40.3% type III and 24.2% type IV. All patients were submitted to surgical biliary exploration and mucous-mucous biliary anastomosis with Y-Roux of approximately 72 cm. and tension free Hepp-Couinaud type in 52 (83.9%) of the patients. Perioperative mortality was 1.6% (1 patient). Perioperative complications were 13 (21%): 8 (12.9%) major and 5 (8%) minor. 6.45% (4 patients) presented re-estenosis of bilio enteric anastomosis.

**Conclusions:** Most of the benign biliary strictures are due to surgical procedures. We found very good results with the Hepp-Couinaud anastomosis.

**Key words:** Benign biliary strictures. Biliary anastomosis. Hepp-Couinaud procedure.

La estenosis biliar benigna es la obstrucción del flujo biliar desde el hígado hasta el tubo digestivo por causas no neoplásicas. Esta es corregible en todos los pacientes por procedimientos quirúrgicos apropiados efectuados a tiempo. De lo contrario, puede conducir a complicaciones fata-

\* Jefe Unidad de Cirugía Hepática, Biliar y Trasplante de Hígado. Hospital Universitario de Maracaibo. Miembro S.V.C.

\*\* Adjunto a la Unidad de Cirugía Hepática, Biliar y Trasplante de Hígado. Hospital Universitario de Maracaibo. Miembro S.V.C.

\*\*\* Residente de Post-grado de Cirugía General. Hospital Universitario de Maracaibo.

les: colangitis, insuficiencia hepática aguda o cirrosis biliar secundaria<sup>(1-8)</sup>.

Desde los inicios de la cirugía por los barberos, también se inició la posibilidad de lesionar las estructuras anatómicas vecinas al área operatoria. Por lo tanto, desde el 15 de Julio de 1882 cuando Langenbuch realizó la primera colecistectomía planificada, se inicia la posibilidad de lesionar las vías biliares, la arteria hepática o ambas<sup>(9-12)</sup>.

La primera anastomosis biliodigestiva fue efectuada por von Winiwater en 1881, una colecistoenteroanastomosis al colon. En 1887 Kappeler sugirió la anastomosis mucosa-mucosa y Monastyrski en 1888 la hizo en una colecistoyeyunoanastomosis<sup>(10, 13 - 16)</sup>.

El primero en usar una férula interna en una anastomosis biliar fue Terrier en 1889. Sprengel en 1891 reportó la primera colédoco-duodeno anastomosis por cálculos y Doyen en 1892 realizó la primera colédoco-colédocoanastomosis por la misma condición<sup>(17-19)</sup>.

Kocher describió la maniobra que lleva su nombre en 1903. Por otra parte, Roux reportó la entero-enteroanastomosis en Y en 1897, la diseñó para obstrucciones del esófago o estómago; en 1904 fue aplicada en vías biliares por Monprofit en una colecisto-enteroanastomosis y en 1908 en una hepático-yeyunoanastomosis<sup>(20, 21)</sup>.

Las primeras intervenciones para solucionar estrecheces benignas de las vías biliares por lesiones fueron realizadas por Mayo en 1905, dos coledocoduodenoanastomosis. En 1884 Herman Kummell realiza la primera coledocotomía y Riedel (1888) practicó la primera anastomosis bilioentérica (coledocoduodenoanastomosis látero-lateral). Smith en 1969 creó el injerto de mucosa<sup>(22, 23)</sup>.

El paso fundamental en las anastomosis hiliares es la disección de la placa hiliar, estructura anatómica descrita inicialmente por Couinaud en 1954. Hepp y Couinaud en 1956, describieron el trayecto horizontal, largo (4-5 cm.) y extrahepático del conducto hepático izquierdo<sup>(24-25)</sup>.

Longmire y Sanford en 1948 realizaron una colangiye-yunoanastomosis previa resección parcial en el segmento III. En 1951 Dogliotti hace una anastomosis al estómago, luego de hepatectomía parcial izquierda. Estas técnicas fueron mejoradas por Soupault y Couinaud, quienes en 1957 describieron un abordaje fisurario, a través del ligamento

redondo, para realizar anastomosis bilioentéricas en el conducto biliar del segmento III. En 1937 la colangiografía operatoria fue introducida por Mirizzi en Argentina<sup>(3, 26)</sup>.

La descompresión externa de las vías biliares fue primeramente reportada por Molnar y Stockum en 1974 mientras que el primer drenaje interno, pasando un catéter percutáneo a través de la vía biliar al duodeno, fue reportado al mismo tiempo por Hoevels y Jutras<sup>(27)</sup>.

En Venezuela la primera colecistectomía abierta fue realizada por el Dr. Salvador Córdova el 6 de Febrero de 1917 y en Maracaibo por el Dr. Ramón Soto González el 19 de noviembre de 1925<sup>(9 - 11)</sup>.

El 95% de las estenosis biliares benignas ocurren luego de procedimientos quirúrgicos en la vesícula y vías biliares, usualmente, colecistectomía<sup>(28 - 30)</sup>.

Estas lesiones pueden evidenciarse en el mismo acto quirúrgico o presentarse durante el postoperatorio, con un paciente icterico que puede aparecer desde el segundo día post-operatorio hasta varias semanas (con fístula o ascitis biliar aunque no es común), incluso años más tarde<sup>(31)</sup>.

Existen factores como: edad, enfermedades coincidentes, el nivel de la estenosis, la presencia de fibrosis o cirrosis biliar, hipertensión portal, infecciones, cirugía previa, y un factor importante como es la experiencia del cirujano, que influyen en el resultado<sup>(18, 24, 32)</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un trabajo prospectivo de todos los pacientes que ingresaron en la unidad de cirugía hepática, biliar, pancreática y trasplante de hígado de los hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo desde agosto de 1989. El seguimiento se realizó en la consulta externa o por vía telefónica. Comprende el período agosto 1989 a diciembre de 2005.

Se realizó un estudio clínico, multicéntrico, prospectivo, descriptivo, longitudinal y analítico.

Para la recolección de datos se utilizó un formulario, donde se registraron los datos obtenidos directamente de las historias clínicas (edad, sexo, antecedentes quirúrgicos, manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, tipo de lesión, técnica de reconstrucción).

El universo a estudiar fueron todos los pacientes que egresaron con diagnóstico de estenosis biliar benigna en la unidad de cirugía hepática, biliar, pancreática y trasplante de hígado, de los cuales 62 reunieron los criterios de inclusión.

Se excluyeron los pacientes menores de 12 años de edad y estenosis biliares por causas no benignas.

A todos los pacientes se les realizó Y-Roux con asa desfuncionalizada de aproximadamente 72 cm., anastomosis entérica mucosa-mucosa con poliglactin 4-0 ó 5-0. El tipo de anastomosis dependió del sitio de la estenosis. En los casos en los cuales se consideró la posibilidad de re-estenosis, se dejó el extremo del asa desfuncionalizada del intestino en el subcutáneo, como descrita por Berker y Winkler.

Los datos recolectados fueron procesados a través del sistema de computación con el programa EXCEL 2003.

## RESULTADOS

Los hallazgos que surgen de esta investigación, son los siguientes: 62 pacientes cumplieron estrictamente con los criterios de inclusión, realizándose el diagnóstico definitivo de estenosis biliar benigna. El rango de edades estuvo entre los 13 y 74 años y una media de 42.3 años. 41 pacientes (66%) eran del sexo femenino y 21 (34%) del sexo masculino. *(Tabla I).*

(Tabla 1).

### Estrecheces biliares benignas según edad y sexo. H.U.M, H.C. (\*) Agosto 1989 - Diciembre 2005

| EDAD         | (%) S<br>Femenino | E X O<br>Masculino | TOTAL<br>( % )  |
|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| 10 - 30      | 11 (17,7)         | 4 (6,5)            | 15 (24,2)       |
| 31 - 59      | 27 ( 43,5)        | 11 (17,7)          | 38 (61,3)       |
| ≥ 60         | 3 ( 4,8 )         | 6 ( 9,8 )          | 9 (14,5)        |
| <b>TOTAL</b> | <b>41 - 66%</b>   | <b>21 - 34%</b>    | <b>62 -100%</b> |

Cincuenta y dos (83%) consultaron por presentar ictericia, 39 (62.9%) fiebre, 36 (58%) dolor abdominal. *(Tabla II).*

(Tabla II).

### Estrecheces biliares benignas según signos y síntomas. H.U.M, H.C. (\*) Agosto 1989 - Diciembre 2005

| Sintomas y Signos     | Pacientes | ( % ) |
|-----------------------|-----------|-------|
| Ictericia             | 52        | 83.0  |
| Fiebre y escalofríos  | 39        | 62.9  |
| Dolor Abdominal       | 36        | 58.0  |
| Coluria               | 33        | 52.3  |
| Pérdida de peso       | 5         | 8.0   |
| Prurito               | 14        | 22.6  |
| Náuseas - Vómitos     | 6         | 9.7   |
| Fístula bilio-cutánea | 4         | 6.5   |

En 52 (83.9%) de los pacientes la estenosis fue ocasionada por iatrogenia durante colecistectomía, 4 (6.5%) neoplasias benignas primarias y 3 (4.8%) posterior a trasplante ortotópico de hígado. *(Tabla III).* Según la clasificación de Bismuth el 24.2% (15) de los pacientes tenían estrechez tipo II, 40.3% (25) tipo III, 11.3% (7) tipo I, 24.2% (15) tipo IV y ninguno tipo V. *(Tabla IV).*

Se le practicó ecosonograma abdominal superior al 100% de los pacientes, CPRE al 46.7% (29), TAC abdominal 11 (17.7%), colangiografía transparietohepática (TPH) 27.4%(17) y colangiopancreatografía por resonancia magnética(15) (24.2%). *(Tabla V).*

La intervención practicada dependió del sitio y tipo de estenosis, se realizaron 79 anastomosis bilioentéricas en 62: 65.8% (52) Hepp-Couinaud, 8 (10.1%) Rodney Smith, 5 (6.3%) hepaticoyeyunoanastomosis. *(Tabla VI).*

A 13 pacientes (20.96%) se les dejó el extremo del asa desfuncionalizada en el subcutáneo.

Se presentaron complicaciones en 21% (13) de los pacientes: 8 (12.97%) mayores y 5 (8%) menores. Estenosis

(Tabla III).

| <b>Estrecheces biliares benignas según causa. H.U.M, H.C. (*) Agosto 1989 – Diciembre 2005</b> |                  |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
|                                                                                                | <b>Pacientes</b> | <b>(%)</b> |
| Colecistectomía :                                                                              | 52               | 83,9       |
| Abierta                                                                                        | 31 (59,6%)       | 50         |
| Laparoscópica                                                                                  | 21 (40,4%)       | 33,9       |
| Neoplasia benigna primaria                                                                     | 4                | 6,5        |
| Trauma                                                                                         | 2                | 3,2        |
| Lobectomía hepática derecha                                                                    | 1                | 1,6        |
| Trasplante hepático                                                                            | 2                | 4,8        |
| <b>Total</b>                                                                                   | <b>62</b>        | <b>100</b> |

(Tabla IV).

| <b>Estenosis biliares benignas clasificación según Bismuth . H.U.M, H.C * Agosto 1989 - diciembre 2005</b> |                  |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| <b>Clasificación de Bismuth</b>                                                                            | <b>Pacientes</b> | <b>( % )</b> |
| I                                                                                                          | 7                | 11,3         |
| II                                                                                                         | 15               | 24,2         |
| III                                                                                                        | 25               | 40,3         |
| IV                                                                                                         | 15               | 24,2         |
| V                                                                                                          | 0                | 0            |
| <b>Total</b>                                                                                               | <b>62</b>        | <b>100</b>   |

(Tabla V).

| <b>Estrecheces biliares benignas según imágenes diagnósticas. H.UM, H.C. (*) Agosto 1989 - Diciembre 2005</b> |                  |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| <b>Imágenes</b>                                                                                               | <b>Pacientes</b> | <b>( % )</b> |
| Ecosonogramas                                                                                                 | 62               | 100          |
| C.P.R.E.                                                                                                      | 29               | 46.7         |
| T.A.C.                                                                                                        | 11               | 17.7         |
| T.P.H.                                                                                                        | 17               | 27.4         |
| R.MC **                                                                                                       | 15               | 24.2         |
| Cintilograma vías biliares                                                                                    | 5                | 8.1          |
| Fistulografía                                                                                                 | 4                | 6.5          |
| Arteriografía                                                                                                 | 3                | 4.8          |
| Colangiografía operatoria                                                                                     | 62               | 100          |

(Tabla VI).

| <b>Estrecheces biliares benignas según tipo de intervención. H.U.M, H.C (*) Agosto 1989 – Diciembre 2005</b> |                  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| <b>Intervencion</b>                                                                                          | <b>Pacientes</b> | <b>( % )</b> |
| Hepp-Couinaud                                                                                                | 52               | 65.8         |
| Hepatoyeyuno-anastomosis                                                                                     | 5                | 6.3          |
| Rodney Smith                                                                                                 | 8                | 10.1         |
| Champeau-Peaneau                                                                                             | 1                | 1.3          |
| Colangioenteroanastomosis                                                                                    | 13               | 16.5         |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                 | <b>79</b>        | <b>100</b>   |

de la derivación bilioentérica en 4 pacientes (6.4%), abscesos intra-abdominales 2 (3.2%) y neumonía basal derecha 1 (1.6%). (Tabla VII).

