

VOLUMEN 65

NÚMERO 01

MARZO
2012

DEPÓSITO LEGAL: PP 79-0155 / ISSN: 0378-6420



REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA

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



JUNTA DIRECTIVA 2012-2014

Presidente

Dr. Jesús Velázquez G

Vicepresidente

Dr. Leopoldo Moreno B.

Secretario General

Dr. Jesús Tatá A.

Secretario de Finanzas

Dr. Rafael Badell M.

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Wilmar Briceño

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Organización

Dr. Carlos Hartmann O.

COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinación

Dr. Nelson Téllez

Colaboradores

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Dr. José Carmona

Dr. Yonde Kaffruni

Editorial	VI
-----------------	----

ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Apendicectomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión.

Modelo de entrenamiento para la adquisición de habilidades

Omaira Rodríguez, Carlos Pedrón, Alexis Sánchez, Romina Pena, José Rosciano	1
---	---

Manga gástrica laparoscópica. Experiencia en 730 casos. Seguimiento a 5 años

Ziad Makarem Kanso, Luis González, Natalia Echegaray, Reina Jiménez, Connye García	6
--	---

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS

By pass gástrico laparoscópico como cirugía de rescate posterior a procedimientos restrictivos fallidos

Salvador Navarrete-Llopis, José Luis Leyba, Gabriel Escalona, Sirio Melone, Néstor Sánchez,

Salvador Navarrete-Aulestia	13
-----------------------------------	----

Colecistectomía laparoscópica con reducción de puertos

Miro Quintero, Mauro Quintero, Juan Quintero, Luis Ocando	18
---	----

Glándulas salivales mayores: estudio clínico-patológico de 27 casos

Lorensy Rosas-Rosas, Ana Ochoa-Vecchione, Sandra Romero-Aguaida, Elisa Mauri	22
--	----

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Manga gástrica laparoscópica por puerto único umbilical

José Carmona, Jorge Higuerey, Adalid González, Omar Castro, Eliomar Pinto	26
---	----

HISTORIA DE LA CIRUGÍA

Homenaje a grandes glorias zulianas

Fernando Rodríguez Montalvo	30
-----------------------------------	----

Himno de la Sociedad Venezolana de Cirugía

Leopoldo Moreno Brandt	34
------------------------------	----

XXXI CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA

TRABAJOS CIENTÍFICOS PREMIADOS	36
--------------------------------------	----

LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA

Próximos eventos	37
------------------------	----

**Marzo
2012**

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



JOURNAL OF THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY

VOLUME 65 - N° 1 - 2012

Editorial	VI
PROSPECTIVE STUDIES	
Laparoscopic appendectomy through single site incision. Skill development training model Omaira Rodríguez, Carlos Pedrón, Alexis Sánchez, Romina Pena, José Rosciano	1
Laparoscopic gastric sleeve. experience in 730 cases. 5 years follow up Ziad Makarem Kanso, Luis González, Natalia Echegaray, Reina Jiménez, Connye García	6
RETROSPECTIVE STUDIES	
Laparoscopic gastric bypass as rescue surgery when restrictive procedures failed Salvador Navarrete-Llopis, José Luis Leyba, Gabriel Escalona, Sirio Melone, Néstor Sánchez, Salvador Navarrete-Aulestia	13
Laparoscopic cholecystectomy with port reduction Miro Quintero, Mauro Quintero, Juan Quintero, Luis Ocando	18
Major salivary glands: clinical-pathologic study of 27 cases Lorens Rosas-Rosas, Ana Ochoa-Vecchione, Sandra Romero-Aguaida, Elisa Mauri	22
SURGICAL TECHNIQUE	
Single port laparoscopic sleeve gastrectomy José Carmona, Jorge Higuerey, Adalid González, Omar Castro, Eliomar Pinto	26
HISTORY OF SURGERY	
Tribute to great glories of Zulía Fernando Rodríguez Montalvo.	30
Anthem of the Sociedad Venezolana de Cirugía Leopoldo Moreno Brandt	34
XXXI CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA TRABAJOS CIENTÍFICOS PREMIADOS	36
LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA	
COMING EVENTS	37

BOARD OF DIRECTORS 2012 - 2014

Presidente
Dr. Jesús Velázquez G

Vicepresidente
Dr. Leopoldo Moreno B.

Secretario General
Dr. Jesús Tatá A.

Secretario de Finanzas
Dr. Rafael Badell M.

**Secretario de Doctrina y Relaciones
con los Miembros**
Dr. Wilmar Briceño

**Secretario de Hospitales
y de Posgrado**
Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Organización
Dr. Carlos Hartmann O.

EDITORIAL STAFF

Editor
Dr. José Félix Vivas

Coordinación
Dr. Nelson Téllez

Colaboradores
Dra. María Doti
Dr. Alexis Sánchez Ismayel
Dr. Luis Enrique Cerquone R.
Dr. José Carmona
Dr. Yonde Kaffruni

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

Facundia Editores C.A:

• Caracas DC. • Venezuela • Telephones: (0212) 484.0909 / 482.2672 - 0008

**March
2012**

JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULOS

1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

Presidente: Dr. Angel Granados
Secretario: Dr. Gustavo Liccioni
Tesorero: Dr. Hernán Malavé
1er Vocal: Dr. Alberto Arcia
2do. Vocal: Dr. Néstor Maíta
Delegado al C.N.: Dr. Luis Mejías

2. CAPÍTULO ARAGUA

Presidente: Dr. Robnald Rodríguez Rodríguez
Secretario: Dr. Robnald Rodríguez Sánchez
Tesorero: Dr. Uber Vera Díaz
1er. Vocal: Dr. Freddy Mantilla
2do. Vocal: Dr. Pedro Ortiz
Delegado al C.N.: Dra. Ana Casilli

3. CAPÍTULO APURE

Presidente: Dr. Oscar Barrios
Secretaria: Dra. Sheyla Montoya
Vocal: Dr. Henry Liscano
Delegado al C.N.: Dr. Rafael Muñoz
Dr. Luis Olivero

4. CAPÍTULO BARINAS

Presidente: Dr. Gustavo Pérez Barrios
Secretario: Dr. Eleazar Ferrer Beberaggi
Tesorero: Dr. José León Tapia González
Vocal: Dra. Ana Maria Montero
Delegado al C.N.: Dr. Aníbal Farias Hinojosa

5. CAPÍTULO BOLÍVAR

Presidente: Dr. Rodrigo Araya Villar
Secretario: Dr. Carlos Añanguren
Tesorero: Dr. Santiago Piñate
1er. Vocal: Dr. David Herrera
2do. Vocal: Dra. Nayid Dun
Delegado al C.N.: Dr. Julián Martínez

6. CAPÍTULO CARABOBO

Presidente: Dr. Mario Navarro Protzel
Secretario: Dr. Rafael Sánchez Mazaferro
Tesorero: Dr. Alexis Riera
Vocal: Dr. Luis Alejandro Blanco D.
Delegados al C.N.: Dr. Martín Salas
Dr. Rafael Romero

7. CAPÍTULO FALCÓN

Presidente: Dr. Antonio Reyes Atacho
Secretario: Dr. Iskander Marín
Tesorero: Dr. José Angel García C.
1er. Vocal: Dr. Henry Colina
2do. Vocal: Dr. Anniani Acosta
Delegado al C.N.: Dr. Sisoés Molina

8. CAPÍTULO GUÁRICO

Presidente: Dr. Agustín Contreras
Secretaria: Dra. Isaura Pérez
Tesorero: Dr. Eduardo Elcock
1er. Vocal: Dra. Belkis Romero
2do. Vocal: Dr. Marcos Veloz
Delegado al D.N.: Dr. Yonde Kafurri

9. CAPÍTULO LARA

Presidente: Dr. Ramón Rodríguez
Secretaria: Dra. Digna López
Tesorera: Dra. Zoraida Porras
1er. Vocal: Dr. Carlos Caballero
2do. Vocal: Dr. José Di Sarli
Delegado al C.N.: Dra. Teresa Briceño
Dr. Bernardo Ortega

10. CAPÍTULO MÉRIDA

Presidente: Dra. Mónica García
Secretario: Dr. Nelson Ramírez
1er. Vocal: Dra. Dina Gil
2do. Vocal: Dr. César Labastida
Delegado al C.N.: Dr. Hans Concho

11. CAPÍTULO MONAGAS

Presidente: Dra. Carmen Irene Alves G.
Secretario: Dr. José Arocha
Tesorero: Dr. José Lanz
1er. Vocal: Dra. Omaira Torres
2do. Vocal: Dra. Yira Rodríguez
Delegada al C.N.: Dr. Elia Guevara

12. CAPÍTULO NUEVA ESPARTA

Presidente: Dra. Zuly Nessi
Secretaria: Dra. Ana Ochoa
1er. Vocal: Dra. Graciela Rivas
2do. Vocal: Dr. Carlos Sanint
Delegado al C.N.: Dr. César Aveledo

13. CAPÍTULO SUCRE

Presidente: Dr. Jesús Meaño
Secretario: Dr. Gilberto Armada
Vocal: Dra. Laura Ventimiglia
Delegado del C.N.: Dr. Gustavo Rodríguez Vivenes

14. CAPÍTULO TÁCHIRA

Presidente: Dr. Jesús Contreras
Secretaria: Dra. Lina Lorena Durán
Tesorero: Dr. José Patiño Márquez
1er. Vocal: Dr. Gustavo García
2do. Vocal: Dr. Ricardo Benvenuto
Delegado del C.N.: Dr. Antonio Sánchez Méndez

15. CAPÍTULO YARACUY

Presidente: Dr. Manuel Navarro
Secretario: Dr. Ricardo Vinzo
Delegado al C.N.: Dr. Bolívar Iseas

16. CAPÍTULO ZULIA

Presidente: Dr. Wilfredo Salazar
Secretario: Dr. Cherry González
Tesorero: Dr. Atilio Araujo
1er. Vocal: Dr. Guillermo Borjas
2do. Vocal: Dr. Sergio Sánchez
Delegados al C.N.: Dr. Alfonso Socorro Morales
Dr. Enrique Ferrer
Dr. Leonardo Bustamante

SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2012-2014

1. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Director: Dr. Jorge Siverio
Secretario: Dr. Tomás Alberti
Vocal: Dra. Nilda Villegas

2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Director: Dr. Álvaro Montilla
Secretario: Dr. Atilio Márquez
Vocal: Dr. Miguel Pietri

3. CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Directora: Dra. Loretta DiGiampietro
Secretaria: Dra. Priscila Palacios
Vocal: Dr. Jorge Sánchez

4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Director: Dr. Freddy Pereira
Secretario: Dr. Rafael Párraga
Vocal: Dr. Alexis Sánchez Ismayel