Los parámetros para la evaluación post-operatoria tardía fueron: historia clínica, fosfatasa alcalinas, gamma glutamil-

(Tabla VII).

| Estrecheces biliares benignas según complicaciones. H.U.M, H.C, (*) Agosto 1989 - Diciembre 2005 |                             |               |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|----------------|
| Tipo                                                                                             | Complicación                | Pacientes (%) | Porcentaje (%) |
|                                                                                                  | Hematoma Subhepático        | 1 (1,6)       |                |
|                                                                                                  | Fístula Duodenal            | 1 (1,6)       |                |
| Mayores                                                                                          | Absceso Intra-abdominal     | 2 (3,2)       | 14,5           |
|                                                                                                  | Neumonía Basal Derecha      | 1 (1,6)       |                |
|                                                                                                  | Úlcera Péptica Sangrante    | 3 (4,8)       |                |
|                                                                                                  | Arritmia Cardíaca           | 1 (1,6)       |                |
| Menores                                                                                          | Infección Herida Operatoria | 4 (6,4)       | 6,4            |
| <b>Total</b>                                                                                     |                             | <b>13</b>     | <b>20.9</b>    |

transpeptidasa y bilirrubinemia total y fraccionada. El seguimiento postoperatorio está en el rango de 7 a 185 meses. Durante este período fallecieron 2 pacientes: uno a los 48 meses por várices esofágicas sangrantes secundarias a hipertensión portal, secundaria a cirrosis biliar que existía cuando se le practicó la derivación bilio-entérica y el otro a los 35 meses de la derivación bilio-digestiva por rechazo crónico a los 78 meses de ser trasplantado de hígado en nuestra unidad. Cuatro pacientes (6.4%) presentaron recidiva de la estrechez durante el seguimiento.

## DISCUSIÓN

Desde agosto de 1989 a diciembre de 2005, 62 pacientes fueron sometidos a reparación quirúrgica con Y de Roux por estenosis biliares benignas, es un estudio clínico, multicéntrico, prospectivo y longitudinal en los hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo. Los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por el mismo cirujano.

El período de seguimiento varió de 7 a 185 meses, la mortalidad operatoria fue 1.6% (1 paciente y durante el mismo murieron 2 (8.3%) pacientes por causas no relacionados con la intervención. El procedimiento tiene un éxito del 93.5% comparados con estudios de Blumgart (1984) en un período de 3,3 años donde reporta un éxito de 90% y Bismuth (1982) en un seguimiento de 10 años un 88% lo que representa que nuestros resultados están acordes

con los reportados en la literatura mundial.

En cuanto a los estudios de imágenes: el ecosonograma (100% de nuestros pacientes) sigue siendo el método imagenológico para comenzar la evaluación del hígado y las vías biliares, recomendamos un método directo que identifique las vías biliares, el lugar de la estenosis y la extensión de la misma, que en nuestra unidad es la colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRC), que se realizó en 15 (24.6%) de los pacientes, ya que el presente trabajo de investigación abarca un período de tiempo desde antes del desarrollo de la técnica de imágenes descrita (MRC); a partir del año 2000 se le ha efectuado al 100% de los pacientes. CPRE (46.7%), actualmente la recomendamos si el paciente amerita colocación de endoprótesis o para complementar los resultados de la de la MRC, y si es necesario incluso con drenaje externo o externo interno TPH (27.4%).

Recomendamos el seguimiento de los pacientes con una buena historia clínica (investigar sobre colangitis o ictericia), fosfatasas alcalinas, gamma-glutamyltranspeptidasa y bilirrubinemia total y fraccionada. Cualquier anomalía en éstos es indicativo de ecosonograma hepatobiliar o MRC y dependiendo de los hallazgos individualizar si requiere otro estudio imagenológico. Actualmente dejamos un asa desfuncionalizada en el subcutáneo en raras oportunidades por complicaciones inherentes a la misma y dificultad para realizar estudios a través de ella.

La bilioenteroanastomosis más utilizada fue la anastomosis con el hepático izquierdo (Hepp-Couinaud) 65.8%.

No deben intentarse reparaciones apresuradas de las vías biliares, primero deben corregirse los cuadros infecciosos, mejorar el estado general del paciente, incluyendo el nutricional, y estudiar minuciosamente el tipo de estenosis biliar benigna. Las anastomosis bilioentéricas deben realizarse mucosa-mucosa y sin tensión para garantizar el éxito. La primera reparación quirúrgica debe ser realizada por un cirujano experto en vías biliares, para obtener los mejores resultados. En lo posible no se deben utilizar férulas percutáneas transparietohepáticas a través de las anastomosis, por las complicaciones que éstas pueden condicionar

## REFERENCIAS

1. Blumgart, L.H. Benign duct strictures following cholecistectomy. Critical factors in management. Br J Surg 1984 71: 836.
2. Blumgart, L.H. Cirugía Hepática y de Vías Biliares. 3era. Edición. Editorial Panamericana, S.A. 854-874.1991

3. Blumgart, L.H. Surgery of the liver and biliary tract. First Edition. Churchill Livingstone. Vol. I, Cap. 1-2. Pag. 3-22-. 1988.
4. Blumgart, L. The biliary tract. Clinic Surg. International. Editorial Churchill Livingstone. 1982
5. Braash J, Bolton J. Rossi R. A technique of biliary tract reconstruction with complete follow-up in 44 consecutive cases. Ann Surg 1981. November 635-638.
6. Browder I, Dowling J, Koontz K, Litwin M. Early management of injuries of the extrahepatic biliary tract. Ann Surg 1987 205:649-658.
7. Blumgart, L.H. Hilar and intrahepatic biliary enteric anastomosis. Clin Q Nor Am 1994, August; 845-64
8. Genest J, Nanos E. et al. Benign biliary strictures : An analytic review (1970 to 1984). Surgery 1986. 99: 409-413,
9. Urrutia R. Vías biliares. Aspectos - Problemas - Soluciones. Imprenta del Estado Zulia. 1965.
10. Braasch, J. Historical perspectives of biliary tract injuries. Clin Q Nor Am: 1994, August: 731-40.
11. Arrieta O. Notas para la Historia de la Medicina del Zulia, 97, 1985. Comisión Presidencial para el Bicentenario del Natalicio del General Rafael Urdaneta.
12. Cole WH, Reynolds JT, Ireneus C Jr : Strictures of the common duct. Ann Surg 1948. 128 :332-347,
13. Chapman C, Halevy A, Blumgart L. Postcholecystectomy bile duct strictures. Management and outcome in 130 patients. Arch Surg 1995. 130 :597-604.
14. Hepp, J. Hepaticojejunostomy using the left biliary trunk for iatrogenic biliary lesions : The French connection. World J Surg 1985. 9 : 507-511
15. Longmire WP, Sanford MC: Intrahepatic cholangiojejunostomy with partial hepatectomy for biliary obstruction. Surgery 1948. 224 : 264-276.
16. Maingot. Operaciones Abdominales. Schwartz Ellis. 8va. Edición. 1986. Editorial Médica.
17. Molnar W, Stockum A E : Relief of obstructive jaundice through percutaneous transhepatic catheter : A new therapeutic method. AJR 1974. 122 :356-367.
18. Pallegriani C, Thomas M, Way L. Recurrent biliary stricture. Patterns of recurrence and outcome of surgery therapy. Am J Surg 1984. 147: 175-180.
19. Pitt H, Kaufman S, et al. Benign postoperative biliary strictures. Operate or dilate ?. Ann Surg 1989. 210: 417-426.
20. Ramesh H. Colangiogastrotomía intrahepática en el tratamiento de la obstrucción maligna del hilio: 1993. 9, N° 3, Marzo: 222-223.
21. Hess, W. Enfermedades de las vías biliares y del páncreas. 3era. Edición. Editorial Científico-Médica. Pág. 567-74.
22. McDonald M. Farnell M. Benign biliary strictures : repair and outcome with a contemporary approach. Surgery 1995 118: 582-591.
23. Lasala A, Molmenti L. Reoperaciones en vías biliares por lesiones quirúrgicas. Editorial López Libreros Editores. 1966.
24. Myburgh J. The Hepp-Couinaud approach to strictures of the bile ducts. Ann Surg 1993. 248: 615-620.
25. Rodríguez Montalvo, F. Anastomosis ampliada del conducto hepático izquierdo por vía transhepática. Operación de Champeau. Rev Venez Cir 1984 37 N°1 Enero-Marzo
26. Rossi R, Tsao J. Biliary reconstruction. Surg. Clin of North Am 1994, August: 825-841.
27. Hoevels J, Lunderquist A, Ihse I. Percutaneous transhepatic intubation of bile ducts for combined internal-external drainage in preoperative and palliative treatment of obstructive jaundice. Gastrointest Radiol 1978. 3 :23-31.
28. Smith R, Sherlock S : Cirugía de la vesícula biliar y las vías biliares. Editorial Salvat. Pag. 179. 1985.
29. Way, L. Biliary stricture. Clin Quir Nor Am 1981, August: 963-972.
30. Schwartz, Shiras Spencer. Principios de Cirugía. 5ta. Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. 1989. México. 233-1261.
31. Sala-Roig J. Patologías y clínicas médicas. 3era. Edición. Vol. I. Pág. 933, Salvat Editores, Barcelona. 1962. Panamericana S.A., Buenos Aires. 1776-1807.
32. Pitts H, Miyamoto T, Parapatis S. et al. Factors influencing outcome in patients with postoperative biliary strictures. Am J Surg 1982. 144: 14-20.

## NOVEDADES Mc GRAW-HILL

BRUNICARDI

SCHWARTZ PRINCIPIOS DE CIRUGÍA, 8ª EDICIÓN  
2400 PÁGINAS, 2 VOLÚMENES, 2 COLORES,  
21 x 27,5 TAPA DURA 2006.

Nueva edición de una obra que durante 35 años ha tenido un sitio muy importante en el entrenamiento de residentes y en la renovación de las habilidades de cirujanos en ejercicio. Todos los capítulos fueron revisados en su totalidad, más de 100 colaboradores renombrados a nivel mundial.

Nuevo formato a dos colores y más de 1000 ilustraciones nuevas.

Seis capítulos nuevos: Tratamiento quirúrgico de la obesidad; Sarcomas de tejido blando; Genómica en celular y cirugía molecular; Seguridad del paciente, errores y complicaciones en la cirugía; Consideraciones quirúrgicas en las personas de edad avanzada y Anestesia del paciente quirúrgico.

# EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS NEOPLASIAS PERIAMPULARES.

GODOY, ALI (\*)  
HERRERA, JUAN (\*)  
LIUZZI, JUAN (\*)  
MACHADO, TOMAS A. (\*\*)  
SALAS, ISMAEL A. (\*\*\*)  
DELGADO, GUEISY (\*\*\*)

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la experiencia en el tratamiento quirúrgico de las neoplasias periampulares que ingresaron en nuestro servicio.

**Materiales y métodos:** estudio retrospectivo - descriptivo de 8 pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas por neoplasia periampular y a quienes se les realizó tratamiento quirúrgico.

**Ambiente:** Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas, Venezuela. Mayo de 2002 a Septiembre de 2005.

**Resultados:** Se estudiaron 8 pacientes con neoplasia periampular. El 62% pertenecían al género masculino, el grupo etario más afectado fue el comprendido entre 50-69 años (50%). La localización de las neoplasias que más predominaron fueron las lesiones en páncreas y en la ampolla de Vater, cada uno con 3 casos. En un 62% se realizó un tratamiento curativo. En todos los casos se presentó dilatación de las vías biliares con una media de 14.7 milímetros. Las intervenciones que se realizaron fueron 4 pancreatoduodenectomías de Whipple, 3 hepatoyeyunoanastomosis, una coledocoyeyunoanastomosis y una ampullectomía. Las complicaciones se presentaron en un total de 3 pacientes, representado un 37,5 % de los casos.

**Conclusiones:** las neoplasias periampulares representan un gran reto para el cirujano debido a diversidad de lesiones malignas que éstas engloban y que requieren intervenciones quirúrgicas complejas.

**Palabras clave:** neoplasias periampulares, pancreatoduodenectomía, doble derivación.

(\*) Adjunto del Servicio  
(\*\*) Residente del Servicio  
(\*\*\*) Cirujano General

Servicio de Cirugía Uno, Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela. Enero de 2006.

## ABSTRACT

### EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF PERIAMPULLARY CARCINOMA

**Objective:** To evaluate the experience in surgical treatment of periampullary carcinoma in patients who were admitted in our service.

**Method:** Retrospective descriptive study of 8 patients that were admitted in Service One of Surgery at Hospital Vargas de Caracas, with diagnosis of periampullary carcinoma that were treated surgically.

**Ambient:** Service One of Surgery at Hospital Vargas de Caracas, Venezuela, May 2002 to September 2005.

**Results:** Eight patients with periampullary carcinoma were studied. 62% were males; the most affected group was between 50-69 years-old (50%). The most common site of carcinoma was pancreas head and ampulla, with 3 cases each entity. For the 62% of cases there was made a curative procedure. All patients had biliary ducts dilatation, with an average of 14,7 millimeters. The surgical procedures that were accomplished were 4 Whipple's pancreaticoduodenectomies, 2 hepaticojunmanastomosis, one coledocojejunmanastomosis and one ampullectomy. Complications were seen in 3 patients (37,5 %).

**Conclusions:** periampullar carcinoma represents a great challenge to the surgeon, because of the diversity of injuries involved and that require complex surgical procedures.

**Key words:** Periampullary carcinomas, pancreaticoduodenectomy, double derivation.

Las neoplasias de la región periampular engloban una serie de lesiones que por su cercanía se comportan de manera similar<sup>(1)</sup>. Es así como entre ellas encontramos a las

neoplasias malignas de la ampolla de Vater, del duodeno, del colédoco y del páncreas<sup>(2)</sup>, de éstas el 95% son histológicamente adenocarcinomas<sup>(3)</sup>.