5. CIRUGÍA PLÁSTICA

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

6. CIRUGÍA UROLÓGICA

Director: Dr. Luis Felipe Caricote
Secretario: Dr. Robert De Andrade
Vocal: Dr. Juan Carlos Luigi Sandoval

7. TRAUMA

Director: Dr. Pablo Ottolino
Secretario: Dr. Iskander Marín
Vocal: Dr. Atilio Araujo

8. CIRUGÍA BARIÁTRICA

Director: Dr. Alberto Cardozo
Secretario: Dr. José Manuel Roberti
Vocal: Dr. Oswaldo Penissi

9. HISTORIA DE LA MEDICINA

Director: Dr. Leopoldo Moreno Brandt
Secretario: Dr. Roger Escalona
Vocal: Dr. José Félix Vivas

10. COMITÉ DE INFECCIONES

Coordinador: Dr. Carlos Hartmann
Secretario: Dr. Javier Cebrián
Vocal: Dr. Leonardo Bustamante

11. COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y DOENCIA

Coordinadora: Dra. María Teresa Luna
Secretaria: Dra. Zoraida Pacheco
Vocales: Drs. Arlene Méndez,
Wilfredo Perfetti,
Roger Escalona y
José Luis Plaza

12. COMITÉ DE ONCOLOGÍA

Coordinador: Dr. Alejandro Aure
Secretaria: Dra. Sol Pinto
Vocal: Dr. Alberto García

13. COMITÉ DE ÉTICA, DE INGRESOS Y RELACIONES CON LOS MIEMBROS

Coordinador: Dr. Albino Rincón
Secretario: Dr. Julián Viso
Vocal: Dr. Jaime Díaz Bolaños

14. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

Coordinador: Dr. Rommel Mota
Secretario: Dr. Antonio Pausin
Vocal: Dr. Leonardo Rejón

15. COMITÉ DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Coordinador: Dr. Jorge Tahán
Secretario: Dr. Róger Escalona
Vocal: Dr. Luis Level

16. COMITÉ DE PARED ABDOMINAL

Coordinador: Dr. Carlos Caballero
Secretario: Dr. Andrés Hanssen
Vocales: Dr. Álvaro Henríquez Dao
Dr. Bolívar Isea

17. COMITÉ DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA

Coordinador: Dr. Castor Maduro
Secretario: Dr. Nerio González
Vocal: Dr. Joseph Lanes

EX PRESIDENTES

Dr. Domingo Luciani
Dr. Pedro Blanco Gasperi
Dr. Salvador Cordova
Dr. Miguel Pérez Carreño
Dr. Fermín Díaz
Dr. Alfredo Borjas
Dr. Carlos Travieso
Dr. Fernando Rubén Coronil
Dr. Ricardo Baquero González
Dr. José Leonardi
Dr. Eduardo Carbonell
Dr. Francisco Montbrun
Dr. Hernán Quintero
Dr. Aquiles Ermini
Dr. Francisco Romero Lobo
Dr. José María Cartaya
Dr. Luis Bello Valera
Dr. Carlos Hernández

Dr. Hector Jurado Roz
Dr. Francisco Aguilera
Dr. José Antonio Gubaira
Dr. Augusto Diez
Dr. Dario Montiel V.
Dr. Ismael Salas M.
Dr. José David Díaz
Dr. Adolfo Koelzow Jiménez
Dr. Jesús González Romero
Dr. Alberto Ferrer
Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Miguel Zerpa Z.
Dr. Francisco Romero
Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dr. Nassim Tatá Saldivia
Dr. Jorge Zito-Aché
Dr. Elio Tulio Álvarez

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Carlos A. Hernández H.
Dr. José T. Rojas Contreras
Dr. Luis Delfín Ponce Ducharme
Dr. Francisco Aguilera García
Dr. José Antonio Gubaira Bahjos
Dr. Dario Montiel Villasmil
Dr. Ismael Salas Marciano
Dr. José David Díaz
Dr. Adolfo Koelzow Jiménez
Dr. Jesús González Romero
Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Miguel Zerpa Zafrané
Dr. Francisco Romero Ferrero
Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dra. Luisa Teresa Silva
Dr. Miguel Saade
Dr. Rubén Jaén
Dr. Antonio Clemente
Dr. Robinson Gómez

Dr. Rafael Alejos
Dr. Alonso León Rocha
Dr. Gerardo Hernández Muñoz
Dr. Fernando Rodríguez Montalvo
Dr. Julián Viso Rodríguez
Dr. Francisco Arcia Romero
Dr. Ladimiro Espinoza
Dr. Eucario Méndez Contreras
Dr. José Alberto Padrón Amaré
Dr. Jesús García Colina
Dr. César Blanco Rengel
Dr. Guillermo Colmenares Arreaza
Dr. Pedro Sanabria González
Dr. Jaime Díaz Bolaños
Dr. Jesús Mendoza Romero
Dr. Aarón Toledano
Dr. Albino Rincón
Dr. Joel Gómez Maggio
Dr. Freddy Arabia

MIEMBROS EMÉRITOS

Dr. Oscar Rodríguez Grímán
Dr. Alberto Benshimol
Dr. Erick Eichelbaum
Dr. José Ángel Puchi
Dr. Otto Rodríguez Armas
Dr. Carlos Ruiz Diez
Dr. Antonio Ortega
Dr. Antonio Guzmán

Dr. Ramón Enrique Albornoz
Dr. Efraín Sequera
Dr. Carlos Riveras
Dr. José Antonio López Parra
Dr. Celestino Zamora
Dr. Marcos Piñango
Dr. Santiago Mujica

DELEGADOS AL C.N. POR LA SEDE

Dr. Mauro Carretta
Dr. Rafael Bustamante Ch.
Dr. Roger Escalona
Dr. Luis Oswaldo Báez
Dr. Yosú Viteri
Dr. Luis Vivas R
Dr. Oscar Colina
Dr. Luis Alfaro

Dr. José Félix Vivas
Dr. Rodolfo Pérez Jiménez
Dr. Rafael Badell
Dr. Jesús Ayala
Dr. Joel Gómez M
Dr. Raúl Ferro
Dr. Álvaro Henríquez

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES.

REGLAS GENERALES

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

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

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

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

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

normas internacionales existentes.

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

ORGANIZACIÓN DEL MANUSCRITO

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

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

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

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

TEXTO. El texto generalmente deberá estar organizado en: una sección introductoria sin titulares que establezca los 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 *Uniforms Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* preparado por el International Steering Committee de editores médicos, publicados en las siguientes revistas: *Ann Intern Med* 1997; 126:36-47. *Rev Venez Cir* 2000; 53: 204-221.

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

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

Las referencias para libros deben incluir: 1) Autores. 2) Título(s) de capítulo(s). 3) Edición. 4) Título del libro. 5) Ciudad donde fue publicado. 6) Editor. 7) Año. 8) Páginas específicas. Ejemplo: Jones M C. *Gastrointestinal Surgery*. 2a edición. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer, Verlag, 1976. p.253-272.

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

La Cirugía en Venezuela actualmente ha alcanzado un puesto alto a nivel internacional. Esta rama tan importante dentro de la Medicina se destaca por su constante actualización e innovación.

Es por eso que, teniendo en cuenta no sólo los aspectos técnicos que rodean la Cirugía, sino también la importancia y trascendencia de su difusión, como es el papel desempeñado por la Revista Venezolana de Cirugía; se plantea un diseño que principalmente evocará las necesidades más puras del diseño, que es transmitir de forma clara y precisa la información, sin olvidar por supuesto, la estética que armoniza y despliega a la vista una sensación agradable al momento de observar tan destacada revista.

Elementos a destacar del nuevo diseño de la portada:

1. ORDEN Y EQUILIBRIO: En primera instancia todos los elementos, tanto tipográficos como gráficos, fueron dispuestos armónicamente sobre el papel. Dándole a cada uno la importancia necesaria. Se toma muy en cuenta al público dirigido, éste necesita claramente saber cuál es el volumen y número de edición, así como también la fecha de la publicación.

- 2. ELEMENTO A RESALTAR: Por otra parte, el logo o emblema que consolida toda la Sociedad, posee su imponente color rojo, siendo éste el único en el papel y con un tamaño que va acorde con las proporciones de todos los elementos.*
- 3. TÍTULO: El título con su tipografía Mark Sans en su estilo regular, se conjuga y salta a la vista, comunicándose directamente con el lector.*
- 4. FONDO: El fondo con su color azul está especialmente escogido. El azul otorga a toda la composición serenidad, calma, confianza, dinamismo; palabras claves en la Medicina y Cirugía. Además, mantiene una cierta conexión con la portada anterior.*

En resumen, se buscó la mejor manera de armonizar y equilibrar lo pesos dentro de la composición, en este caso la portada de la Revista Venezolana de Cirugía, para así lograr una mejor comprensión y lectura, refrescando su imagen y agregándole mucho más dinamismo.

Alfonso Socorro Morales.
MSVC

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA MEDIANTE ABORDAJE POR UNA SOLA INCISIÓN. MODELO DE ENTRENAMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES

OMAIRA RODRÍGUEZ*
CARLOS PEDRÓN **
ALEXIS SÁNCHEZ ***
ROMINA PENA ****
JOSÉ ROSCIANO ****

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto de la práctica en un modelo de entrenamiento, en la adquisición de habilidades particulares necesarias, para la realización de la apendicectomía laparoscópica mediante el abordaje de una sola incisión.

Materiales y métodos: Se determinó el impacto de la práctica en un modelo inanimado de entrenamiento, al evaluar mediante la utilización de la escala GOALS (Global Operative Assessment of Laparoscopic Skills) y tiempo de realización de la tarea, el desempeño de cinco residentes con similar experiencia en cirugía laparoscópica a lo largo de siete sesiones prácticas.

Resultados: La puntuación promedio al inicio del estudio fue de $10,6 \pm 3,1$ puntos. Con un tiempo de ejecución promedio de $20,4 \pm 7,1$ minutos. Posterior a las sesiones de entrenamiento se observó una notable mejoría en el puntaje y una reducción importante en tiempo promedio de ejecución, de $24 \pm 1,4$ puntos y de $11,2 \pm 1,3$ minutos ($p= 0,030$ y $0,053$) respectivamente. Probablemente debido a la familiarización con el procedimiento y la superación de las dificultades propias de este.

Conclusión: La práctica de la apendicectomía laparoscópica mediante abordaje de incisión única en el modelo propuesto, conduce a un mejor desempeño de los cirujanos evaluados.

Palabras clave

Entrenamiento, apendicectomía, LESS

LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY THROUGH SINGLE SITE INCISION. SKILL DEVELOPMENT TRAINING MODEL

ABSTRACT

Objective: Determine the impact of the practice in training model in skills development for laparoscopic single site appendectomy.

Materials and methods: The impact of the practice in the training model of five surgery residents with the same level of experience in laparoscopic surgery was determined with the GOALS score (Global Operative Assessment of Laparoscopic Skills) and time to complete the objective in seven practice sessions.

Results: The average score at the begin of the study was $10,6 \pm 3,13$ points. With an execution average time of $20,4 \pm 7,1$ min. After the training sessions a notable improvement was observed in the score and an important reduction of execution average time, $24 \pm 1,4$ point and $11,2 \pm 1,3$ min ($p= 0,030$ y $0,053$) respectively. Probably due to the familiarization with the process and overcoming the difficulties own of this.

Conclusion: The laparoscopic single site appendectomy practice with the training model, leads to better performance of the assess surgeons.

Key words

Training, appendectomy, LESS

* Profesor Asistente. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. SVC.

** Cirujano General. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

*** Profesor agregado. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. Magíster Scientiarum. SVC. SAGES.

**** Médico-Cirujano. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en la práctica de emergencias ^(1,2). La apendicectomía laparoscópica, se ha constituido como el tratamiento de elección, aportando las conocidas ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. Desde la primera apendicectomía laparoscópica descrita en 1983 por Semm ⁽³⁾, este abordaje se ha sometido a muchas modificaciones, y un sin número de técnicas usando uno o más trócares han sido descritas.

La cirugía laparoscópica de un solo puerto (LESS), en la cual se realiza una única incisión a través del ombligo, ha recibido gran atención en los últimos años, y esto debido a que proporciona un número de ventajas, en comparación con la laparoscopia convencional, entre las que se encontrarían las estéticas, menor riesgo de lesión de los vasos de la musculatura abdominal, minimiza la posibilidad de eventraciones postoperatorias y la capacidad de convertir el procedimiento a laparoscopia convencional si fuera necesario ⁽⁴⁾.

Como bien mencionamos las ventajas, también es importante indicar las desventajas y las limitaciones del abordaje monoportal: 1. Pérdida de la triangulación, el área en la cual están localizadas las manos del cirujano, es mucho más pequeña que en la cirugía laparoscópica tradicional, prolongando la curva de aprendizaje al obligar al cirujano a trabajar con menor rango de movimiento. 2. En la cirugía laparoscópica estándar, las obstrucciones a la visión son solucionadas con el cambio en la localización de la óptica en un puerto diferente, cambiando el ángulo de la óptica, o moviendo la óptica externamente más allá de la obstrucción; en la cirugía monoportal no existen otros puertos para la colocación de la óptica y la facilidad para el movimiento de la óptica se ve limitada significativamente por los otros instrumentos. Estos aspectos amenazan con oscurecer el campo operatorio y cuestionan la seguridad del procedimiento haciendo crítico su desarrollo y disminución ⁽⁵⁾.

Adquirir estas habilidades y superar las dificultades inherentes al procedimiento, supone numerosas horas de entrenamiento y dedicación, el cual debe ser llevado a cabo en un ambiente seguro y alejado de la sala operatoria, para así disminuir los riesgos y complicaciones

intraoperatorias que se puedan presentar; por tal motivo surgen los modelos de entrenamiento, para de esta manera superar aquellas dificultades que se le puedan presentar al cirujano antes de estar en contacto con el paciente y así disminuir las tasas de morbilidad.

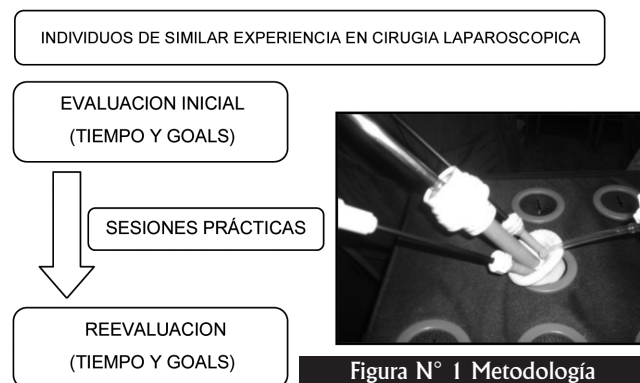
Mediante el siguiente trabajo se determina el impacto de la

práctica en un modelo de entrenamiento, promoviendo la adquisición de habilidades particulares necesarias, para de esta manera realizar la apendicectomía laparoscópica mediante el abordaje de una sola incisión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal, que evaluó el desempeño en el modelo de entrenamiento de cinco individuos de igual experiencia en cirugía laparoscópica, sin experiencia en la cirugía a través de una sola incisión. (Figura nº 1)

Los participantes realizaron las prácticas utilizando una caja negra y el modelo inanimado descrito por Rodríguez y col, del



servicio de cirugía III del HUC, siguiendo un esquema de prácticas continuas, estas sesiones de entrenamiento tuvieron lugar en el laboratorio de entrenamiento laparoscópico, y fueron grabadas en DVD con fines académicos. Cada uno de los individuos fue evaluado mediante la escala GOALS (Global Operative Assessment of Laparoscopic Skills)⁽⁶⁾ (figura Nº 2).

Figura Nº 2 Escala global intraoperatoria de evaluación					
Puntos	Percepción de profundidad	Destreza bimanual	Eficiencia	Manejo del tejido	Autonomía
1	Constantemente rebasa el blanco	Usa una mano	Incierta, esfuerzos ineficientes	Movimientos bruscos	Incapaz de completar la tarea
2					
3	Algunos rebasamientos y errores del blanco	Usa dos manos, no de manera óptima	Lento, movimientos organizados	Manejo del tejido razonablemente bueno	Capaz de completar la tarea de manera segura
4					
5	Dirige el instrumento con precisión	Usa ambas manos, de manera experta	Seguro, eficiente	Manejo bueno del tejido	Capaz de completar la tarea por sí solo

Fuente: Vassiliou M, et al. (4).

Luego de siete sesiones prácticas (Figura Nº 3), bajo la tutoría de un cirujano laparoscopista experto, fueron reevaluados en un intento por establecer el impacto del uso del modelo en el desarrollo de habilidades. Se utilizó para el análisis estadístico la prueba no paramétrica W de Wilcoxon con significación de 5%.

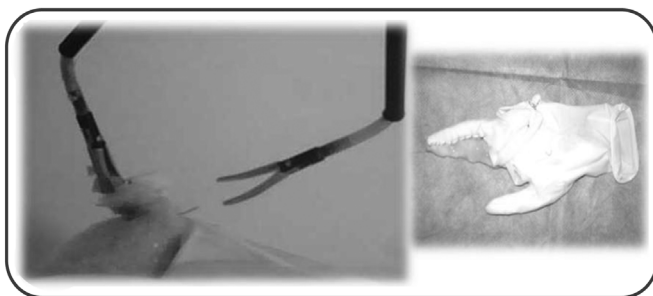


Figura N° 3 Sesiones de práctica en el modelo.

RESULTADOS

Se evaluaron cinco residentes a lo largo de 7 sesiones prácticas, se tomó en cuenta el puntaje obtenido a través de la escala GOALS, así como el tiempo empleado para realizar la tarea. La puntuación promedio al inicio del estudio fue de $10,6 \pm 3,1$ puntos. Con un tiempo de ejecución promedio de $20,4 \pm 7,1$ minutos.

Se observó un notable aumento en el puntaje obtenido por los participantes a medida que estos desarrollaron las prácticas, con una calificación promedio para la práctica final de $24 \pm 1,4$ puntos ($p= 0,030$) y una reducción importante en tiempo promedio de ejecución de $11,2 \pm 1,3$ minutos ($p= 0,053$).

Cuando se comparan individualmente cada uno de los sujetos, se puede notar como hay una tendencia clara, a medida que se desarrollan las prácticas y cada uno de los individuos se familiarizan con el manejo y uso de los instrumentos, superando el conflicto externo, a obtener mejores puntajes y menores tiempos de ejecución (Figura N° 4 y 5).

Las puntuaciones obtenidas en cada práctica, muestran una tendencia creciente; obteniéndose su valor máximo al comparar las puntuaciones obtenidas en la práctica siete con relación a la práctica uno.

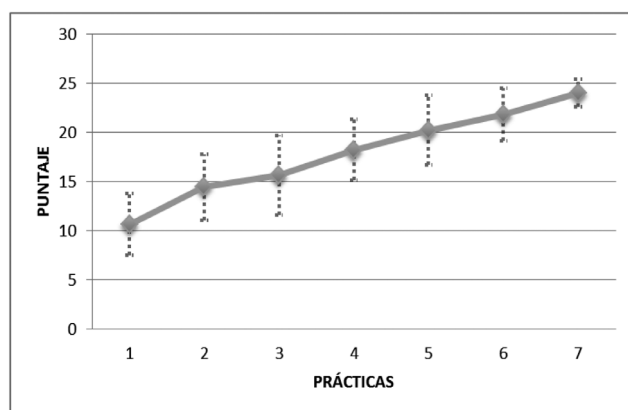


Figura n° 4: Comparación del puntaje obtenido en cada una de las prácticas. Apendicectomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión: Modelo de entrenamiento en la adquisición de habilidades. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas 2010.

DISCUSIÓN

La cirugía laparoscópica se ha convertido en la vía de abordaje ideal para la patología apendicular, ya que ha demostrado ser un procedimiento seguro y efectivo, que aporta los conocidos beneficios de la cirugía mínimamente invasiva ⁽⁷⁸⁾.

Un sin número de innovaciones se han desarrollado para esta técnica con tendencia a reducir al mínimo el número de incisiones y puertos necesarios, de este modo surge el concepto de cirugía monoportal ⁽⁵⁾. Los primeros casos de apendicectomías por un solo puerto se realizaron con técnica transumbilical asistida; en ésta el apéndice se tracciona a través del ombligo para completar la disección en forma extracorpórea, con la inmovilidad del ciego como limitante ⁽⁹⁾.

Existe actualmente un consenso creado por el "laparoendoscopic single-site surgery consortium for assessment and research" (LESSCAR), que de manera unánime designó a la cirugía a través de un solo puerto, con el término de LESS (laparoendoscopic single-site surgery) o cirugía laparoendoscópica de un solo puerto ya que era la forma más conveniente y apropiada de calificarla ⁽¹⁰⁾.

La mayor parte de los informes sobre esta técnica son favorables, incluso los resultados negativos implican solamente la conversión a la técnica laparoscópica convencional, sin mayor morbilidad para los pacientes ⁽¹¹⁾. El entrenamiento adecuado del equipo quirúrgico es fundamental para obtener un óptimo resultado, con bajos índices de morbilidad.