El cáncer de páncreas es el mas frecuente de estos tumores, constituyendo alrededor de la quinta causa de muerte por cáncer<sup>(4)</sup> y su incidencia se calcula en 9 por cada 100.000 habitantes<sup>(5)</sup>. La cabeza del páncreas y el proceso uncinado son sus localizaciones más frecuentes<sup>(6)</sup>.

El tumor de papila de Vater comparte un lugar destacado en la casuística. Este tipo de lesiones se pueden presentar como adenocarcinomas y menos frecuentemente como tumores carcinoides o somatostinomas de la ampolla. Los tumores de duodeno y de la porción distal de colédoco le siguen en frecuencia<sup>(3)</sup>.

En vista de la cercanía de estas lesiones clínicamente su comportamiento es similar, siendo el síndrome icterico obstructivo la forma de presentación mas frecuente<sup>(7)</sup>. Otras de las formas de presentación es la obstrucción de tracto de salida gástrico debido a infiltración del duodeno en cerca del cinco 5% de los pacientes<sup>(8)</sup>.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de la región periampular ha resultado durante muchos años un reto para los cirujanos<sup>(3,9)</sup>. En la actualidad, la única opción curativa para esta enfermedad es la resección quirúrgica, la pancreatoduodenectomía<sup>(7)</sup>. La primera pancreatoduodenectomía fue realizada por Kausch en Alemania en 1912, pero fue en 1935 cuando Whipple la popularizó. En los últimos 20 años se ha logrado reducir la mortalidad de esta intervención, calculándose actualmente, en centros especializados, de un 5 a un 8%<sup>(10)</sup>.

Sin embargo a pesar que la resección quirúrgica está indicada como tratamiento curativo en este tipo de lesiones, sólo en el 20% de los pacientes es posible realizar una resección curativa de la enfermedad<sup>(11)</sup>.

En los casos en los cuales no tiene lugar la resección curativa, es posible la realización de derivaciones paliativas, bien sea derivaciones biliodigestivas<sup>(12)</sup> o derivaciones gastroentéricas para mejorar la sintomatología obstructiva. En el caso de las derivaciones biliodigestivas paliativas se han descrito intervenciones como las colecistoyunoanastomosis, colédocoyunoanastomosis, o hepatoyunoanastomosis<sup>(13)</sup>. En el caso de las derivaciones gástricas lo más utilizado para la obstrucción duodenal es la gastroyuno-

anastomosis.

Actualmente con la utilización cada vez mayor de la cirugía mínimamente invasiva es posible la realización de derivaciones tanto biliares como gástricas, disminuyendo el tiempo quirúrgico y el porcentaje de morbilidad en comparación con los procedimientos a cielo abierto<sup>(11)</sup>.

Nuestro objetivo general es determinar la experiencia de nuestro servicio en el estudio y tratamiento de las neoplasias periampulares, ya que estas lesiones, tanto desde el punto de vista diagnóstico y quirúrgico, comprenden un gran reto para todo cirujano.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Todos los datos obtenidos fueron recolectados de los archivos de historias médicas del Hospital Vargas de Caracas.

Se realizó la revisión de todas aquellas historias de los pacientes que consultaron a nuestro centro y fueron atendidos en el servicio de Cirugía Uno en el período de mayo de 2002 hasta septiembre de 2005, presentando una neoplasia de la región periampular y que posteriormente fueron llevados a mesa operatoria para la realización de una resección curativa o una derivación paliativa. Fueron excluidos todos los pacientes con patologías benignas o aquellas lesiones en las cuales el drenaje fue realizado por vía endoscópica.

Los hallazgos fueron recopilados según los factores epidemiológicos de las lesiones, el tipo de lesión, el tipo de tratamiento quirúrgico realizado, si fueron con intención curativa o paliativa, las complicaciones que se presentaron y la estancia hospitalaria.

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, se estudiaron todos los pacientes en los que se practicaron intervenciones quirúrgicas curativas o paliativas por cáncer de la región periampular.

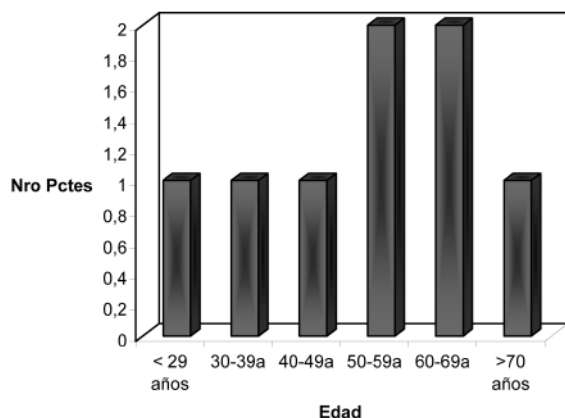
## RESULTADOS

Durante el período de estudio de Mayo de 2002 a Septiembre de 2005 (42 meses) se evaluaron un total de 8 pacientes a los cuales se les diagnosticó cáncer periampular y se realizó intervención con intenciones curativas o paliativas por parte del servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas.

Dentro del número total de de pacientes se observó

que las edades de incidencia de esta patología fluctuaron entre 23 y 65 años, siendo la media 45.2 años. Los grupos etarios más afectados fueron los comprendidos entre los 50 a 59 años y los 60 a 69 años, ambos abarcan un 25 % del total. (*Gráfico I*).

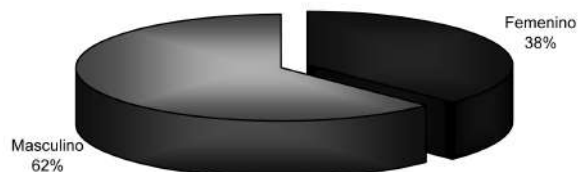
(Gráfico I).

**Distribución de pacientes según edad**

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

En cuanto a la distribución por sexo, se observó un predominio del sexo masculino sobre el femenino con un total de cinco casos (62 %) (*Gráfico II*).

(Gráfico II).

**Distribución de los pacientes según sexo**

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

En cuanto a la forma de presentación, todos se manifestaron con síndrome icterico obstructivo, asociándose en un 37,5 % con dolor abdominal, 37,5 % con pérdida de peso y 25 % con masa palpable abdominal. (*Tabla I*)

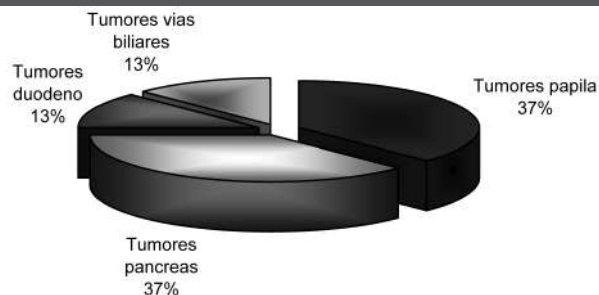
En cuanto a su localización, las que predominaron fueron las lesiones a nivel de la cabeza del páncreas y los tumores de la ampolla de Vater, cada uno de ellos con tres

(Tabla I).

| Manifestaciones clínicas      |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| Clínica                       | Número de casos |
| Síndrome icterico obstructivo | 8               |
| Dolor Abdominal               | 3               |
| Pérdida de peso               | 3               |
| Masa palpable                 | 2               |

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas  
casos, un caso de tumor de duodeno y un caso de tumor de colédoco distal. (*Gráfico III*)

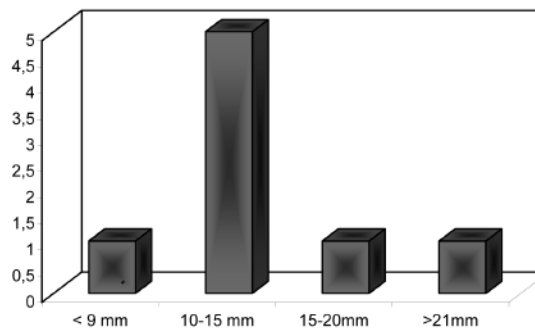
(Gráfico III).

**Distribución según la localización de la lesión**

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

Durante el acto operatorio se cuantificó el diámetro de la vía biliar principal, evidenciándose en todos los casos dilatación de las vías biliares extrahepáticas, fluctuando valores entre 9 y 30 milímetros, con una media de 14.7 milímetros. (*Gráfico IV*)

(Gráfico IV).

**Distribución según el grado de dilatación de la vía biliar**

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

De este total de ocho pacientes se realizaron 7 derivaciones externas y una derivación interna. Se realizaron cuatro pancreatoduodenectomías de Whipple, dos hepatoyeyunoanastomosis, una coledoco-yeyunoanastomosis, y una ampulectomía (Tabla II).

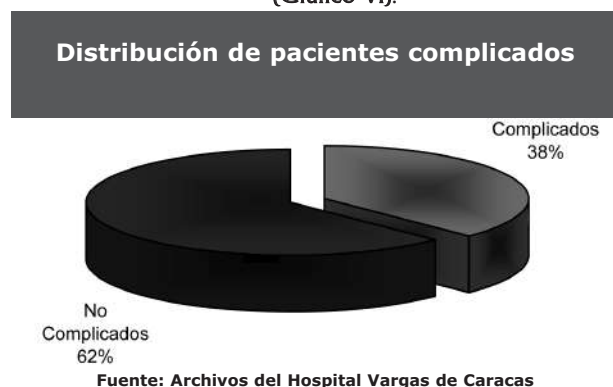
(Tabla II).

| Tipo de derivaciones realizadas |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| Tipo de Intervención            | Número de Casos |
| Operación de Whipple            | 4               |
| Hepatoyeyunoanastomosis         | 2               |
| Colédocoyeyunoanastomosis       | 1               |
| Ampulectomía                    | 1               |

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

Las complicaciones se presentaron en un total de tres pacientes, que representa un 37,5 % de los casos. En un caso se evidenció sangrado a nivel del lecho vesicular, un caso con hemorragia digestiva superior y un caso de fístula quilosa. En dos de estos casos se ameritó una reintervención con resolución quirúrgica del sangrado. La fístula quilosa se manejó exitosamente de forma médica con dieta absoluta, nutrición parenteral total, y somatostatina. En nuestro trabajo se presentó un fallecido debido a una insuficiencia hepática fulminante (Gráfico V).

(Gráfico VI).



La estancia hospitalaria que se manejó en estos pacientes presentó una media de 8.33 días.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias del confluente biliopancreático son lesiones que por su localización tienen un comportamiento

to y forma de presentación muy similares<sup>(1)</sup>. En muchos casos el diagnóstico se establece en el plan de estudio de un síndrome icterico obstructivo, lamentablemente en la gran mayoría de las oportunidades en el momento del diagnóstico ya son lesiones avanzadas y en las cuales el tratamiento curativo no es posible<sup>(14)</sup>.

Dentro de este tipo de lesiones, las más frecuentes que se observaron en nuestro estudio son las neoplasias a nivel del páncreas, lo cual guarda relación con las estadísticas mundiales<sup>(3)</sup>. En el caso de estas neoplasias ya eran lesiones muy extensas y no fue posible la realización de una cirugía curativa y se realizó en todos los casos una doble derivación.

Los tumores a nivel de la ampolla de Vater fueron los segundos en frecuencia, llamando la atención que en todos los casos permitió una resección curativa, en dos de los casos por carcinoma de papila con pancreatoduodenectomía de Whipple y en uno de los casos por un tumor carcinóide de papila, al cual se realizó una ampulectomía.

En nuestro servicio la derivación biliodigestiva más utilizada fue la hepatoyeyunoanastomosis en un total de seis de los casos, tanto para las derivaciones con intenciones curativas como paliativas, fundamentalmente porque al igual a lo descrito en la literatura, es la que menor riesgo de estenosis presenta, cabe acotar que gran parte de los pacientes a quienes se les practicó procedimientos de orden paliativos, fueron llevados a quirófano con propósitos curativos, evidenciando intraoperatoriamente hallazgos que impidieron su resección.

Al igual que la estadística mundial se observó que la presentación de las neoplasias del confluente biliopancreático predomina entre la quinta y sexta década de la vida<sup>(4)</sup>, llamando la atención la presentación de una carcinóide de papila de Vater en una paciente de veinticuatro años.

Las complicaciones se presentaron en tres pacientes, un paciente con un carcinoma de ampolla de Vater, quien presentó como complicación rara una fístula quilosa, la cual fue manejada de forma conservadora con tratamiento médico, sin gasto posterior a cuatro semanas, y un paciente con carcinóide de ampolla de Vater a quien se le realizó una ampulectomía y presentó como complicación una hemorragia digestiva, que ameritó una reintervención por sangrado a nivel de la rafia del duodeno. En otro caso se practicó una reintervención por sangrado a nivel del lecho

vesicular en una paciente con carcinoma de páncreas a quien se le realizó una doble derivación.

La mortalidad se presentó en un paciente con un carcinoma de cabeza de páncreas irresecable, al cual se le practicó una doble derivación, presentándose como complicación una insuficiencia hepática fulminante, falleciendo al tercer día del post operatorio.