El ampliamente aceptado modelo de adquisición de habilidades psicomotoras de Fitts y Posner describe tres fases ⁽¹²⁾. En la fase cognitiva el cirujano realiza la tarea lentamente paso a paso y de forma errática, entendiendo la mecánica de los movimientos; con la práctica se entra en la segunda fase, es decir, la integración, el cirujano todavía piensa como debe realizar los movimientos, pero los realiza de manera más fluida con pocas

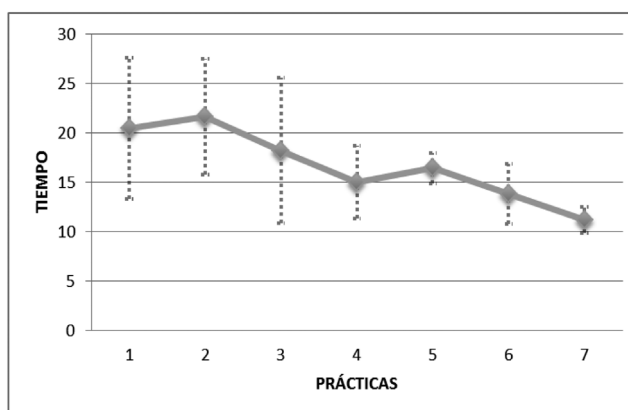


Figura N° 5: Comparación del tiempo obtenido en cada una de las prácticas. Apendicectomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión: Modelo de entrenamiento en la adquisición de habilidades. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas 2010.

interrupciones, y por último, en la fase de automatismo ya no es necesario pensar en la mecánica, lo cual permite al cirujano centrarse en otros aspectos del procedimiento. Basándonos en este modelo, queda claro que la primera y segunda fase debe superarse en el laboratorio y no en el quirófano.

En este trabajo se determinó el impacto del uso de un modelo inanimado de entrenamiento en la adquisición de habilidades para realizar la apendicectomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión. El uso de modelos de entrenamiento inertes con el fin de disminuir la curva de aprendizaje e incluso con fines de evaluación y certificación de habilidades, ya ha sido ampliamente descrito y estudiado por varios centros mundiales desde hace un tiempo, incluso se han adoptado como métodos de certificación, como es el caso de la integración del MISTELS (MgGill inanimate system for training and evaluation of laparoscopic skills) al curso y evaluación "Fundamental of Laparoscopy" (FLS) de la Sociedad Americana de Cirugía Gastrointestinal Endoscópica (SAGES) ^(13,14).

Diversos estudios han demostrado que posterior a la práctica en modelos de entrenamiento, y el dominio de algunos pasos ex vivo, el cirujano adquiere las destrezas y habilidades que le permiten tener mejor desempeño en el quirófano, esto es conocido como "Transferencia de entrenamiento", disminuyendo la curva de aprendizaje y por ende el porcentaje de complicaciones ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

En la literatura hay pocos trabajos que empleen modelos de entrenamiento inanimados para apendicitis aguda, como los propuestos por Rodríguez y colaboradores ⁽¹⁸⁾. Se han publicado experiencias en modelos inanimados para otros procedimientos tales como en la exploración de vías biliares, por Sánchez y colaboradores ⁽¹⁹⁾, con muy buenos resultados, ambos del servicio de cirugía III del HUC.

Uno de los modelos quirúrgicos experimentales con mayor aceptación, emplea el conejo como modelo para el aprendizaje de la apendicetomía laparoscópica, que demuestra ser factible y seguro ⁽²⁰⁾, pero tiene el inconveniente de su alto costo y la necesidad de ambientes especializados. No hay ningún trabajo, hasta la fecha que evalúe en ese modelo, la mejoría del desempeño luego del entrenamiento de individuos.

Es muy conocido que el entrenamiento en modelos o simuladores permite enseñar y practicar habilidades laparoscópicas en un ambiente controlado y seguro donde el cirujano en formación, aprende de sus propios errores sin poner en peligro el bienestar del paciente.

Nuestros resultados son difíciles de comparar ya que existen pocos estudios que sean similares en cuanto a la estructura y el diseño, a las variables tomadas en cuenta, el uso de un modelo inanimado y una escala de puntuación. Sin embargo, es evidente que el desempeño global de los cirujanos entrenados en el modelo mejoró significativamente. El estudio del impacto de estas prácticas en los resultados de la cirugía, forma parte de un

protocolo que se lleva a cabo actualmente en nuestro servicio.

Se puede inferir que el uso del modelo de entrenamiento, mejora el desempeño y reduce los tiempos quirúrgicos, más aún cuando se aplica en abordajes nuevos y complejos, como el caso del LESS.

Las nuevas tecnologías y procedimientos más complejos están conduciendo a un cambio, de donde y como son enseñadas las destrezas necesarias para practicar un acto quirúrgico. Las prácticas supervisadas en ambientes reales o las cirugías tutoriadas han venido quedando atrás. Los residentes deben adquirir las habilidades en laboratorios diseñados para tal fin, que permiten al docente enfocarse en puntos clave para la realización de las tareas.

En conclusión, el uso de modelos de entrenamiento en cirugía constituye un pilar importante en la formación del cirujano, ya que permite generar habilidades y destrezas, disminuyendo la curva de aprendizaje, fundamental para obtener un óptimo resultado quirúrgico. La práctica de la apendicectomía mediante abordaje de incisión única en el modelo propuesto, conduce a un mejor desempeño de los cirujanos evaluados.

REFERENCIAS

1. Hansson L, Laurell H, Gunnarsson U. Impact of time in development of acute appendicitis. *Dig Surg* 2008; 25:394-399.
2. Kessler N, Cyteval C, Gallix B, Lesnik A, Blayac P, Pujol J, et al. Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. *Radiology* 2004; 230:472-479.
3. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15:59-64.
4. Vidal O, Valentini M, Ginesta C, et al. Apendicetomía laparoscópica con una sola incisión umbilical (SILS): experiencia en una unidad de cirugía de urgencias. *Emergencias* 2010; 22: 361-364.
5. Merchant A, Cook M, White B, Davis S, Sweeney J, Lin E. Transumbilical Gelport access technique for performing single incision laparoscopic surgery (SILS). *J Gastrointest Surg* 2008; 13:159-162.
6. Vassiliou M, Feldman L, Andrew C, Bergman S, Leffondre K, Stanbridge D, et al. A global assessment tool for evaluation of intraoperative laparoscopic skills. *Am J Surg* 2005; 190(1):107-113.
7. Kwok K, Wing T, Chun N, George P, Ka M. Laparoscopic Versus Open Appendectomy for Complicated Appendicitis. *J Am Coll Surg* 2007; 205:60-65.
8. Ekeh A, Wozniak C, Monson B, Crawford J, McCarthy M. Laparoscopy in the contemporary management of acute appendicitis. *Am J Surg* 2007; 193: 310-314.
9. Esposito C. One-trocar appendectomy in pediatric surgery. *Surg Endosc* 1998; 12:177-178.
10. Gill I, Advincula A, Monish A, Cadeddu J, Canes D, Curcillo P, et al. Consensus statement of the consortium for laparoendoscopic single-site surgery. *Surg Endosc* 2010; 24:762-768.
11. Vidal O, Valentini M, Ginestá C, Martí J, Espert J, Benarroch G, et al. Laparoscopic single-site surgery appendectomy. *Surg Endosc* 2010; 24:686-691.

12. Reznick R, MacRae H. Teaching surgical skills- changes in the wind. *N Engl J Med* 2006; 355(25): 2664-2669.
13. Derossis A, Fried G, Abrahamowicz M, Sigman H, Barkun J, Meakins J. Development of a model for training and evaluation of laparoscopic skills. *Am J Surg* 1998; 175: 482-487.
14. Peters J, Fried G, Swanstrom L, Soper N, Sillin L, Schirmer B, et al. Development and validation of a comprehensive program of education and assessment of the basic fundamentals of laparoscopic surgery. *Surgery* 2004; 135: 21-27.
15. Korndorffer J Jr, Dunne J, Sierra R, Stefanidis D, Touchard C, Scott D. Simulator training for laparoscopic suturing room performance goals translates to the operating room. *J Am Coll Surg* 2005; 201(1): 23-29.
16. Scott D, Bergen P, Rege R, Laycock R, Tesfay S, Valentine R, et al. Laparoscopic training on bench models: better and more cost effective than operating room experience?. *J Am Coll Surg* 2000; 191(3):272-283.
17. Grantcharov T, Rosenberg J, Pahle E, Funch-Jensen P. Virtual reality computer simulation: an objective method for the evaluation of laparoscopic surgical skills. *Surg Endosc* 2001; 15:242-244.
18. Rodríguez O, Sanchez A, Bellorin O, Paredes J, Sanchez R. Modelo de entrenamiento para la apendicectomía laparoscópica. *Rev Venez Cir* 2009; 62(1):34-39.
19. Sánchez A, Otaño N, Rodríguez O, Sánchez R, Benítez G, Schweitzer M. Laparoscopic common bile duct exploration four-task training model: construct validity. *JSL*. 2012; 16(1): 10-15.
20. Tapia J, León B, Baños C, García J. Apendicectomía por laparoscopia en el conejo como modelo quirúrgico experimental. *Rev Fac Med UNAM* 2005; 48(6): 232-235.

MANGA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN 730 CASOS. SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

ZIAD MAKAREM KANSO*
LUIS GONZÁLEZ**
NATALIA ECHEGARAY**
REINA JIMÉNEZ***
CONNYE GARCÍA****

LAPAROSCOPIC GASTRIC SLEEVE. EXPERIENCE IN 730 CASES. 5 YEARS FOLLOW UP

RESUMEN

La obesidad se ha convertido en la epidemia del siglo XXI, incrementando las patologías asociadas a la misma como: diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, entre otras, afectando negativamente la calidad y expectativa de vida. La manga gástrica ha ganado popularidad en el tratamiento quirúrgico primario de la obesidad. Pacientes y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con 730 casos sometidos a manga gástrica en el Instituto Clínico La Florida años 2006 - 2012. Se analizó: sexo, edad, índice de masa corporal, porcentaje de exceso de peso perdido, tiempo quirúrgico, complicaciones, y respuesta postoperatoria de pacientes diabéticos 2 e hipertensos.

Resultados: Femenino 533 (73%), masculino 197 (27%), edad promedio 40,1 años, tiempo quirúrgico 79 min, índice masa corporal promedio pre-operatorio 40,7; promedio postoperatorio 28,6 en 60 meses. Promedio pérdida del exceso de peso 72,1 % en 60 meses; complicaciones: disrupción de la línea de engrapado 1,09 %, Sangrado 1,2 %, neumonía 0,5 %, deshidratación 1,3 %, infección herida 5 casos (0,6%), estenosis 0 %, obstrucción 0 %, conversiones: 0 %, mortalidad: 0 %. De 42 pacientes diabéticos remisión en 34 (81 %) y mejoría en 8 (19 %) y 112 pacientes hipertensos remisión en 70 (62,5 %), mejoría 28 (25 %) y sin respuesta 14 (12,5 %).

Conclusión: Se concluye que la manga gástrica es una técnica segura y efectiva para el tratamiento primario de la obesidad y la resolución de comorbilidades como la diabetes 2 e hipertensión arterial.