### REFERENCIAS

- Cooperman AM. Cáncer de Páncreas: un dilema terapéutico. Clin Quir Nor Am. 1981; 1:103 -11.
- Braasch JNV; Camer SJ. Periapillary carcinoma. Med Clin Quir Nor Am 1975; Mar 59(2): 309 - 14.
- Batista X. Pancreatoduodenectomía en el tratamiento quirúrgico del cáncer de la región periampollar. Rev Cub Cir 2001; 40(3): 196 - 200.
- Niederhuber JE, Brennan MF, Menck HR. The National Cancer Data Base. Report on pancreatic cancer. Cancer 1995; 76: 1671 - 1.
- Yeo. C, Cameron JL. Pancreatic cancer. En: Sabiston DC JR, ed Textbook of Surgery. 15° ed. Philadelphia; WB Saunders, 1997: 1076 - 106.
- Savio A, Copo J, Martínez C, Soliva R. Pancreatoduodenectomía céfalica en los tumores periampulares: experiencia en nuestro centro y revisión del tema. [http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol40\\_4\\_01/cir08401.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol40_4_01/cir08401.htm). el 12 de diciembre de 2005.
- Brune IB, Freussner H. Laparoscopy gastrojejunostomy and endoscopic biliary stent placement for palliation of incurable gastric outlet obstruction with colestasis. Surg Endosc 1997; 10: 834 -837.
- De Rooij PD, Rogatka. Evaluation of palliative surgical procedures in unresectable pancreatic cancer. Br J Surg 1991; 78: 1053 - 1058.
- Whipple AO, Parsons WB. Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater. Ann Surg 1935; 102: 763 - 79.
- Chew DK, Attiveh. Experience with the Whipple procedure. Am J Surg 1997; 174: 312 - 5.
- Saenz A, Kuriaosky J. Doble derivación gástrica y biliar por laparoscopia en pacientes con carcinoma de cabeza de páncreas irresecable. Cir Esp 2000; 68(6) 548 - 551.
- Hernández Carlos. Ictericia quirúrgica. Editorial Trazos, C.A. Caracas, Venezuela. 1984. p 27-55.
- Ilias E, Kassab P. Derivacao biliodigestiva para paliacao da ictericia conseqüente ao cancer do pancreas. Rev As Med Bras 2005; Vol 51 Nro 4.
- Gretco MB. Masas de la cabeza pancreática. Clin Quir Nor Am

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                       | <h2>LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA</h2>                                                                                                                                                                                         | <h2>VIII CONGRESO VENEZOLANO DE RESIDENTES DE CIRUGÍA</h2>                                                                                                                                                       | <h2>III JORNADA ANDINA DE MASTOLOGÍA</h2>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                 |
| <br>                                               |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            | <p><b>Ponentes Nacionales e Internacionales.<br/>Talleres, Simposios, Foros, Videos.</b></p> <p><b>26, 27 Y 28<br/>OCTUBRE<br/>2006</b></p> <p><b>CENTRO DE<br/>CONVENCIONES<br/>MUCUMBARILA<br/>MÉRIDA</b></p> |
| <p>auspiciado por:</p>   <p><b>INFORMACIÓN</b></p> | <p>Sociedad Venezolana de Cirugía<br/>Av. Sucre de los Dos Caminos, Edif. Parque Centro Boyacá,<br/>Piso 17, Ofic. 173, Caracas 1070<br/>www.svcirugia.org • sv_cirugia@cantv.net<br/>Teléfonos: 058 (212) 286-8459 / 286-8106</p> | <p>Sociedad Venezolana de Cirugía Capítulo Mérida<br/>Av. 5 entre calles 25 y 26 C.P. Mamacha Piso 1 Local 1-1<br/>www.svcmerida.org • info@svcmenda.org<br/>Teléfonos: 058 (274) 251.04.71 / 0414-747.20.65</p> | <p>AS event, c.a.<br/>Calle Garcilaso, Centro Polo, Torre A, piso 8, ofic. 83,<br/>Colinas de Bello Monte, Caracas<br/>www.asevent.com • svcirugia@asevent.com<br/>Teléfonos: 058 (212) 751-5629 / 751-8582 / 751-8338</p> |                                                                                                                                                                                                                 |

# PROGRAMA ÚNICO HOMOLOGADO EN CIRUGÍA GENERAL.

RAMÍREZ LARES, RAFAEL A.\*

La capacidad, los conocimientos, la metodología y la aptitud para enseñar en muchos casos en nuestros centros asistenciales no es del dominio de todos los que de alguna manera están involucrados o comprometidos en el desarrollo de los programas de la especialidad de Cirugía General, sean éstos universitarios o no. La comprobación del aprendizaje de lo enseñado es aún más difícil y compleja, ya que en estos cursos se abarcan aspectos muy diversos como son: la actitud, los conocimientos teóricos de las patologías, las habilidades y las destrezas en las técnicas quirúrgicas, que se ha hecho más evidente con el desarrollo de la laparoscopia. También como su desarrollo se realiza directamente en el campo laboral se hace aún más compleja la medida de lo aprendido<sup>(1)</sup>. Además, a todos estos aspectos descritos los rigen principios determinantes como lo son: la bioética, la responsabilidad social y la responsabilidad legal de la actuación de su profesión. Los parámetros que hay que medir deben definirse previamente para ser lo más preciso posible, de manera que sea altamente objetivo y que se corresponda al perfil del egresado que queremos para el país, el cual deberá estar acorde con las necesidades de los programas y políticas de salud del Estado y con las patologías quirúrgicas más frecuentes, para que el joven cirujano egresado pueda afrontar de la mejor manera posible su especialidad en cirugía general.

La Sociedad Venezolana de Cirugía como órgano rector que agrupa a los cirujanos del país, haciendo énfasis en la búsqueda de la mejor formación de los nuevos cirujanos generales, en conjunto con las universidades nacionales ha planteado en varias oportunidades esta preocupación, por lo que se han llevado a cabo varias reuniones, talleres y jornadas de reflexión con respecto a la enseñanza de la cirugía, lo que ha dado como resultado la posibilidad de establecer un programa o eje curricular básico y único con una duración de 4 años, basado en el desarrollo y alcance de

competencias, que debiera establecerse y seguirse en todos los cursos de formación de cirujanos generales, haciendo énfasis en el respeto de la idiosincrasia de cada región geográfica y de las universidades y/o instituciones que los desarrollan. Una vez que se defina y se logre establecer el programa básico homologado se facilitaría la certificación de la especialidad en cirugía general para el desarrollo profesional en el ámbito nacional.

El paso principal y fundamental en el establecimiento de un programa de la especialidad, es la definición del perfil del egresado, aspecto éste que ya fue decidido por consenso en las reuniones efectuadas entre la Sociedad Venezolana de Cirugía y los directores y coordinadores de los postgrados universitarios de cirugía general del país y en la jornada de reflexión celebrada en el marco del 60 aniversario de la Sociedad, (Noviembre 2004 en el Caracas Hilton) y en el cual quedó establecido de la siguiente manera:

“El egresado de los cursos de post-grado de la Especialidad de Cirugía general a nivel nacional deberá tener las competencias básicas necesarias para la solución de los problemas quirúrgicos más frecuentes tanto en cirugía electiva como en situación de emergencia, en los diferentes grupos de edad y sexo, acorde a la epidemiología de la patología quirúrgica nacional. Por lo tanto deberá estar preparado en los procedimientos diagnósticos, actos quirúrgicos y rehabilitación de los enfermos. Estar dotado de sólidos principios morales, éticos y profundo sentido de la responsabilidad en el ejercicio de su profesión. Contemplar al individuo en sus actos médicos como integrante de una familia y comunidad, con un enfoque integral de sus aspectos biológicos, psicológicos, culturales, valores morales, éticos, religiosos y sociales. Deberá tener la formación básica necesaria en metodología de la investigación, que le permita utilizar los métodos experimentales, clínicos, epidemiológicos y quirúrgicos en la investigación de los problemas de salud del individuo y de su comunidad, aportando soluciones, publicaciones científicas a la literatura nacional e internacional. Deberá poseer una actitud de permanente actualización de sus conocimientos y destrezas médico quirúrgicas

\* MASVC, MSAGES.

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

Jefe del Departamento de Cirugía, Hospital Universitario de Caracas  
Director del curso de Postgrado de Cirugía General del HUC.

Coordinador del Comité Académico de los Postgrados de Disciplina de Cirugía General del área Metropolitana.

Secretario de Postgrados y Hospitales, Sociedad Venezolana de Cirugía.

cas. Deberá ser capaz de incorporarse e integrarse a equipos de salud. Conocer las limitaciones tanto personales, como las de su especialidad, las leyes y reglamentos que regulan el ejercicio de su profesión, el sistema de salud del país y sus niveles de atención, para el ejercicio de su profesión; así como también a la Sociedad Venezolana de Cirugía que lo agrupa, orienta su actividad profesional, certifica y recertifica sus competencias en la especialidad, tanto a nivel local, regional y nacional.

Este perfil de egresado deberá alcanzarse en el período de 4 años, luego de haberse sometido los aspirantes a un proceso de selección, el cual debe realizarse con normativas claras, definidas y propias en cada uno de los cursos de postgrado, enmarcadas en la legalidad vigente y en los acuerdos y/o normas que establezcan las diferentes universidades o las instituciones que lo propicien. El curso debe desarrollarse en la base del aprendizaje de los conocimientos de las diferentes patologías, de los elementos y herramientas para la investigación de los problemas planteados o que se le plantean, habilidades y destrezas, cuyo alcance deberá hacerse en forma gradual y progresiva por años de residencia, enmarcados siempre en valores éticos y morales ineludibles, y la legalidad que rige el ejercicio del acto médico y de su especialidad, cuya modalidad de desarrollo por alcance de competencias parece ser el más adecuado, ya que se lleva cabo en el marco laboral y específicamente el de competencias clínicas, cuya definición o concepto ha sido bien determinado por Noriega<sup>(2)</sup>. “Competencia Clínica es el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para la ejecución de acciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y cura de enfermedades y con la interacción de los miembros del equipo de salud, con las personas de manera individual o en comunidades, en la búsqueda de solución a las enfermedades que las mismas afrontan. Dicho de otra manera, la competencia clínica requiere del dominio de conocimientos específicos, propios de cada área, de habilidades de comunicación y de organización, habilidades y destrezas para trabajar en equipo y para solucionar problemas, habilidades para el razonamiento en función de las evidencias encontradas. Igualmente engloba valores tales como: vocación de servicio, sensibilidad social, responsabilidad, compromiso, empatía, entre otros.”

Podemos resumir el planteamiento de la siguiente manera: *(Gráfico I).*



Para el desarrollo de las competencias en los programas del postgrado es indispensable como paso previo la definición de cada una de ellas, enmarcadas dentro del perfil del egresado ya establecido, la modalidad o forma de su consecución y la evaluación de lo desarrollado o enseñado, si llena o no lo aprendido o lo que se pretendió enseñar, o sea las competencias que han debido alcanzar los cursantes para que puedan ser certificados como competentes en el campo o ejercicio de su profesión o especialidad en cirugía general. La definición de estas competencias son responsabilidad de los cirujanos expertos, profesores de los postgrados, directores y coordinadores de los cursos de los postgrados, con una metodología conocida y definida para tal fin. Entre las más utilizadas se encuentran: el método “Desarrollo de un Currículo” (DACUM, siglas en inglés). Se pueden emplear otras metodologías o un conjunto de ellos, como también variables del método DACUM, como son AMOD y SCID. Actualmente se emplea el método denominado “AF”, Análisis Funcional, que identifica las competencias laborales inherentes al ejercicio de una función ocupacional, y considera la función de cada trabajador en una relación sistémica con las demás funciones y con el entorno organizacional,<sup>(3, 4)</sup>. A partir de ellas se llegarán a acuerdos de cuáles son las competencias que se deberán desarrollar para obtener el egresado y que se considere necesario para las necesidades del país. En este sentido se han hecho adelantos y se ha definido un buen número de ellas por parte del postgrado de cirugía general en la UCLA, (Dra. Isabel Lira) las cuales pudieran servir de base para la elaboración del programa básico homologado, también los temarios de los programas de los cursos de especialización<sup>(5)</sup> pudieran guiar las competencias a ser desarrolladas y alcanzadas por los cursantes del programa homologado. Le corresponde a la Sociedad Venezolana de Cirugía, órgano actuante y responsable de la certificación de la especialidad, las características del cirujano general venezolano del siglo XXI, por lo que la integración de la

dirección de postgrados, Sociedad Venezolana de Cirugía y autoridades nacionales de salud tiene que ser indispensable en el desarrollo de esta tarea. A la Sociedad Venezolana de Cirugía le compete velar porque en las sedes de los post-grados se den todos los elementos básicos de infraestructura, equipamiento tecnológico avanzado y recursos humanos preparados y adecuados para el desarrollo de los cursos de especialización en Cirugía General.

Es conocido por todos, que hay diversos programas de Postgrados que han sido responsables del egreso de numerosos cursantes en diversos hospitales y universidades del país y de ellos se ha nutrido nuestra especialidad en Venezuela, de estos cursos han egresados cirujanos cuya competencia ha sido destacada a nivel nacional e internacional, pero aun con estas fortalezas evidentes y no discutibles, le compete a la Sociedad Venezolana de Cirugía la labor de ser orientadora, aglutinadora y guía de estos cursos en donde se enseña la especialidad, para lo cual ya tiene claro el perfil del egresado, sus competencias y valores que deben regir su profesión para así otorgarle su certificación en conjunto con los organismos nacionales competentes y autorizados por la ley para tal fin.