Palabras clave

Obesidad, gastrectomía vertical laparoscópica, manga gástrica, cirugía bariátrica, cirugía metabólica, diabetes 2.

ABSTRACT

Obesity has become the epidemic of the 21st century, increasing pathologies associated with it such as diabetes mellitus type 2, metabolic syndrome, hypertension, and cardiovascular diseases, among others, negatively affecting the quality of life and life expectancy. Sleeve gastrectomy has gained popularity in the primarily surgical treatment of obesity.

Patients and methods: A prospective study of 730 cases that underwent sleeve gastrectomy was performed at the Instituto Clínico la Florida from 2006 to 2012. Gender, age, corporal mass index, percentage of excess of weight loss, duration of surgery, complications, post-operative reaction of diabetes-2 and hypertensive patients were analyzed.

Results: 533 females (73%), 197 males (27%), Age Average: 40.1 years, surgery duration: 79 minutes; corporal mass index: preoperative average: 40.7; post-operative average: 28.6 in 60 months. Average weight excess loss: 72.1 % in 60 months. Complications: disruption of staple line 1.09 %, bleeding: 1.2%, pneumonia: 0.5 %, dehydration: 1.3 %, wound infection 5 cases (0.6 %), stenosis 0 %, obstruction 0 %, conversions: 0 %, mortality: 0 %. In 42 diabetic patients, 34 were in remission (81 %), 8 showed improvement (19 %). In 112 hypertensive patients, 70 were in remission (62.5 %), 28 showed improvement (25 %) and 14 showed no results (12.5 %).

Conclusion: It is concluded that sleeve gastrectomy is a safe and effective technique for the primary treatment of obesity and the resolution of comorbidities like diabetes-2 and hypertension.

Key words

Obesity, laparoscopic vertical gastrectomy, gastric sleeve, bariatric surgery, metabolic surgery diabetes 2.

* *Cirujano bariátrico y laparoscópico. Coordinador de Cirugía Bariátrica. Servicio de Cirugía Hospital Universitario de Caracas. Profesor Asistente de Cirugía, Universidad Central de Venezuela (UCV). Cirujano Instituto Clínico la Florida, Caracas, Venezuela*

** *Cirujano General Instituto Clínico la Florida, Caracas.*

*** *Reina Jiménez. Cirujano general y cirujano oncólogo. Instituto Clínico la Florida, Caracas*

**** *Médico internista y endocrinólogo Instituto Clínico la Florida, Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela*

La obesidad se ha convertido en una verdadera epidemia en el mundo occidental e integra lo que se denomina el síndrome de la civilización¹. Millones de personas en los Estados Unidos y en todo el mundo tienen sobrepeso o son obesas (sobrepeso grave). Cuando el peso aumenta a un nivel extremo, se denomina obesidad mórbida².

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad. Hay actualmente en el mundo 1,6 billones de obesos según la Organización mundial de la Salud. El número ha crecido en un 40% en los últimos 10 años. Estados Unidos es el primer país occidental que aparece en el ranking, ocupando el noveno puesto, con un 74,1% de la población tiene algún grado de sobrepeso y el 30% es obesa (IMC mayor de 30 kgs-mts²). Otros países latinoamericanos en puestos destacados son México, en el 19 y con un 68,1% de sobrepeso y 26% con obesidad y Venezuela, en el 24 y con el 65,2% con sobrepeso y 25% obesidad en mayores de 15 años. Eso nos ubica como el vigésimo cuarto país más gordo del planeta, según el más reciente ranking de la Organización Mundial de la Salud.

La cirugía bariátrica se considera la herramienta más efectiva para el manejo de la obesidad, debido a que los tratamientos no quirúrgicos, como las dietas, la modificación de hábitos, los fármacos y los ejercicios solos o combinados no han mostrado ser terapias exitosas a largo plazo^{3,4}. Además estudios recientes demuestran que el manejo quirúrgico de la obesidad se asocia con un alto porcentaje de remisión de enfermedades metabólicas como la diabetes 2, al igual que la hipertensión arterial, la dislipidemia, la apnea obstructiva del sueño y el síndrome metabólico^{5,6}. La mortalidad a largo plazo se reduce significativamente, particularmente, muertes por diabetes, hipertensión arterial y cáncer^{7,8}.

Las cirugías más realizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida, incluyen, entre otros: bypass gástrico en Y de Roux, Manga Gástrica, banda gástrica ajustable, derivación biliopancreática con switch duodenal^{9,10}. Recientemente se introdujo la plicatura gástrica como alternativa quirúrgica para el tratamiento de la obesidad¹¹.

La manga gástrica (gastrectomía en manga, gastrectomía vertical) se introdujo al inicio como primer tiempo quirúrgico en pacientes superobesos, con la finalidad que perdieran "algo" de peso y posteriormente realizarles, ya con menos riesgo, un segundo tiempo quirúrgico tipo derivación biliopancreática o bypass gástrico¹²⁻¹⁸.

Desde hace 8 años aproximadamente, la manga gástrica ha sido utilizada como procedimiento quirúrgico único en el tratamiento de la obesidad. Este es un procedimiento que tiene un doble mecanismo de acción tanto restrictivo como hormonal¹⁹⁻²⁶. Así mismo reportes recientes demuestran que la manga gástrica produce una remisión de diabetes 2 y del síndrome metabólico

que va desde un 60% a 90%²⁶⁻²⁹.

Mecanismo de acción

La gastrectomía en manga permite reseca gran parte del antro gástrico, cuerpo y fundus gástrico produciendo un fuerte efecto restrictivo ya que la capacidad gástrica disminuye entre 40 cc a 100 cc aprox. además el píloro se comporta como una "banda" natural regulando el paso de los alimentos. Concomitantemente a la resección del fundus gástrico se elimina la principal fuente de producción de grelina particularmente en las células PD130. La grelina es una potente hormona oroxígena, conocida también como la hormona del "hambre", siendo también hiperglicémica ya que aumenta la ingesta de alimentos y además disminuye la secreción de insulina, interfiere en los receptores órganos blanco para su acción, disminuye la secreción de adiponectina hormona sensibilizadora para la acción de la insulina, aumenta la secreción de cortisol, ACTH y hormona del crecimiento todas ellas hiperglicémicas. Además, la gastrectomía vertical en manga o manga gástrica eleva la GLP-1 una potente incretina producida en las células L del íleon terminal y colon ejerciendo un efecto regulador en el metabolismo de la glucosa ya que la GLP-1 estimula la secreción de insulina, suprime la secreción de glucagón, enlentece el vaciado gástrico, aumenta la masa de células beta pancreáticas, mejora la sensibilidad a la insulina, disminuye la apoptosis de las células beta y fomenta la eliminación de glucosa. También se ha demostrado que la gastrectomía en manga aumenta la producción del péptido PYY producido en íleon terminal y con efecto anorexígeno. De tal manera que al realizar la manga gástrica se produce un fuerte efecto restrictivo y un concomitante efecto hormonal y regulador del metabolismo de glucosa disminuyendo de manera importante la producción de grelina, elevando la GLP-1, la adiponectina y el PYY, esto se traduce en disminución de peso y regulación en la homeostasis de la glucosa^{2,3,31-37} (Gráfico 1).



Presentamos nuestra experiencia de 730 casos en el manejo de la obesidad utilizando como técnica la manga gástrica laparoscópica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde junio de 2006 hasta enero de 2012 se realizaron 730 mangas laparoscópicas para el tratamiento de la obesidad en pacientes con índice de masa corporal (IMC) entre 32 y 65. Se excluyeron pacientes con riesgos muy elevados y embarazadas.

Cuidados preoperatorios

Se les dictó charlas informativas, nutricionales y psicológicas. Dieta hiperproteica y baja en carbohidratos (1000 a 1400 cal/día) dos semanas previas a la cirugía. Evaluación pulmonar, cardíaca, gastrointestinal, endocrinológica y psiquiátrica. Se le administró antibiótico profiláctico 1 hora previo a la cirugía, medias antiembólicas y compresión neumática intermitente.

Técnica quirúrgica

Se coloca al paciente en decúbito dorsal, con la cabecera elevada 30 grados (Trendelenburg invertido) y ligera rotación a la izquierda. Se colocan cinco trócares (4 de 5 mm y 1 de 12 mm), en hemiabdomen superior y óptica de 5 mm de 30°. Introducimos a través de la boca hasta franquear el píloro, asistidos por el laparoscopio una bujía esofágica de calibre 34 Fr. Liberamos toda la curvatura mayor con Ligasure® (Covidien Co. U.S.) o bisturí armónico® (J&J Co. U.S.), iniciando a 2 cm del píloro hasta el ángulo de His. Posteriormente y utilizando máquinas de autosutura lineal cortante laparoscópica con recarga verde de 60 mm triple hilera de grapas y guiados por la bujía comenzamos la gastrectomía desde el antro a 2 cm del píloro, hasta el ángulo de His alejándose 1 cm del esófago en el último disparo, utilizamos solo grapas verdes, reforzamos con suturas o clips los puntos de unión y el tercio distal. En caso de sangrado en la superficie, se controla con sutura, clips y hemostáticos. Posteriormente se retira la pieza por una incisión de 12mm aproximadamente. Se coloca un dren cerrado de aspiración activa tipo Blake (J&J Co. U.S.) en espacio subfrénico izquierdo. Pasan a recuperación y luego a la habitación la mayoría sin ameritar unidad de cuidados intermedios.

Cuidados post operatorios

La administración de dieta líquida a partir de las 24 horas (1 onza= 30 cc cada 30 min de líquidos claros) y hasta dos semanas, dieta licuada-colada, dieta licuada, dieta blanda papilla-puré cuatro semanas más y luego dieta completa; recalculándose la importancia de la masticación y de mantenerse hidratados. Ejercicios de incentivo respiratorio (trifló, percusiones) durante 10 días. Uso de protectores gástricos tipo inhibidores de la bomba de protones durante 6 semanas. Ejercicio cardiovascular tipo caminata mínimo 30 min interdiario a la semana y gimnasio al mes de operados (caminadora y escaladora).

RESULTADOS

A 730 pacientes se les realizó manga gástrica laparoscópica en un periodo de seis años. Fueron 533 mujeres (73 %) y 197 hombres (27 %). Las edades estuvieron comprendidas entre los

18 y 65 años, con un promedio de 43 años. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 40,7 Kg/m² (32-65). El tiempo quirúrgico promedio fue de 79 minutos. El tiempo promedio de hospitalización 2,1 días.