La inquietud de la posibilidad o realidad que nuestros egresados de los cursos de postgrados de cirugía general hayan disminuido su calidad de preparación por diversas razones: falta de consolidación de conocimientos previos en el pregrado, en consecuencia arrastre de deficiencia de conocimientos básicos de los aspirantes a los cursos, situación de los hospitales en cuanto a su infraestructura, equipamiento básico para cirugía y de tecnología avanzada, como por ejemplo la posibilidad de contar con equipos de cirugía laparoscópica, cobertura de las necesidades básicas humanas de los cursantes para su pleno desempeño en sus labores, como buen sueldo, residencia adecuada, disponibilidad de acceso a tecnología de avanzada en comunicaciones, internet, bibliotecas, audiovisuales, han motivado a la Sociedad Venezolana de Cirugía a plantear la homologación de los cursos en un eje curricular único hacia el perfil del egresado como primer paso para establecer y enseñar lo que debe saber, en el marco social y legal el cirujano general de nuestro país, este paso o establecimiento de un programa homologado definirá las bases para tener bien claros los recursos humanos y tecnológicos que deben tener las sedes de los cursos para su desarrollo y para alcanzar las competencias de sus egresados. Definida la normativa de evaluación y una vez implementado el programa, se debe exigir a las autoridades competentes la instala-

ción y el mantenimiento de todos los aspectos que implican el desarrollo del programa. Otro aspecto que hay que considerar es que en caso de deficiencias en determinados cursos acorde al programa básico estructurado, se pueden plantear cursos adicionales desarrollados en sitios en los cuales existen cursos bien establecidos, como por ejemplo el Instituto de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, en la Unidad de Cirugía Mínimamente invasiva de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado en Barquisimeto, al igual que en la Universidad de los Andes, Universidad de Oriente, Universidad del Zulia, etc., sobre todo en aspectos relacionados con la cirugía laparoscópica la cual no se ha establecido adecuadamente en muchos cursos de postgrado del país. Esta implementación de cursos adicionales o módulos de enseñanza permitirían llenar las deficiencias en programas no universitarios o residencias programadas, dándole una mejor calidad a sus egresados en aspectos en los cuales los hospitales en donde se desarrollan esos programas no son llenados por diversas causas y así podrían cumplir con los requisitos exigidos por la Sociedad Venezolana de Cirugía para la certificación de la especialidad, equiparándose a los postgrados Universitarios los cuales son conducentes a títulos de especialistas certificados directamente por la Sociedad, según lo acordado en las jornadas de reflexión del 60 aniversario.

Las residencias o cursos de postgrados con el título universitario de especialista en cirugía general, serán certificadas por la Sociedad Venezolana de Cirugía, sin otro requisito, y serán tramitadas a las instituciones respectivas para los trámites legales del ejercicio de la profesión de cirujano, ya que tendrán un programa único, uniforme en cuanto a su estructuración y con una duración de 4 años, basado en Competencias. En consecuencia se podrán inscribir como miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía, sin otro requisito sino el cumplimiento de lo que estipula el reglamento.

Las residencias programadas no universitarias, deberán tener el aval de la Sociedad Venezolana de Cirugía y se basarán en el programa básico diseñado para los postgrados universitarios. Una vez concluida la residencia programada, esta podrá servir a su cursante como requisito previo o prelación para continuar estudios en otras supra especialidades. En caso de querer certificarse como cirujano general, la Sociedad Venezolana de Cirugía, previo estudio por el comité respectivo, evaluará la solicitud del interesado y determinará los módulos a ser completados por el cursan-

te, con la finalidad de poder otorgarle la certificación respectiva.

Las residencias asistenciales no podrán ser avaladas, ni estudiadas para ser certificadas por la Sociedad Venezolana de Cirugía, los interesados deberán realizar una residencia con programa universitario o una residencia programada, para lograr la certificación si fuese el interés del cursante. Estas residencias podrían servir de prerrequisito a las supra especialidades, si esta condición fuese aceptada por las autoridades de la supra especialidad respectiva.

Los cursantes de la especialidad en el exterior, deberán presentar sus programas y títulos respectivos, debidamente legalizados, para ser estudiados por el Comité de Certificación de la Sociedad, cada caso se determinará en particular, y será equivalente con el programa de los post-gradados universitarios.

El problema está planteado, los objetivos definidos, el reto fundamentalmente está en desarrollar e implementar el

programa único homologado en todos los cursos de post-grado una vez definidas las competencias a alcanzar por los cursantes, el logro de este objetivo deberá ser por consenso mediante la participación de todos y cada uno de los postgrados existentes en el país. Cada experiencia, cada persona directiva o no de los cursos deberá emitir su opinión en reuniones, seminarios, talleres o trabajo colectivo y se tendrá un programa de cirugía general único, orgullo de todos y envidia de muchos.

## REFERENCIAS

1. El modelo de competencias y sus consecuencias sobre el trabajo y los oficios profesionales. En: Zarifian, Philippe. El Modelo de competencia y los sistemas productivos, Montevideo, 2001. Cinterfor/OIT.
2. Noriega, T., Orosa, J., Puerta, M., Goncalves, J., Díaz, M., Pérez-Ojeda, J. La competencia clínica como eje integrador de los estudios de pre y post-grado en las ciencias de la salud. Rev. Fac. Med., Universidad Central de Venezuela 26, 2003 (1), 17-21.
3. Argüelles A. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: SEP. CONALEP, Limusa Noriega Editores. 1.996
4. Mertens, Leonard. Competencia Laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Montevideo. (1.996 Cinterfor/OIT.
5. Ramírez R., Sardiñas C., Guía del Residente. Post-grado de Cirugía General. Hospital Universitario de Caracas. Diciembre 2005, Caracas.

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | <h1>LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA</h1>                                                                                                                                                                                           | <h1>VIII CONGRESO VENEZOLANO DE RESIDENTES DE CIRUGÍA</h1>                                                                                                                                                         | <h1>III JORNADA ANDINA DE MASTOLOGÍA</h1>                                                                                                                                                                                   |
|                         |                                                                                                                                                   | <p><b>Ponentes Nacionales e Internacionales.<br/>Talleres, Simposios, Foros, Videos.</b></p>                                                                                                                       | <p><b>26, 27 Y 28<br/>OCTUBRE<br/>2006</b></p>                                                                                                                                                                              |
| <p>SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGÍA</p>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>auspiciado por:</p>  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>CENTRO DE CONVENCIONES MUCUMBARILA<br/>MÉRIDA</b></p>                                                                                                                                                                 |
| <p><b>INFORMACIÓN</b></p>                                                                                  | <p>Sociedad Venezolana de Cirugía<br/>Av. Sucre de los Dos Caminos, Edif. Parque Centro Boyacá,<br/>Piso 17, Ofic. 173, Caracas 1070.<br/>www.svcirugia.org • sv-cirugia@cantv.net<br/>Teléfonos: 058 (212) 288-8459 / 288-8106.</p> | <p>Sociedad Venezolana de Cirugía Capítulo Mérida<br/>Av. 5 entre calles 25 y 26 C.P. Mamaicha Piso 1 Local 1-1.<br/>www.svcmerida.org • info@svcmerida.org<br/>Teléfonos: 058 (274) 251-0471 / 0414-747 20 65</p> | <p>AS event, c.a.<br/>Calle Garcilaso, Centro Polo, Torre A, piso 8, ofic. 83,<br/>Colinas de Bello Monte, Caracas.<br/>www.asevent.com • svcirugia@asevent.com<br/>Teléfonos: 058 (212) 751-5529 / 751-8582 / 751-8338</p> |

# CONCLUSIONES XXVIII CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA. MARACAIBO, MARZO 2006

## CONSENSO ONCOLÓGICO EN CÁNCER DE OVARIO

*MODERADOR: Dr. Tatá Amoldoni, Jesús*

Se realiza el consenso con la participación del siguiente panel:

- Dr. Di Giampietro, Loretta.
- Dr. Raigoza, Aldo.
- Dr. Briceño, Wilmar.
- Dr. Álvarez, Emilio.
- Dr. Rivas, Asdrúbal.

### CONCLUSIONES FINALES:

1. La sospecha diagnóstica es clínica, el ecosonograma transvaginal es el mejor método para aproximarse al diagnóstico. Es económico, sencillo y disponible en Venezuela.
2. La laparoscopia es un buen método para diagnóstico y estadiaje temprano, pero no se debe tomar como conducta en la actualidad.
3. El diagnóstico definitivo lo hace el patólogo con la pieza de resección en la mano.
4. La conducta ante un tumor "borderline" dependerá de las características de la paciente.
5. El protocolo de ovario se debe realizar en dos fases: 1) hasta reseccionar la pieza y esperar el resultado y 2) completar el muestreo o terminar la cirugía según el resultado de la biopsia.
6. La cirugía de segunda mirada solo se justifica en protocolos de investigación y/o seguimientos.
7. La quimioterapia neoadyuvante se indica en estudios avanzados previa biopsia por laparoscopia.
8. La quimioterapia adyuvante se inicia antes de las 4 semanas post operatoria.
9. El Ca 125 solo sirve de seguimiento.
10. El seguimiento es cada 6 meses por 2 años, luego una vez al año.
11. No realizar cirugía de ovario tumoral si no se cuenta con un patólogo para biopsia intraoperatoria.
12. La cirugía de ovario tumoral la debe realizar un cirujano entrenado en disecciones ganglionares, resecciones intestinales y/o hepáticas.

## CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

*Coordinador: Dr. Rivera Orozco, Humberto*

*Moderadora: Dra. Vergara de Márquez, Gloria*

Participantes:

- Dr. Sánchez, Alfredo
- Dr. Rivera, José A
- Dr. González, Nerio
- Dr. Bello, Alexis
- Dr. Galán, Carlos
- Dr. Díaz, Pablo
- Dr. García, Luis
- Dr. Guida, Máximo
- Dr. Hidalgo, Pedro
- Dr. Perozo, César

Esta mesa tuvo como propósito dar a conocer los progresos que se han dado en las válvuloplastias mitrales y aórticas, donde se presentaron trabajos y videos con técnicas quirúrgicas muy ilustrativas de tales adelantos y promover el desarrollo y manejo de las mismas en estos pacientes.

En el segundo segmento se trataron los aneurismas de la aorta en su porción ascendente que comprometen la válvula y la experiencia en esta patología.

Se presentó un trabajo del diagnóstico y tratamiento del aneurisma ventricular con sus técnicas geométricas de reparación.

Se concluyó este segmento abordando la disección de la aorta y su manejo en láminas y videos de casos tratados.

En la tarde se habló de la enfermedad coronaria en forma de mesa redonda, donde se expusieron los actuales problemas, tales como tratamiento quirúrgico sobre colocación de stents, así como la utilización de segmentos arteriales como elementos de revascularización versus la utilización de la safena. Se discutió la conveniencia de colocar un número restringido de vasos sobre total revascularización. Igualmente se trataron los temas de la cirugía mínimamente invasiva, y la cirugía con la utilización de circulación extracorpórea o sin ella.

Hubo una asistencia calculada en 40 a 50 personas.

Es necesario incrementar las técnicas de válvuloplastias aórticas y mitrales.

Las aneurismas de la aorta ascendente se consideraron una enfermedad razonablemente controlada e incluso con revascularización simultánea de la arteria coronaria.

La cirugía de coronaria sin bomba ha tomado un auge inusitado con iguales o mejores resultados de los obtenidos con bomba.

El uso de ecocardiograma transoperatorio es un método eficaz de monitorización del resultado, pero más útil ha sido el uso del fluxómetro.

La reparación geométrica del aneurisma ventricular garantiza una mejor preservación de la función cardíaca.

## **SIMPOSIO DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO**

*Coordinador: Dr. Velásquez, Jesús*

Participantes:

- Dr. Cirigliano, Nicolás
- Dra. Vargas de Velásquez, Morella
- Dr. Díaz, Juan Carlos
- Dr. Gentili, David

### **CONCLUSIONES**

1. El soporte nutricional es una herramienta útil en el paciente quirúrgico.
2. El paciente con estrés hipermetabólico no debe recibir más de 30 Kcal / Kg de peso.
3. Se recomienda el uso de proteínas en un rango de 1,5 a 2,0 gr/Kg/día.
4. La glutamina es un aminoácido condicionalmente esencial en pacientes críticos.

## **PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE LA GLÁNDULA TIROIDES.**

*Conferencia: Dra. Oviedo de Ayala, Norma, en el curso pre-congreso sobre cirugía de la glándula tiroides.*

El objetivo de la punción con aguja fina de la glándula tiroidea es detectar una neoplasia. En el éxito de la PAF son indispensables:

1. Los antecedentes clínicos y una adecuada comunicación entre el paciente, el especialista tratante y el patólogo.
2. Una vez ubicado el nódulo se deben realizar sucesivos pases unidireccionales (6 a 10 pases), liberar la presión negativa antes de salir del nódulo y retirar la inyectadora.
3. Inmediata eyección y extensión del material en una delgada capa sobre el portaobjetos.
4. Separar las láminas sin fijar: Dos (secar al aire) para colocación inmediata y fijar en alcohol Dos para colocación con Papanicolaou u otro colorante citológico.
5. Evaluación inmediata para considerar si el material obtenido es adecuado para la interpretación diagnóstica.
6. La muestra adecuada deberá tener al menos 5 a 10 "grupos" de células C y cada uno deberá tener al menos 10 células.

Fracaso en la Punción con Aguja Fina:

- Uso de agujas gruesas. En casos fallidos se deben usar agujas calibre 25 o 23.
- Escasa celularidad.
- Extendidos gruesos, sin especificar su fijación o no.
- Interpretación inadecuada por inexperiencia.
- Omisión de criterios fundamentales.

El reporte diagnóstico podrá ser expresado en:

- A. Categorías generales:
  - Insatisfactorias
  - Positivo para malignidad
  - Negativos para malignidad
  - Sospechosos o no concluyentes de malignidad.
- B. Específicas:
  - Ejemplo: Diagnóstico: Hiperplasia adenomatosa. Carcinoma papilar

### **CONCLUSIONES:**

Las patologías benignas son las más frecuentes, de ellas las hiperplasia nodular.

Las patologías malignas más frecuentes están representadas por el carcinoma papilar y de ellas las variedades clásicas.

Existen neoplasias que no pueden clasificarse como benignas o malignas, a saber:

- Neoplasias foliculares
- Neoplasias oxifílicas

En nuestra experiencia hemos encontrado un aumento en la detección de neoplasias y de ellas los carcinomas papilares representan el 57% de todas las neoplasias estudiadas en el año 2005, y la correlación citohistológica obtenida es de 95 – 97%.

## **SIMPOSIO SOBRE LA INFECCIÓN EN CIRUGÍA**

*Coordinador: Dr. Escalona, Roger .*

Participantes:

- Dr. de Noia, Vincenzo
- Dra. Landaeta, María Eugenia
- Dr. Guzmán Blanco, Manuel
- Dr. Anselmi, Rolando

En primer lugar el Dr. Manuel Guzmán Blanco expone el tema “El cirujano como foco de infección”, donde plantea las posibilidades reales de transmisión de enfermedades del cirujano o algún implemento del equipo quirúrgico, hacia el paciente, tales como Hepatitis A, B y C, con probabilidades mayores y menores como el HIV, pero siempre presente. Insiste en el lavado de manos, se plantea la posibilidad de que el jefe inmediato restrinja la actividad del cirujano enfermo o portador.

Seguidamente el Dr. De Noia presenta “La Infección en Cirugía mínimamente invasiva”, en el que se plantea que a pesar de la bibliografía que menciona las condiciones favorables a infecciones, producidas por el neumoperitoneo, la evidencia apoya la real disminución de la incidencia, pero siempre estar atento a estas condiciones, además el Dr. De Noia planteó que a pesar de que la utilización de material no reusable, en varias intervenciones podría ser factor aumento de las infecciones del campo quirúrgico, la evidencia recogida parece tender a demostrar que no existe diferencia significativa.

La Dra. María Eugenia Landaeta, expuso su conferencia “La infección como enfermedad laboral. Riesgo del equipo quirúrgico”. En ella se concluye la extrema necesidad de observar las medidas de precaución universal en todo paciente y de estar alerta a la hora de realizar procedimientos de riesgo, insistiendo en el uso de guantes, lentes protectores, etc; así como las condiciones adecuadas de trabajo, necesarias para disminuir los riesgos del equipo quirúrgico.

El Dr. Rolando Anselmi habló sobre el tema “Quirófano:

¿área aséptica o mínimamente contaminada?”, en la que hace un recuento de los errores y las recomendaciones para mantener las condiciones ambientales de ese lugar “sagrado” y así lograr una disminución drástica de las infecciones quirúrgicas.

Para finalizar, el Dr. Guzmán Blanco plasma una nueva propuesta en antibióticos, la tigeciclina, para el tratamiento de la peritonitis secundaria obtenida en la comunidad, y en las terciarias que sean sensibles a este medicamento, de acuerdo a la realidad microbiológica de cada institución.

Todos los profesores insistieron en la importancia del lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente.

## **GANGLIO CENTINELA**

*Coordinador: Dr. Hernández, Gerardo*

Participantes:

- Dr. Osorio, Sergio
- Dr. Gómez, Álvaro
- Dr. Paz Aravich, Vinicio
- Dra. Manzo, Aisa
- Dr. Parada, David
- Dr. Mezzadri, Norberto
- Dr. Paredes, Ricardo
- Dr. Khalek, Yihad
- Dr. Sánchez, Jorge
- Dra. Suárez, Carmen María
- Dr. Govea, Raúl
- Dra. González, Milka

Se hizo una actualización de la anatomía y fisiología del sistema linfático, y se definió el concepto de ganglio centinela, enunciándolo como el primer ganglio donde drenan los tumores, aunque pueden haber ganglios de tránsito y localizarse un poco más alto de su ubicación primaria.

Se concluyó que el método ideal para su identificación es la técnica combinada (tecnecio 99 + azul patente), pero pueden ser independientemente utilizados uno u otro de los procedimientos, aunque no tienen la misma exactitud del método combinado.

Tanto el cirujano como el patólogo que manipulan el material radiactivo no tienen riesgo de contaminación, ya que las dosis son muy bajas.

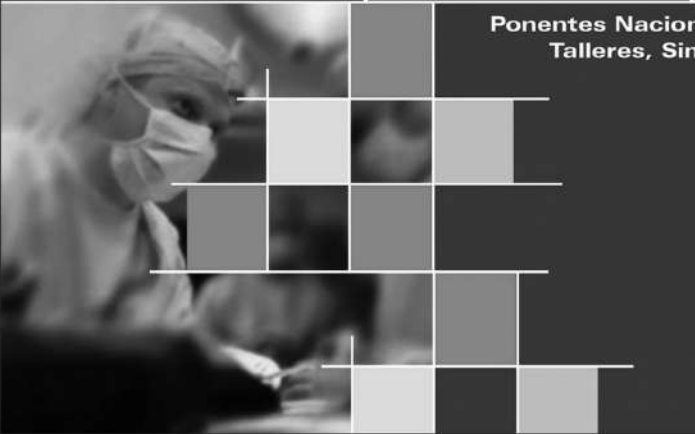
Se precisó que el estudio del ganglio centinela por el

patólogo debe ser exhaustivo. Realizar los cortes, seccionar el ganglio con cortes de 1 mm de ancho e identificarlos por el método de impronte o corte congelado de la pieza. La utilización de la inmunohistoquímica no debe ser de rutina cuando el diagnóstico fue efectuado por la coloración de hematoxilina – eosina, con la sola excepción de los carcinomas glomulillares.

La identificación del ganglio por regiones es factible de practicar y deber ser realizado en tumores con diagnóstico histológico de cáncer en cavidad oral y tracto digestivo

superior. Así mismo es de gran utilidad en el cáncer de mama, melanomas y en tumores epidermoides. En el área de las vías digestivas es muy útil en cáncer de colon y de estómago, y en la esfera ginecológica, en el cáncer de vulva y de cuello uterino.

Se determinó la gran importancia que tiene para el oncólogo médico el ganglio centinela para la aplicación de los tratamientos adyuvantes como la quimioterapia y hormonoterapia.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA</b>                                                                                                                                                                                                                                        | <b>VIII CONGRESO VENEZOLANO DE RESIDENTES DE CIRUGÍA</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>III JORNADA ANDINA DE MASTOLOGÍA</b> |
| <br><br><b>auspiciado por:</b><br>  |                                                                                                                                                                                              | <b>Ponentes Nacionales e Internacionales.<br/>Talleres, Simposios, Foros, Videos.</b><br><br><b>26, 27 Y 28 OCTUBRE 2006</b><br><br><b>CENTRO DE CONVENCIONES MUCUMBARILA</b><br><br><b>MÉRIDA</b>                                                                                                   |                                         |
| <b>INFORMACIÓN</b><br>Av. Sucre de los Dos Caminos, Edif. Parque Centro Boyacá, Piso 17, Ofic. 173, Caracas 1070.<br><a href="http://www.svcirugia.org">www.svcirugia.org</a> • <a href="mailto:sv_cirugia@cantv.net">sv_cirugia@cantv.net</a><br>Telefonos: 058 (212) 286-8459 / 286-8106.                                                                                    | <b>Sociedad Venezolana de Cirugía</b><br>Av. 5 entre calles 25 y 26 C.P. Mamaicha Piso 1 Local 1-1.<br><a href="http://www.svcmerida.org">www.svcmerida.org</a> • <a href="mailto:info@svcmerida.org">info@svcmerida.org</a><br>Telefonos: 058 (274) 251.04.71 / 0414-747.20.65 | <b>AS event, c.a.</b><br>Calle Garcilazo, Centro Polo, Torre A, piso 8, ofic. 83, Colinas de Bello Monte, Caracas.<br><a href="http://www.asevent.com">www.asevent.com</a> • <a href="mailto:svcirugia@asevent.com">svcirugia@asevent.com</a><br>Telefonos: 058 (212) 751-5620 / 751-6582 / 751-8338 |                                         |

## LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA

Se realizará en conjunto con el VIII Congreso Venezolano de residentes de cirugía (SOVERCI) y III Jornadas andinas de Mastología, tendrá como sede el Centro de Convenciones Mucumbarila en la Ciudad de Mérida, los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2006. Fecha límite de recepción de trabajos 15 de Septiembre de 2006.

Información: S.V.C., Av. Sucre de los Dos Caminos,

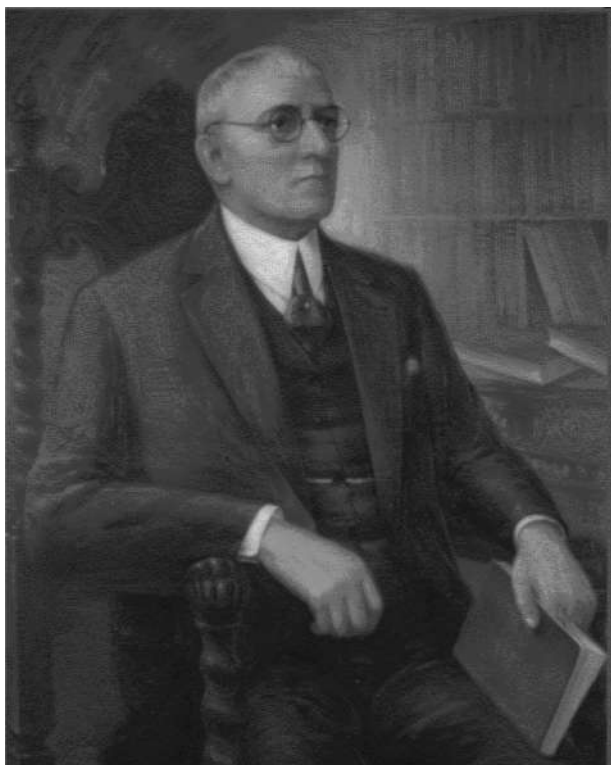
Centro Parque Boyacá, Torre Centro, Piso, 17, Ofic. 173. Tlfs: 0212-2868459/8106.

AS Event CA, Calle Garcilazo, Centro Polo, Torre A, Piso 8, Ofic. 83, Tlfs: 0212-7515629/6552/8338.

S.V.C. Capítulo Mérida: (0274) 2510471, Av. 5 entre calles 25 y 26, Centro Profesional Mamaicha, Piso 1, Local 1-1.

## DOCTOR LUIS RAZETTI Y EL RENACER DE LA MEDICINA EN VENEZUELA.

MORENO BRANDT, LEOPOLDO(\*)



Caracas, la capital de Venezuela, en el año de 1.862 no llegaba a tener más de 15 a 16 cuadas de Norte a Sur, 17 de Este a Oeste y aproximadamente 40.000 habitantes, según el Dr. Ricardo Archila, principal biógrafo del Dr. Luis Razetti.

Para este momento había seis locales de beneficencia; el Hospital de la Caridad de Hombres, el de Caridad de Mujeres, el de los militares, el de lázaros, la casa de Misericordia y la de consultas y Hospital de Mujeres.

Políticamente finalizaba la más larga de nuestras contiendas civiles con el triunfo de la Federación y el ascenso del General José Antonio Páez a la presidencia de la república por tercera vez (1.861 - 1.863), el cual durante este corto tiempo impuso un dictadura, ya que el General Juan Crisóstomo Falcón entraba triunfante en Caracas el 24 de Julio de 1.823, después de la guerra de los cinco años.

Este hecho que comenzó como una simple lucha ban-

deriza se transformó en una revolución social, que marcó al país con las ideas democráticas y liberales.

Posiblemente este sea el caso del Dr. Luis Razetti, que en su autobiografía expresó en una forma sincera y clara "Soy republicano, demócrata, y liberal, porque no considero legítima ninguna autoridad que no proceda de la voluntad popular libre y soberanamente expresada, y creo que la libertad del pensamiento y de la conciencia son indispensables al perfeccionamiento humano".

Jamás al Dr. Razetti lo atrajo ni profesó la política militante.

De todas maneras, al tratar de hacer una biografía o una semblanza histórica sobre un personaje es necesario abordar el ambiente en el cual se desarrolló y formó, porque éste influyó en su personalidad y actitud frente a la vida.

Los padres del Dr. Razetti fueron: Luigi Razetti, comerciante italiano, natural de Génova, y Emeteria Martínez Sanz, venezolana, y nieta del Licenciado Don Miguel José Sanz, tutor de el Libertador y uno de los fundadores de la república.

El matrimonio Razetti Martínez tuvo tres hijos: Luis, Enrique y Ricardo. Se encontraban residenciados en la ciudad de Caracas y habitaban una casa en la esquina El Conde, donde durante un tiempo funcionó el Ministerio de Educación a sólo tres cuadas del Palacio de las Academias.

Luis, nació el 10 de Septiembre de 1.862, fue bautizado casi de inmediato, su padrino fue el abuelo, Castor Martínez y su madrina Laureana Romana Sanz.

Cuando nace Luis Razetti, no existía el alumbrado eléctrico, el gas era el empleado para alumbrar las calles de la ciudad y el farolero por supuesto era una persona importante y apreciada.

Siendo muy niño perdió a su padre y su madre murió el 28 de Diciembre de 1.902.

Estudió primaria en la escuela del Niño Jesús (Instituto

(\*) *Cirujano General, Oncólogo, Miembro de la SVC  
Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros 2006-2008*

privado), en tanto que en el hogar recibió lecciones del Dr. Cristóbal Mendoza, quien paralelamente a su ejercicio profesional como jurisconsulto era un excelente pedagogo.

Se graduó de bachiller en Filosofía a los 16 años e inmediatamente comenzó sus estudios médicos, corría el año de 1.878.