Se logró hacer seguimiento a 549 pacientes (75,2%). Se determinó el porcentaje de la pérdida del exceso de peso (% PEP) al años, los 1, 2, 3, 4 y 5 años obteniendo 70,1%, 80,2%, 75,5 %, 70,3 % y 70,4 % respectivamente y el descenso promedio del índice de masa corporal (IMC) para el mismo período fue de 30,4%, 27,1%, 28,1%, 29,3% y 29,2% respectivamente (Tabla 1), (Gráficos 2 y 3).

Tabla #1 Seguimiento en 5 años de IMC y % de pérdida de exceso de peso

Años	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Meses	12	24	36	48	60
IMC Kg/M ²	30,4	27,1	28,1	29,3	29,2
% Pérdida de exceso de peso	70,1	80,2	75,5	70,3	70,4

RESULTADOS POSTOPERATORIO DEL IMC

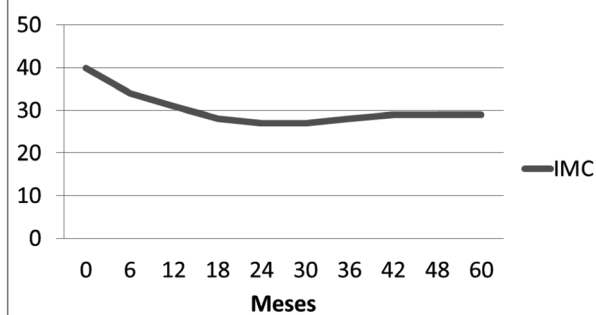


Gráfico Nº 2

% Pérdida de Exceso de Peso

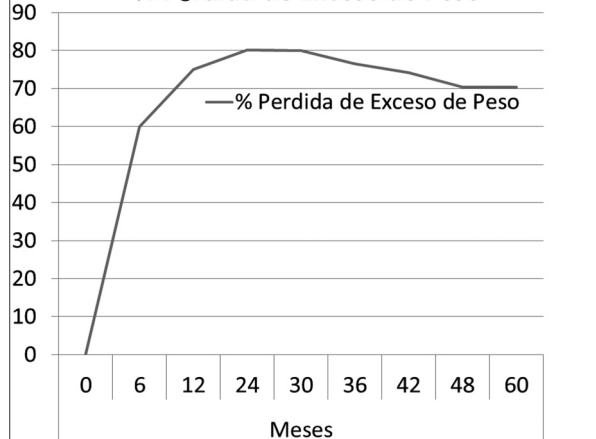


Gráfico Nº 3

Comorbilidades

Se estudiaron 42 pacientes diabéticos tipo II, que se medicaban con hipoglicemiantes orales o insulina 34 (81%) no ameritaron medicación alguna y los otros 8 (19%) disminuyeron significativamente sus dosis y medicaciones (Gráfico 4). Evaluamos 112 pacientes hipertensos, de los cuales 70 (62.5%) se normalizaron sus cifras tensionales sin ningún tratamiento, 28 casos (25%) pacientes disminuyeron significativamente sus dosis de medicamentos, los 14 casos restantes (12,5%) restantes no sufrieron modificación alguna en sus cifras tensionales (Gráfico 5).

Efecto postoperatorio en el tratamiento de DM tipo 2

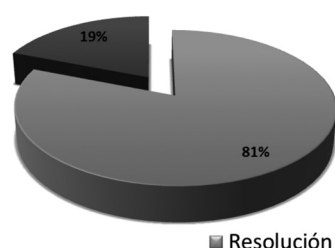


Gráfico Nº 4

Efecto postoperatorio en el tratamiento de la Hipertensión Arterial

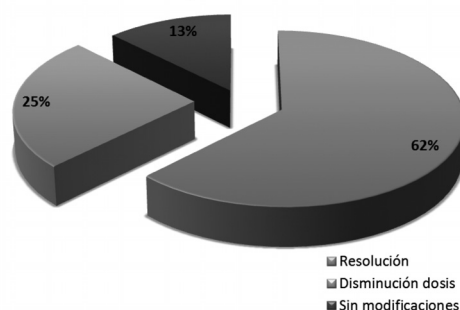


Gráfico Nº 5

Complicaciones

Tuvimos 4,9% de complicaciones (n=36) de la muestra N: 730 (Tabla 2).

Tabla #2 Complicaciones

COMPLICACIONES	
Totales: 36 casos (4,9%) / N:730	
-	Disrupción línea de engrapado. 8 casos (1,09%)
-	Sangrado. 9 casos (1,2%)
-	Neumonía. 4 casos (0,5%)
-	Deshidratación: 10 casos (1,3%)
-	Infección del sitio operatorio: 5 casos (0,6%)
-	0 % Estenosis
-	0 % TVP
-	0 % Conversiones
-	0 % Mortalidad

Las complicaciones fueron:

1. Disrupción en la línea de grapas 8 casos (1,09%), se presentaron entre los 4- 23 días; en promedio a los 9 días. La filtración en la línea de grapas todas en el tercio superior, se diagnosticaron por clínica (taquicardia > 100 latidos por minuto, leucocitosis, serie gastrointestinal con contraste hidrosoluble y tomografía). Todos los casos se trataron con drenaje de Blake (J&J Co. U.S.) o guiado por tomografía, antibioticoterapia, prótesis endoscópica metálica autoexpandible recubierta (Wallstent, Boston Scientific, Natick, MA, USA), alimentación enteral por dobbhoff y parenteral. Todos los casos se resolvieron. El cierre osciló entre 1 a 6 semanas, con un promedio de hospitalización de 4 días, retiro de prótesis de 4 a 8 semanas, promedio de 5 semanas. Solo 1 (0,13 % ameritó reintervención para lavado y colocación de dren
2. Sangrado 9 casos (1,2%). 8 se resolvieron con transfusión y uno con reintervención y transfusión, en este último no se localizó el sitio de sangrado
3. Neumonía 4 casos (0,5%), se trataron medicamente.
4. Deshidratación 10 casos (1,3%), que fueron hospitalizados entre 24 a 48 horas para rehidratación, parenteral y enteral.
5. Infección del sitio operatorio 5 casos (0,6%).
6. 0% Mortalidad, estenosis, TVP, conversión.

DISCUSIÓN

La manga gástrica es un procedimiento que se introdujo recientemente para el manejo quirúrgico primario de la obesidad y que ha alcanzado gran popularidad por su eficacia, relativa simplicidad técnica y baja morbilidad. Produce una restricción significativa en la ingesta de alimentos debido a su vez a la disminución de la capacidad gástrica entre 40 cc a 100 cc y por otra parte disminuye considerablemente los niveles de grelina, una potente hormona oroxígena, producida en el fundus gástrico (el cual es reseca) esto trae como consecuencia una disminución del apetito y una rápida saciedad^{20-23,32,35,37-42}. Esto se traduce en una disminución importante de peso, del índice de masa corporal y del % de exceso de peso (% PEP), que oscila entre 55% a 90 % con seguimiento de más de tres años, como lo han demostrado Rosenthal, Moon, Baltazar, Gagner, Himpen, Bellanger y Karamanakis^{20,21,43-47}. En nuestro trabajo demostramos la efectividad de la manga gástrica en cuanto al % de pérdida de peso (% PEP) y disminución del índice de masa corporal (IMC), y su seguimiento durante cinco años. Se puede observar que en el primer año hay un % PEP de 70% alcanzando su pico máximo a los dos años hasta 80,2% de % PEP, luego se observa una discreta reganancia de peso hasta los cuatro años de 10 % aproximadamente de % PEP llegando hasta los 70,2 % PEP para luego

permanecer estable después de los cuatro años hasta los cinco años con un % PEP de 70,3 %. Del mismo modo se comporta en índice de masa corporal IMC 30,4; 27,1; 28,1; 29,3; 29,2 al año, dos años, tres años, cuatro años y cinco años respectivamente. Cifras estas comparables con el by-pass gástrico en Y de Roux⁴⁷⁻⁵⁰.

En cuanto a respuesta metabólica y resolución de comorbilidades como diabetes 2 e hipertensión arterial, pudimos demostrar una excelente repuesta metabólica con remisión de diabetes 2 hasta 81 % (34 de 42 pacientes) con cinco años de seguimiento, tomando en consideración una glucosa basal en ayunas menor de 126 mg % y hemoglobina glicosilada menor de 6,5 % así mismo, observamos en el resto 19 % (8 de 42 pacientes) significativa mejoría de la diabetes 2 disminuyendo las dosis tanto de insulina como de hipoglicemiantes orales, según cada caso, para el control de la glicemia. Estos resultados coinciden con recientes trabajos publicados en la literatura mundial con tasas de remisión que oscilan entre 70% a 90% en diabéticos^{226-29,43,44,47-51}.

Así mismo, se observa una significativa respuesta en cuanto a la hipertensión arterial con una relación directa entre la disminución del IMC y la disminución de las cifras tensionales. 112 pacientes hipertensos fueron seguidos luego de manga gástrica con una remisión de 70 pacientes (62,5%), mejoría en 28 pacientes (25%), traducida en disminución de las dosis de medicamentos para controlar la hipertensión, por lo que el 87,5% de los hipertensos se beneficiaron con la manga gástrica. Sugerman y Sarkhosh han demostrado la efectividad y remisión de la hipertensión arterial con la pérdida sustancial de peso^{52,53}.

En cuanto a las complicaciones totales tuvimos una incidencia de 4,9 % y 0 % de mortalidad, una cifra baja si se considera que la rata de complicaciones publicadas oscila entre 2,9% y 15,3% con una mortalidad de 0,3%^{39,40,43}. Las complicaciones mayores como la disrupción de la línea de grapas y el sangrado fueron de 1,09 % (n=8) y 1,2% respectivamente. El porcentaje de filtración o disrupción de línea de grapas publicadas oscila entre el oscila entre 0,5% y 5% con un promedio de 2,7%^{54,55}. Todas nuestras filtraciones fueron en el tercio superior y tratadas con antibioticoterapia, stent y drenaje. Los stents utilizados fueron metálicos autoexpandibles recubiertos, (Wallflex Stent, Boston Scientific, Natick, Massachusetts) colocados vía videoendoscópica. Los drenajes, 5 de ellos percutáneos guiados por tomografía, 1 laparoscópico y 2 Jackson Pratt que tenían de la cirugía original. Tuvimos 100% de resolución entre 1 a 6 semanas y retiro del stent entre 4 a 8 semanas. Varios trabajos soportan la utilización del stent para la resolución de filtraciones en manga gástrica⁵⁶⁻⁵⁸. En relación al sangrado, 11 % (n=9) de los cuales 8 se resolvieron con transfusiones y uno ameritó transfusión y revisión sin determinarse el sitio del sangrado, estadística ésta similar a las que muestra Jossart⁵⁹.