En 1827 el Dr. José María Vargas había reorganizado nuestra escuela de medicina por orden del libertador Simón Bolívar, transformando la universidad Real y Pontifica de Santa Rosa de Lima de la época colonial, en una universidad republicana, con deseos de surgir dentro del campo de las ciencias de la época. Sin embargo, para época en que Luis Razetti estudio medicina en Universidad Central, es decir, entre 1878 a 1884, la realidad es que ese empuje que le había suministrado el Dr. Vargas (Reformador de los estudios Médicos en Venezuela) había desaparecido en una atmósfera de indiferencia y abandono, rara situación, ya que la misma había quedado en manos de los alumnos del Dr. Vargas, pero faltaba indiscutiblemente el impulso de Vargas, pero en ese momento existía otro factor importante, ya que nuestro país se consumía por la acción destructora de nuestras guerras civiles que tornaban infértiles las ideas científicas.

De tal manera que podemos concluir que la enseñanza de la medicina durante la época de estudiante de Luis Razetti era atrasada y totalmente teórica, no se hacían disecciones en cadáveres, ni había laboratorios, ni hospitales, todo se aprendía de memoria en los libros franceses que recomendaban los profesores, lo que hacía imperativo salir de Venezuela al exterior (Paris, Francia) a estudiar y terminar de formarse como médico.

En 1.884 se gradúa de médico y el 4 de Agosto del mismo año se le confiere el título de Doctor en Medicina y Cirugía, para este momento le faltaba un mes para cumplir 22 años de edad.-

El diploma de Razetti está redactado en latín y lo firma el Rector Dr. Manuel María Ponte, conocido en Venezuela por haber introducido el método listeriano, al practicar el 15 de Septiembre de 1.880, la primera ovariectomía que se efectuaba en Caracas.-

### LUIS RAZETTI EN LA PROVINCIA

El 14 de Agosto de 1.884 el Dr. Luis Razetti salió rumbo al interior de la República ejerciendo en las poblaciones

larenses de Quibor, Yaritagua y Barquisimeto; cuatro años permaneció en el estado Lara ejerciendo su profesión, dando ejemplo de honradez ciudadana y cancelando así su primera deuda de gratitud nacional, que todo recién graduado adquiere con el Estado al abandonar las aulas universitarias; como nos lo recuerda el Dr. Carlos Travieso.

El Dr. Ricardo Archila en su celebre libro *Luis Razetti o Biografía de la Superación* (Primer premio del concurso promovido por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1.952) y editada en Caracas por la Imprenta Nacional, nos refiere que en la misma fecha de su nombramiento como Profesor de Higiene, fue designado Presidente de la Junta Superior de Instrucción Popular de la Sección Barquisimeto y el 17 de Mayo de 1.888 se incluyó entre los miembros principales de la Junta que había de encargarse de reglamentar, reorganizar y dirigir el Hospital de Caridad.

A mediados de 1.888, salió de Barquisimeto en calidad de agente médico de seguros de vida, recorriendo los tres estados andinos (Trujillo, Mérida y Táchira), el Zulia y parte del Departamento Santander de Colombia, para lograr reunir algunos fondos monetarios.

En total estuvo cinco años en la provincia ejerciendo la profesión de médico, al cabo de los cuales regresó a Caracas en 1.889, donde vio con alegría los cimientos del futuro Hospital Vargas decretado el año anterior por el gobierno del Dr. Juan Pablo Rojas Paúl, y que fue inaugurado en Enero de 1.891 durante la presidencia del Dr. R. Andueza Palacios.-

Casi todo el año de 1.889 permaneció en Caracas, buscando los recursos económicos para viajar a Europa convencido como estaba que era imprescindible viajar a Paris, la ciudad luz, a buscar los conocimientos para el ejercicio de la medicina, sobre todo en este momento que pronto entraría en Servicio el Hospital Vargas.-

Seis años mas tarde después, de haberse graduado de Doctor en Medicina fue nombrado por el Gobierno del Dr. Juan Pablo Rojas Paúl, Cónsul de Venezuela en Marsella, partiendo a ocupar su puesto en febrero de 1.890 y pasando de allí definitivamente a París, que era la meta de sus aspiraciones y donde se dedicaría a perfeccionar sus estudios médicos.

El 30 de Septiembre de 1.890 le fue asignada una beca de estudios de 400 Bs. mensuales y al llegar a París se estaba celebrando una "Exposición Internacional". La Torre

Eiffel, recién inaugurada, comenzaba a ser el signo de la ciudad luz y el monumento más alto del mundo. El barón Georges Eugene Haussmann había remodelado recientemente la ciudad y ésta se presentaba ante los ojos de Razetti en su máxima belleza.-

### LUIS RAZETTI EN EUROPA

Luis Razetti vivió tres años en París dedicado al estudio de la medicina, pero sobre todo la cirugía y la obstetricia, por otra parte enriqueció su mente con la actividad cultural museística en el Museo del Louvre, Carnavalet, la Biblioteca Nacional y la música representada por la ópera, el teatro, el ballet y los grandes conciertos.

En París hizo un curso completo de anatomía práctica, porque en Venezuela no había podido hacer disección en cadáveres. Continúa con los estudios de Clínica Médica y Cirugía, el diagnóstico se realizaba en ese entonces con el interrogatorio, la palpación, percusión, y auscultación, ya que no existían exámenes complementarios.

Asistió a los cursos de la Facultad de Medicina y de la Escuela Práctica, oyendo las lecciones magistrales de Farabeuf, Charcot, Dieulafoy, etc. Su estadía en París coincide con el nacimiento de la cirugía moderna.-

En 1.892 se encontraban en París cuatro médicos venezolanos haciendo cursos y estudios de perfeccionamiento, los doctores Pablo Acosta Ortiz, José Gregorio Hernández, Santos Dominici y Luis Razetti. Reunidos una tarde cualquiera pensaron que para lograr el avance intelectual de los médicos y de la medicina en Venezuela era imprescindible unir a los mismos fundando una Sociedad Científica, con su correspondiente órgano periodístico divulgativo.

Razetti y Santos Dominici le dieron el nombre de Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, estableciendo las dos categorías principales de la profesión, la del Médico y la del Cirujano. El periódico se llamó Gaceta Médica de Caracas.

Santos Dominici le dijo a Razetti: "Tú debes contar con un hombre muy importante que te ayudará con verdadero entusiasmo y amor: Rísquez. Cuando llegues a Caracas hablas con él y le comunicas nuestro plan". Ambos amigos no volvieron a verse sino un año más tarde.

### NUEVAMENTE EN VENEZUELA

El 13 de Diciembre de 1.892 llegó Razetti a Venezuela,

tenía 30 años. A partir de esta fecha comenzó lo que se ha convenido en llamar el renacimiento de la Medicina en Venezuela, que abarcó la última década del siglo XIX y comienzos del XX. A esta etapa van unidos los nombres de los Doctores: Luis Razetti, José Gregorio Hernández, Francisco Antonio Rísquez, Pablo Acosta Ortiz, Santos Aníbal Dominici, Rafael Rangel, JM. de los Ríos, David Lobo, Juan Manuel Escalona, Alfredo Machado y Felipe Guevara Rojas.

El Dr. Ricardo Archila en la biografía del Dr. Luis Razetti nos dice: "Los hechos históricos más resaltantes de este período que se ha llamado el renacimiento de la Medicina Venezolana, son los siguientes en orden cronológico:

1. Fundación de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas (1.893).
2. Fundación de la Gaceta Médica de Caracas (1.893).
3. Establecimiento de la enseñanza clínica en la Universidad Central (1.895).
4. Fundación del Instituto Pasteur de Caracas (1.895).
5. Establecimiento por concurso del Internado y Externado de los Hospitales (1.895).
6. Fundación del Colegio de Médicos de Venezuela.(1.902).
7. Fundación del Laboratorio del Hospital Vargas o iniciación de la Parasitología en Venezuela. (1.902).
8. Fundación de la Academia Nacional de Medicina (1.904).
9. Reunión del Primer Congreso Venezolano de Medicina (1.911).

Razetti intervino directamente en todos ellos, asoció íntimamente su nombre y apellido con una de las épocas de la vida médica venezolana."

Tan pronto llegó Razetti a Caracas (13 de Diciembre de 1.892) y conforme le había recomendado Santos Dominici, buscó a Rísquez, ampliamente conocido por su carácter emprendedor y su amor por el progreso.

Luis Razetti y Francisco Rísquez tuvieron que luchar pero al fin lograron vencer y el 13-3-1.893 a las 8 PM se reunieron en un salón prestado de la universidad, surgiendo de esta célebre reunión la "Sociedad de Médicos y Cirujanos" y la "Gaceta Médica de Caracas."

Acto seguido se eligió la Junta Directiva, quedando conformada así:

Presidente: Dr. Francisco Rísquez

Secretario: Dr. J. de D. Villegas Ruiz

Tesorero y Director perpetuo de la Gaceta Médica: Dr. Luis Razetti.

No hay duda, que gratas emociones invadirían su alma aquella noche, por que el sueño de dos venezolanos en París se hacía realidad en esta tierra de libertadores y hombres ilustres. En esa forma nació una nueva Sociedad Médica en Caracas. Para esa época no había ninguna; pero existía el antecedente de "La Escuela Médica" y la "Unión Médica".

La Sociedad "La Escuela Médica" funcionó por el tiempo de cinco años (1.874 - 1.879) y la Sociedad "La Unión Médica" durante ocho años (1.880 - 1.888).

Con anterioridad existió "La Sociedad Médica de Caracas" fundada el 3 de Noviembre de 1.827 por decreto del Libertador Simón Bolívar y el Dr. José María Vargas.

La Sociedad de Médicos y Cirujanos funcionó en el Salón del Consejo Médico (Universidad Central) y durante cierto tiempo en el local situado en la calle sur 6, Nº 29, de La Pedrera a La Gorda, en la modesta clínica del Dr. Nicanor Guardia, hijo. Las reuniones eran los lunes de cada semana a las 8 PM.

El 19 de Marzo de 1.894 en su segundo año de vida se realizaron elecciones, quedando la nueva Directiva formada por:

Presidente: Dr. Pablo Acosta Ortiz

Vicepresidente: Dr. JM. Escalona

Secretarios: Dr. E. Meir Flégl - Dr. Nicanor Guardia hijo

Tesorero: Dr. B. Herrera Vegas

Director Perpetuo de la Gaceta Médica de Caracas: Dr. Luis Razetti

En este segundo año de vida de la Sociedad se incorporó el Dr. Santos Dominici. Ese mismo año se nombraron dos comisiones: una integrada por los Doctores Santos Dominici y Reinaldo Ackers para la elaboración de un proyecto de reglamentación higiénica para los planteles de educación, y la otra comisión se encargaría de hacer un proyecto de reglamento que explicase a los médicos la forma de cómo elaborar certificados de defunción.

En la Directiva de 1.895 quedó de Presidente el Dr. Santos Dominici y Director Perpetuo de la Gaceta el Dr. Luis Razetti.

Lo más importante realizado en este período fue el acuerdo sobre la organización de los concursos para el nombramiento de los practicantes de los Hospitales, proyecto presentado por los Doctores Razetti, Acosta Ortiz, y Santos Dominici.

La última Junta Directiva es la correspondiente al período 1.896 - 1.897.

El Dr. Ricardo Archila expone: "Que la Sociedad de Médicos y Cirujanos desapareció a mediados de 1.896, a los tres y medio años de existencia en el mar infinito de nuestra indolencia étnica, pero ya estaba cumplida su obra precursora, ya había echado las bases de una nueva era para la medicina científica de Venezuela y quedaba todavía en pie mantenida por la recia voluntad de Razetti, como un símbolo, como una esperanza, como un faro., la Gaceta Médica de Caracas, que le serviría de lazo de unión espiritual sucesivamente con el Colegio de Médicos de Venezuela y con la Academia Nacional de Medicina, nuestra actual y máxima Institución Médica".

Indiscutiblemente que la primera fase para la fundación de la Academia Nacional de la Medicina estuvo representada por la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas y la Gaceta Médica.

La segunda fase es la persistencia de la Gaceta Médica de Caracas y va desde la desaparición de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas en 1.896 y la creación del Colegio de Médicos de Venezuela en 1.902.

Razetti pensó que nuestro carácter, temperamento y personalidad no estaban suficientemente preparados para estar dentro de una sociedad intelectual, con un fin que era el progreso de la medicina, y que la única forma de vencer esta dificultad sería que la institución tuviese carácter oficial y estuviese protegida por el Estado.

Esa Institución existía y era el Colegio de Médicos de la república creado en 1.883, que era una asociación de carácter científico, pero totalmente ineficiente.

La primera acción de Razetti fue tratar de impedir que la Gaceta Médica siguiera el mismo camino que la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, es decir, su desaparición; por ello la unió al Colegio de Médicos de la República en 1.897, refundiéndola a partir de esta fecha con la publicación "Anales del Colegio de Médicos", con-

dición que se mantuvo hasta 1.898. El 18 de Agosto de 1.897, hubo otro hecho importante en la vida de Razetti, que fue su matrimonio en la ciudad de Caracas con la Señorita: Luisa Amelia Díaz Guardia, de cuya unión no tuvo descendencia.

A partir de 1.899 la Gaceta aparece como órgano del Colegio de Médicos de la República.

El Colegio de Médicos de la república agrupaba a todos los doctores en ciencias médicas del país y de los Farmaceutas que hubiesen obtenido o revalidado u obtuvieren o revalidaren en lo sucesivo sus títulos. Era evidente que no bastaba que se tratase de una institución oficial, sino que había que cambiar su estructura. El primer intento lo hace Razetti ese mismo año, al lograr que el propio Colegio de Médicos de la República apoyase su propuesta de crear por medio de una ley orgánica, el Colegio de Médicos de Venezuela, que tendría como característica fundamental la de ser exclusivamente conformada por doctores en ciencias médicas, los cuales serían diferenciados en titulares (los que vivían en el Distrito Federal), y correspondientes (los que habitaban fuera de éste), con un número indefinido de titulares. Por supuesto, era imposible la coexistencia de ambas Instituciones con carácter oficial. En la práctica la creación del Colegio de Médicos de Venezuela había de significar la desaparición definitiva del Colegio de Médicos de la República.