De acuerdo a nuestra experiencia, la manga gástrica laparoscópica es una herramienta muy útil para el tratamiento primario de la obesidad por ser altamente efectiva, de relativa simpleza técnica y de muy baja morbilidad y mortalidad. Así mismo, demostramos la utilidad de la manga gástrica en pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos arteriales en cuanto a la resolución o mejoría de las mismas, por lo que esta técnica debe tomarse en consideración en pacientes obesos y/o con síndrome metabólico. También pensamos que por su bajo riesgo es la técnica adecuada en pacientes longevos, pacientes con enfermedades intestinales inflamatorias, pacientes trasplantados, pacientes con enfermedades osteoarticulares y pacientes adolescentes. Estamos expectantes del comportamiento de la manga gástrica en pacientes con índice de masa corporal menor de 35 kg/m² y síndrome metabólico. Estudios futuros nos darán la respuesta.

REFERENCIAS

1. Bjorntorp P. Visceral Obesity. A civilization syndrome. *Obes Res* 1993; 1: 206-222
2. Rubino F. Bariatric Surgery: effects on glucose homeostasis. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006; 9:497-507.
3. Silecchia G, Perrotta N, Boru C, Pecchia A, Rizzello M, Greco F, et al. Role of a minimally invasive approach in the management of laparoscopic adjustable gastric banding postoperative complications. *Arch Surg*. 2004; 139:1225-1230.
4. Schouten R, Van Dielen FM, Van Gemert WG, Greve JW. Conversion of vertical banded gastroplasty to Roux-en-Y gastric bypass results in restoration of the positive effect on weight loss and co-morbidities: Evaluation of 101 patients. *Obes Surg* 2007; 17:622-630.
5. Dixon JB, O'Brien PE, Playfair J, Chapman L, Schachter LM, Skinner S, et al. Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299:316-323.
6. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrenbach K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292:1724-1737.
7. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; 357:753-761.
8. Rosero G. ¿Es la diabetes mellitus tipo 2 una enfermedad de tratamiento quirúrgico? *Rev Colomb Cir* 2010; 25:27-36.
9. Makarem Z, Miquilarena R, Fermin D, Navas H, Jimenez J. Manga gástrica laparoscópica. *Rev Venez Cir* 2008; 65:125-130.
10. Ikramuddin S, Kellogg TA, Leslie DB. Laparoscopic conversion of vertical banded gastroplasty to a Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc* 2007; 21:1927-1930.
11. Sales CE. Surset gástrico de Sales: una alternativa para cirugía bariátrica restrictiva. *Rev Colomb Cir* 2008; 23:131-135.
12. Gagner M, Inabnet WB, Pomp A. Laparoscopic sleeve gastrectomy with second stage biliopancreatic diversion and duodenal switch in the superobese. Chapter 18. In: Inabnet WB, DeMaria DJ, Ikramuddin S, eds. *Laparoscopic bariatric surgery*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 145-150

13. Silecchia G, Boro C, Pecchia A, et al. Effectiveness of laparoscopic sleeve gastrectomy (first stage of biliopancreatic diversion with duodenal switch) on co-morbidities in super-obese high-risk patients. *Obes Surg* 2006; 16: 1138-1144.
14. Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, Pomp A. Early experience with two stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super-obese patient. *Obes Surg* 2003; 13: 861-864
15. Marceau P, Biron S, Bourque RA et al. Biliopancreatic diversion with a new type of gastrectomy. *Obes Surg* 1993; 3: 29-35
16. Ren CJ, Patterson E, Gagner M. Early Results of laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch: a case series of 40 consecutive patients. *Obes Surg* 2000; 10:514-523.
17. Hess DS, Hess DW. Biliopancreatic diversion with switch duodenal. *Obes Surg* 1998; 8: 267-82.
18. Hess DS, Hess DW, Oackley RS. The Biliopancreatic diversion with duodenal switch: result beyond 10 years. *Obes Surg* 2005; 15:408-416.
19. Lee CM, Feng JJ, Cirangle PT, Jossart GH. Laparoscopic vertical sleeve gastrectomy for morbid obesity in 216: report of two years results. *Surg Endosc* 2006; 20 (suppl):S255. Abstract
20. Roa PE, Kaidar-Person O, Pinto D, Cho M, Szomstein S, Rosenthal RJ. Laparoscopic sleeve gastrectomy as treatment for morbid obesity: technique and short-term outcome. *Obes Surg* 2006; 16: 1323-1326
21. Moon Han S, Kim WW, Oh JH. Results of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at 1 year in morbidly obese Korean patients. *Obes Surg* 2005; 15:1469-1475
22. Baltasar A, Serra C, Perez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg* 2005; 15: 1124-1128.
23. Mogno P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. *Obes Surg* 2005; 15: 1030-1033.
24. Jacobs M, Bisland W, Gómez E, Plascencia G, Mederos R, Celaya C, Fogel R. Laparoscopic sleeve gastrectomy a retrospective review of 1 and 2 year result. *Surg Endosc* 2010; 24: 781-785
25. Cohen R, Uzzan B, Bihan H, et al. Ghrelin levels and sleeve gastrectomy in super-super-obesity. *Obes Surg* 2005; 15: 1501-1502
26. Romero F, Nicolau J, Flores L, et al. Comparable early changes in gastrointestinal hormones after sleeve gastrectomy and Roux Y bypass surgery for morbidly obese type 2 subjects. *Surg Endosc* 2012; 32(2):3824-3828.
27. Vidal J, Ibarzabal A, Romero F, et al. Type 2 diabetes mellitus and the metabolic syndrome following sleeve gastrectomy in severely obese subjects. *Obes Surg* 2008; 18(9):1077-1082. Epub 2008 Jun 3.
28. Todkar JS, Shah SS, Shah PS, Gangwani J. Long term effects of laparoscopic sleeve gastrectomy in morbidly obese subjects with type 2 diabetes mellitus. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6(2):141-145
29. De Gordejuela AG, Pujol-Gebelli J, Garcia NV, et al. Is sleeve gastrectomy as effective as gastric bypass for remission of type 2 diabetes in morbidly obese patients? *Surg Obes Relat Dis* 2011; 7(4):506-509
30. Cummings DE, Overduin J. Gastrointestinal regulation of food intake. *J Clin Invest* 2007; 117:13-23.
31. Langer FB, Reza Hoda MA, Bohdjalian A et al. Sleeve gastrectomy and gastric banding: effects on plasma ghrelin levels. *Obes Surg* 2005; 15:1024-1029.
32. Ariyasu H, Takaya K, Tagami T et al. Stomach is a major source of circulating ghrelin, and feeding state determines plasma ghrelin-like immunoreactivity levels in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 4753-4758
33. Lee WJ, Chong K, Ser KH et al. Gastric by-pass vs sleeve gastrectomy for type two diabetes mellitus: A Randomized controlled trial. *Arch Surg* 2011; 146(2): 143-148
34. Cummings DE, Shannon MH. Ghrelin and Gastric by pass: is there a hormonal contribution to surgical weight loss? *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:2999-3002.
35. Chambers AP, Stefater MA, Wilson-Perez HE, et al. Similar effect of Roux en Y gastric by-pass and vertical sleeve gastrectomy on glucose regulation in rats. *Physiol Behav* 2011; 105(1):120-123
36. Basso N, Capoccia D, Rizzello M, et al. First Phase insulin secretion. Insulin sensitivity, ghrelin, GLP-1, and PYY changes 72 h after sleeve gastrectomy in obese diabetic patients: the gastric hypothesis. *Surg Endosc* 2011; 25(11): 3540-3550
37. Strain GW, Gagner M, Pomp A, et al. Comparison of fat-free mass in super obesity (BMI >50 Kg/m²) and morbid obesity (BMI <50 Kg/m²) in response to different weight loss surgeries. *Obes Surg* 2011; 21(3):305-309
38. Roa PE, Kaidar-Person O, Pinto D, Cho M, Szomstein S, Rosenthal RJ. Laparoscopic sleeve gastrectomy as treatment for morbid obesity: technique and short-term outcome. *Obes Surg* 2006; 16: 1323-1326
39. Moon Han S, Kim WW, Oh JH. Results of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at 1 year in morbidly obese Korean patients. *Obes Surg* 2005; 15:1469-1475.
40. Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg* 2005; 15:1124-1128.
41. Langer FB, Reza Hoda MA, Bohdjalian A et al. Sleeve gastrectomy and gastric banding: effects on plasma ghrelin levels. *Obes Surg* 2005; 15:1024-1029.
42. Ariyasu H, Takaya K, Tagami T et al. Stomach is a major source of circulating ghrelin, and feeding state determines plasma ghrelin-like immunoreactivity levels in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 4753-4758.
43. Rosenthal R, Szomstein S, Bellorin O, Court I, laparoscopic sleeve gastrectomy. *Bariatric times*. 2007;4(1):1-3
44. Gagner M, Deitel M, Kalberer TL, Erikson AL, Crosby RD. The second International Consensus Summit for sleeve gastrectomy, March 19-21, 2009. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5:476-85
45. Himpens J, Dobbelaire J, Peeters G. Long term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. *Ann Surg* 2010; 252:319-324
46. Bellanger DE, Grenway FL. Laparoscopic sleeve gastrectomy. 529 cases without leak: short-term results and technical considerations. *Obes Surg* 2011; 21:146-50
47. Karamanakos SN, Vagenas K, Kalfarentzos F, Alexandrides TK. Weight loss, appetite suppression, and changes in fasting and postprandial ghrelin and peptide-YY levels after Roux-en-y gastric bypass and sleeve gastrectomy: a prospective, double blind study. *Ann Surg* 2008; 247(3):401-407.
48. Kehagias I, Karamanakos SN, Argentiou M, Kalfarentos F. Randomized clinical trial of laparoscopic Roux-y-gastric bypass versus laparoscopic sleeve gastrectomy for the management of patients with BMI <50 kg/m². *Obes Surg* 2010; 24:401-407.