Es bueno recordar que en esta fase la Gaceta Médica de Caracas estuvo bajo la dirección de Luis Razetti, ligada al Colegio de Médicos de la república hasta la creación del Colegio de Médicos de Venezuela, significando un claro puente de unión de éste con la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas.

De tal manera que el Colegio de Médicos de Venezuela se debe considerar como la continuación de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas.

La tercera fase en el proceso de creación de la Academia de Medicina fue precisamente la creación del Colegio de Médicos de Venezuela.

Uno de los que intervino de forma más destacada fue Andrés Herrera Vegas, quien apoyó la propuesta de Razetti de crear el Colegio de Médicos de Venezuela, pero haciendo una interesante observación: "la experiencia ha demostrado hasta el exceso la ineficacia de las Sociedades con

número indefinido de miembros titulares..." así se expresó el Dr. Herrera Vegas.-

El proyecto evolucionaba bien.- Había desaparecido el Colegio de Médicos de la República y había sido sustituido por el Colegio de Médicos de Venezuela, garantizada su estabilidad como organismo oficial; a diferencia de aquél, éste era reservado exclusivamente para los doctores en ciencias médicas, clasificados en titulares y correspondientes bajo el cumplimiento de ciertas normas, los titulares serían de número limitado, con lo que se hacía funcional.

El 19 de Julio de 1.902 se procedió a la elección de la primera Junta Directiva, que quedó formada así:

Presidente: Dr. José Ignacio Cardozo (quien no ejerció la presidencia por razones de salud).

Vicepresidente: Alfredo Machado.

Secretario Perpetuo: Luis Razetti.

Tesorero: Andrés Herrera Vegas.

La Sección solemne de instalación, fue el 5 de Julio de 1.902 en el salón de Sesiones de la Academia Nacional de la Historia.

La acción del Colegio se desarrolló en el lapso comprendido entre 1.902 y 1.904, los fundadores del Colegio eran los mismos que fundaron la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, y la línea intelectual por supuesto igual.- El Dr. Francisco Rísquez se encontraba en Madrid para esta fecha, desempeñándose como cónsul de Venezuela en dicha ciudad en 1903, éste envió una carta desde Madrid a la Junta Directiva del Colegio donde expresaba: "El nombre de ese alto cuerpo (se refiere al Colegio de Médicos de Venezuela) no suena en Europa, ni aún en la misma América Latina, con la significación que tiene entre nosotros. Los Colegios de Médicos en España, más que de carácter científico, son de carácter disciplinario y de contribución industrial, y tratándose de un cuerpo al cual me honro en dirigirme, que exige de sus miembros ciertas condiciones de intelectualidad, que representa una Sociedad docta en trabajo científico activo; acaso fuera más conveniente distinguirlo y distinguir a sus miembros con un nombre a la altura de su representación entre las corporaciones científicas. Yo no sé en verdad, qué falta para que sea llamada con el nombre de ACADEMIA DE MEDICINA, ya que su constitución, estatutos, trabajos, tendencias y representación nacional son exactamente los de las Academias Médicas de todos los países".

La cuarta fase la constituyó la creación misma de la

Academia Nacional de Medicina.

El Dr. Luis Razetti nos narra los acontecimientos en esta forma: "En este año de 1904, siguiendo las insinuaciones de muchos compañeros y mis propios deseos, le pedí a un diputado amigo mío, el Sr. Carmelo Arias Sandoval, que propusiera en la Cámara la creación de la Academia Nacional de Medicina, según proyecto de ley que yo mismo redacté; este proyecto es copia de la ley orgánica del Colegio de Médicos de Venezuela con las variantes siguientes: Reducción de los individuos de número a 35 y aumento de los correspondientes nacionales a 40. El Congreso Nacional aceptó mi proyecto sin la más leve modificación".-

La Ley orgánica de la Academia Nacional de Medicina fue dictada el 7 de Abril de 1904 y mandada a ejecutar por el Presidente de la República el día siguiente.

Veintiséis miembros fueron los que instalaron la Academia Nacional de la Medicina. En el mismo salón el 11-6-1904, acordaron ese día reunirse todos los jueves a las 4 PM en el Salón de Exámenes de la UCV (actual Salón de Sesiones de la Academia Nacional de la Historia).

Ese mismo día se eligió la Junta Directiva, siendo el Presidente Dr. Alfredo Machado y Secretario Perpetuo el Dr. Luis Razetti.

El día 7 de Julio de 1904 se instituyó la presentación de trabajos de incorporación, iniciando la pauta que se ha mantenido desde entonces para los individuos de número.

Así nació y así se instaló la Academia Nacional de Medicina.

El primero de Diciembre de 1904, una vez que estaban incorporados los 35 miembros fundadores, se realizó un sorteo de la distribución de los sillones entre los mismos.

El Dr. Luis Razetti ocupó el sillón XIII, siendo Secretario Perpetuo de la Academia Nacional de Medicina, cargo que ocupó durante 20 años y salió por su propia voluntad, para no dividir, en lo que él llamó "la tarde gris de su vida".

Fue fundador de la Gaceta Médica de Caracas, órgano divulgativo de la Academia y la dirigió por 30 años. Actualmente continúa saliendo la revista en forma ininterrumpida desde 1893. Desde 1925 aparece en la carátula

de la Gaceta Médica de Caracas, la frase siguiente "Fundada el 15 de Abril de 1893 por el Dr. Luis Razetti".

Como sabemos, llegó a Caracas en Diciembre de 1892, el Hospital Vargas se encontraba funcionando desde 1891 pero el Dr. Razetti tuvo que esperar un cuarto de siglo para formar parte del personal de este Hospital; sin embargo, asistió en muchas oportunidades antes de su nombramiento definitivo en 1914, cuando se encargó de la cátedra de la Clínica Quirúrgica, al fallecer su titular el Dr. Acosta Ortiz de una neumonía. Anteriormente operaba en las casas de familia y en su clínica privada, fundada en 1911.

En 1893 realizó la tercera craneotomía que se hacía en el país. La primera fue realizada por tres cirujanos franceses (Blandin, Bigott y Pellerin) en 1763, y la segunda por el Dr. Antonio María Pineda en Barquisimeto, también en 1893.

Realiza la primera laringectomía total en Venezuela en 1914, posteriormente en 1942 Franz Conde Jahn practica la segunda laringectomía.-

En 1918 practica la primera histerectomía abdominal tipo Wertheim por un cáncer de cuello uterino, y en 1922 la primera mastectomía radical de Halsted, intervenciones realizadas en el Hospital Vargas de Caracas.

Formó parte de la Junta Administradora del Hospital, y como era ateo materialista, luchó hasta conseguir cambiar los nombres de los Santos con los que se distinguían las salas de hospitalización.

Razetti en aquella época inició la lucha contra el cáncer y la cirugía radical en nuestro país.

En 1895 se realizó los concursos de externado e internado en el Hospital Vargas, los cuales no fueron obligatorios pero significaron una credencial.

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, era relativamente frecuente realizar intervenciones quirúrgicas en los domicilios de los enfermos. No se usaban guantes y fue el Dr. Razetti quien introdujo los guantes en las operaciones en Venezuela.-

Se desempeñó como cirujano de planta en el Hospital Vargas de Caracas desde el año de 1914 hasta el 1932.

**LUIS RAZETTI EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

- En 1.895, Razetti es nombrado Profesor de Medicina Operatoria y Obstetricia, Cátedra a la que lleva las enseñanzas de su maestro francés Dr. Adolphe Pinard.
- 1.896 – 1.898, Director de las Cátedras de Patología Externa y Obstetricia.
- 1.898 – 1.914, durante 16 años desempeña la Cátedra de Anatomía Humana Descriptiva, logrando la fundación del Instituto Anatómico en 1.911 durante la Presidencia del General Juan Vicente Gómez, reformando la enseñanza de esta especialidad.
- 1.908 – 1.909 se desempeña como Rector de la Universidad Central de Venezuela.
- 1.924, realizó una serie de denuncias sobre los altos índices de mortalidad infantil en Venezuela, lo que le costó un exilio de casi un año en la isla de Curazao, en esta época se produce la renuncia a la Secretaría de la Academia de la Medicina.
- 1.928, publicó su código de Deontología Médica.

Dentro de la medicina preventiva Razetti fue un verdadero abanderado inauguró la famosa “Semana del Cáncer” que consistía en dar conferencias sobre esta enfermedad y

la forma de prevenirla o diagnosticarla tempranamente, la lucha contra las enfermedades venéreas, el alcoholismo, la prostitución.

Los Doctores Otto Lima Gómez y José Enrique López (Editores) en su libro Colección Razetti; volumen I, publicado por la Academia Nacional de Medicina, en Marzo 2006 nos informan: “Publicó 8 libros, 237 artículos en la Gaceta Médica, 130 en el Diario El Constitucional y otros 120 en revistas y periódicos.

El 14 de Mayo de 1.932 cuando tenía 69 años y 8 meses de edad, un infarto miocárdico apagó la vida del Dr. Luis Razetti Martínez, en su ciudad natal Caracas y desde 1.982 sus restos mortales descansan en el Panteón Nacional.-

**REFERENCIAS.**

- Archila Ricardo. Luis Razetti o Biografía de la Superación. Caracas. Imprenta Nacional. 1.952.
- Lima Gómez Otto, López José E. Colección Razetti, Volumen I, Academia Nacional de Medicina. Caracas. Ateproca 2006.
- De Armas Julio. Luis Razetti. Educadores Venezolanos. MENEVEN, filial de Petróleos de Venezuela s.a. 119 – 125. Caracas, Diciembre 1.981.



# LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA:





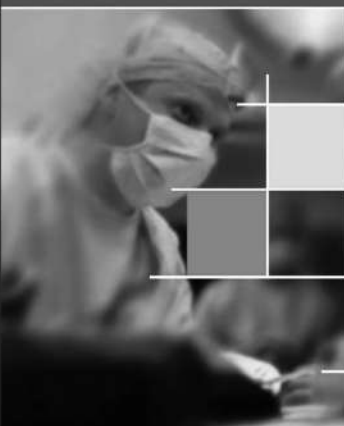
auspiciado por:




## LXIII JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA

## VIII CONGRESO VENEZOLANO DE RESIDENTES DE CIRUGÍA

## III JORNADA ANDINA DE MASTOLOGÍA



**Ponentes Nacionales e Internacionales.  
Talleres, Simposios, Foros, Videos.**

**26, 27 Y 28  
OCTUBRE  
2006**

**CENTRO DE  
CONVENCIONES  
MUCUMBARILA  
MÉRIDA**

**Sociedad Venezolana de Cirugía**  
Av. Sucre de los Dos Caminos, Edif. Parque Centro Boyacá,  
Piso 12, Ofic. 173, Caracas 1070.  
www.svcirugia.org • sv\_cirugia@cantv.net  
Teléfonos: 058 (212) 286-8459 / 286-8106.

**Sociedad Venezolana de Cirugía Capítulo Mérida**  
Av. 5 entre calles 25 y 26 C.P. Mamaicha Piso 1 Local 1-1.  
www.svcmerida.org • info@svcmerida.org  
Teléfonos: 058 (274) 251 04 71 / 0414-747 20 65

**AS event, c.a.**  
Calle Garcilaso, Centro Polo, Torre A, piso 8, ofic. 83,  
Colinas de Bello Monte, Caracas.  
www.asevent.com • svcirugia@asevent.com  
Teléfonos: 058 (212) 751-5629 / 751-8582 / 751-8338

## TESORERÍA

Se informa a todos los miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía que se puso a su disposición, un punto de venta para tarjetas de crédito y/o tarjetas de débito del Banco Exterior, en la sede de la Sociedad, para facilitar los pagos de las anualidades e inscripciones para cursos, jornadas y congresos.

## PRÓXIMOS EVENTOS

- VII Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE, a celebrarse del 10 al 16 de julio de 2006 en South Beach Miami. Informa Monumental Tours. Tlfs: 7629466 al 69 - 7625696-5725.
- XXXII Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Cirugía, 22 - 25 de Agosto del 2006 en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada - Bogotá Colombia.
- Segundo Congreso Venezolano de Información en Ciencias de la Salud INFORCIENCIA 2006, el cual tendrá lugar en la Facultad de Farmacia de la U.C.V., Caracas, los días 13 al 16 del próximo mes de julio

2006. Inf.: [www.inforciencia.com.ve](http://www.inforciencia.com.ve)

- En el servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas, se dará inicio a los cursos prácticos de Cirugía Laparoscópica, dirigidos a los residentes de postgrado, cuyo objetivo es adiestrar a los cursantes en el manejo y cuidado del equipo laparoscópico y las técnicas quirúrgicas necesarias para llevar a cabo las cirugías más comunes en la práctica laparoscópica. El primer curso será dictado del 26 al 30 de Junio de 2006, con participación de dos residentes provenientes del Estado Zulia.
- "Bypass Gástrico por laparoscopia", evento científico a realizarse 27 y 28 de Abril de 2006 en la Clínica El Ávila.
- II Jornadas Gastroquirúrgicas en patología digestiva, 31 de marzo y 1º de abril de 2006, en el Hotel Intercontinental de Valencia.
- Reuniones interhospitalarias:  
04/02/2006, Hospital Universitario de Caracas, actualización del tema: Cirugía hepato-biliar.  
25/03/2006, Hospital "Domingo Luciani"  
06/06/2006, Hospital "José Gregorio Hernández".