49. Lakdawala MA, Bhasker A, mulchandini D, Goel S, Jain s. comparison between the results of laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic Roux en-Y- gastric bypass in the indian population. *Obes Surg* 2010; 20: 1-6
50. Peterli R, Wolnerhanssen B, Peters T, et al. Improvement in glucose metyabolism after bariatric surgery: comparison Roux en Y gastric Bypass and laparoscopic sleeve gastrectomy: a prospective randomized trial. *Ann Surg* 2009; 250:234-241
51. Abbatini F, Capoccia D, Casella G, et al. Type 2 diabetes in obese patients with body mass index of 30-35 kg/mt(2):sleeve gastrectomy versus medical treatment. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8(1):20-24
52. Sugerman HJ, Wolfe LG, Sica DA, Clore JN. Diabetes and hypertension in severe obesity and effects of gastric bypass-induced weight loss. *Ann Surg* 2003; 237:751-6; discusión 757-758.
53. Sarkhosh k, Birsh DW, Shi X, Gill RS, Karmali S. The impact of sleeve gastrectomy on hypertension: a systematic review. *Obes Surg* 2012; 25(2):1433-1435.
54. De Aretxabala X, Leon J, Weidmaier G, et al. Gastric leak after sleeve gastrectomy: analysis of its management. *Obes Surg* 2011; 21(8): 1232-1237
55. BrethauerSA, Hammel JP, Schauer PR. Systematic review of sleeve gastrectomy as staging and primary bariatric procedure. *Sur Obes Relat Dis* 2009;5(4):469-475
56. Betner M, Cohen J, Endoscopic Management leak after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Bariatric Times*. 2012;9(2):22-24
57. Nguyen NT, Nguyen XM, Dholaka C. The use of endoscopic stent in management of leaks after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2010; 20(9):1289-1292
58. Eubanks S, EdwardsCA, Fearing NM. Use of endoscopic stent to treat anastomotic complications after bariatric surgery. *J Am Coll Surg* 2008; 206(5): 935-938
59. Jossart G. Complications of sleeve gastrectomy: bleeding and prevention. *Surg Lap Endosc* 2010; 10(3):146-147

BY PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO COMO CIRUGÍA DE RESCATE POSTERIOR A PROCEDIMIENTOS RESTRICTIVOS FALLIDOS

SALVADOR NAVARRETE-LLOPIS*
JOSÉ LUIS LEYBA**
GABRIEL ESCALONA***
SIRIO MELONE***
NÉSTOR SÁNCHEZ****
SALVADOR NAVARRETE-AULESTIA*****

RESUMEN

Objetivo: Exponer la experiencia en la cirugía de conversión a bypass gástrico por laparoscopia posterior a procedimientos restrictivos fallidos, en el servicio de Cirugía 2 del Hospital Universitario de Caracas.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo incluyendo los pacientes a quienes se les realizó bypass gástrico por laparoscopia como cirugía de rescate posterior a un procedimiento bariátrico restrictivo fallido, en el período comprendido entre enero 2007 y diciembre 2010.

Resultados: Entre 2007 y 2010 se intervinieron 12 pacientes con edad promedio de 46,4 años y predominio del sexo femenino (58 %). A 8 se les había colocado una banda gástrica ajustable por laparoscopia y a 4 se les había realizado una gastrectomía vertical laparoscópica. El peso promedio antes de la primera cirugía fue de 125,7 Kg y el IMC 46 kg/m². Todos los pacientes presentaron pérdida inadecuada de peso con un promedio de 9,8% del exceso de peso perdido, motivo por el cual se decidió realizar cirugía de revisión y bypass gástrico por laparoscopia. La media de tiempo entre el primer procedimiento y el bypass gástrico fue de 47 meses. Sólo 1 paciente presentó complicaciones posoperatorias y se resolvió medicamente. Posterior a 6 meses la pérdida del exceso de peso fue 53,3% y después de un año 70,4% con un IMC de 29,6 kg/m².

Conclusión: El bypass gástrico por laparoscopia es seguro y efectivo como cirugía de rescate luego de procedimientos restrictivos fallidos

Palabras clave

Cirugía de revisión, bypass gástrico, laparoscopia, banda gástrica, gastrectomía vertical.

LAPAROSCOPIC GASTRIC BYPASS AS RESCUE SURGERY WHEN RESTRICTIVE PROCEDURES FAILED

ABSTRACT

Objective: To expose the experience in the conversion to laparoscopic gastric bypass when restrictive procedures failed, at Hospital Universitario de Caracas. Surgery II service.

Patients and methods: A retrospective and descriptive study was conducted including patients who undergoing gastric bypass surgery as rescue procedure after a bariatric restrictive procedure failed, from January 2007 to December 2010. Results: 12 patients with median age of 46.4 years and predominance of female (58%) involved. Eight had placed an adjustable gastric band surgery and 4 had made a laparoscopic vertical gastrectomy. The average weight before the first surgery was 125.7 Kg and BMI 46 kg/m². All the patients had inadequate weight loss with an average of 9.8% of excess weight lost, reason by which it was decided to review and perform laparoscopy gastric bypass. The average time from the first procedure was 47 months. Only 1 patient developed postoperative complications and resolved medically. After 6 months, the loss of excess weight was 53.3% and after a year 70.4 percent with a BMI of 29.6 kg/m².

Conclusion: Gastric bypass surgery is safe and effective as surgery of rescue after failed restrictive procedures

Key words

Surgery review, laparoscopy, gastric band, gastric bypass, vertical gastrectomy.

-
- * Cirujano General. Adjunto al Servicio Cirugía II, Hospital Universitario de Caracas. Instructor por concurso de la Cátedra de Clínica y Terapéutica "B" Escuela "Dr. Luis Razetti", Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. MSVC
 - ** Cirujano General. Adjunto al Servicio Cirugía II, Hospital Universitario de Caracas. Profesor Asistente de la Cátedra de Clínica y Terapéutica "B" Escuela "Dr. Luis Razetti", facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. MSVC.
 - *** Cirujano General. Cursante del Fellow de Cirugía Laparoscópica Avanzada. Servicio Cirugía II. Hospital Universitario de Caracas.
 - **** Adjunto al Servicio de Cirugía II. Hospital Universitario de Caracas.
 - ***** Cirujano General. MSVC. Jefe del Servicio de Cirugía II, Profesor Titular de la Cátedra de Clínica y Terapéutica "B". Hospital Universitario de Caracas. MSVC
-

La obesidad es un problema de Salud Pública a nivel mundial. Para el año 2008, 1500 millones de adultos mayores de 20 años tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos¹. Se estima que para el año 2015, habrá alrededor de 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad I. Venezuela no escapa a esta realidad, ocupando el vigesimocuarto lugar en cuanto a población obesa a nivel mundial². Actualmente la cirugía bariátrica, como parte de un plan multidisciplinario, ofrece los mejores resultados en cuanto a pérdida de peso sostenida y resolución de las comorbilidades de pacientes obesos³. Buchwald et al reportaron que entre las opciones terapéuticas la banda gástrica ajustable produce, a largo plazo, un 47,5% de pérdida del exceso de peso, mientras que el bypass gástrico laparoscópico, 61,6%⁴. Himpens et al, en 2011, publicaron una serie, con seguimiento a 6 años, de pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica con una disminución del exceso de peso del 57,5 %⁵.

Los procedimientos restrictivos han ganado popularidad en la última década, hasta el punto de posicionar a la técnica de la banda gástrica ajustable en segundo lugar en EEUU, solo superado por el bypass gástrico laparoscópico^{6,7}. Sin embargo son cada vez más frecuentes los reportes de fallo terapéutico, al no lograr a pérdida de peso esperada con estas técnicas restrictivas.

El objetivo de esta investigación es presentar nuestros resultados con el bypass gástrico laparoscópico como cirugía de conversión, a los procedimientos restrictivos fallidos, como la banda gástrica ajustable y la gastrectomía vertical laparoscópica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, incluyendo todos aquellos pacientes que ameritaron cirugía de conversión posterior a la colocación de una banda gástrica ajustable o una gastrectomía vertical laparoscópica por pérdida inadecuada de peso o intolerancia al procedimiento, desde enero de 2007 a diciembre de 2010, con seguimiento a 1 año.

Se consideró pérdida inadecuada de peso una pérdida del exceso de peso menor a 50% después del primer año del procedimiento inicial.

La intolerancia al procedimiento se definió como aquellos casos cuyos signos y síntomas interfirieron con la calidad de vida del paciente.

Se registraron, en una base de datos la edad, género, el peso antes del procedimiento inicial, el Índice de masa corporal antes del procedimiento inicial, la razón de la conversión, el tiempo entre el procedimiento inicial y la conversión, la pérdida de peso entre el procedimiento inicial y la conversión, el porcentaje del peso perdido entre el procedimiento inicial y la conversión, el peso perdido posterior a la conversión, el porcentaje del exceso del peso perdido posterior a la conversión, el índice de masa

corporal posterior a la conversión y las complicaciones.

Técnica quirúrgica: Se utilizó el abordaje laparoscópico con utilización de 5 puertos de trabajo y un puerto para visión. En los pacientes con banda gástrica ajustable, se comenzó con adherenciólisis y disección con bisturí ultrasónico de la banda hasta cortarla y retirarla. Posteriormente se procedió a la disección del ángulo de His, la confección del reservorio a nivel del segundo vaso gástrico, tomando en consideración evitar la cicatriz residual y utilizando cartuchos de 4,7 mm (cartuchos dorados). Se preparó el asa alimentaria de 1,5 metros y el asa bilio-pancreática de 50 cm, entero-enteroanastomosis con máquina endolineal cortante 45 mm (cartucho blanco) y se cerró la brecha del meso con Ethibond 2-0. Las gastroenteroanastomosis se confeccionó con máquina lineal cortante 45 mm (cartucho azul) y el cierre de brecha de igual forma. Se constató la indemnidad de las anastomosis con la prueba del cauchero y síntesis del espacio intermesentérico y espacio de Petersen con seda 2-0. Se instaló drenaje activo – de la cavidad, tipo Blake 19 Fr.

Para los pacientes con gastrectomía vertical se inició con adherenciólisis del estómago con el hígado y luego se prosiguió como se mencionó anteriormente.

Todos los pacientes recibieron profilaxis con ampicilina-sulbactam a dosis de 3g por vía endovenosa cada 6 horas por 48 horas. Se incentivó la deambulación temprana y todos los pacientes iniciaron vía oral a las 48 horas.

Los pacientes se egresaron al tolerar la vía oral, retirándose el dren a las 72 horas.

El seguimiento se realizó con consultas a los 7 días, primer mes, 3 meses, 6 meses y al año.

RESULTADOS

Desde enero de 2007 hasta diciembre de 2010 se intervinieron 12 pacientes con procedimientos restrictivos fallidos, de los cuales, 67% se les instaló la banda gástrica ajustable y 33% (4 casos) con una gastrectomía vertical laparoscópica (Tabla 1). Once casos, que representa el 91% presentaron una pérdida inadecuada de peso, y 9% (1 caso) presentó intolerancia al procedimiento como indicación de la cirugía de revisión. 58% eran del sexo femenino con un promedio de edad de 46 años. El peso promedio previo al procedimiento inicial fue de 125 Kg y el IMC 46,6 kg/m² (Tabla 2). La pérdida del exceso de peso promedio posterior a la primera cirugía fue de 9,8% y el tiempo entre cada uno de los procedimientos fue de 47 meses. El peso promedio previo a la cirugía de conversión fue de 119 kg y el IMC 43 kg/m² (Tabla 2). A todos los pacientes se le realizó bypass gástrico laparoscópico sin conversión. En un caso (4%) se presentó, como complicación postoperatoria, sangrado evidenciado por 3 episodios de melena, con disminución de 2 g/dl de Hb, lo que se resolvió medicamente posterior a la transfusión de un concentrado globular. A los 6 meses, la pérdida

promedio del exceso de peso fue de 56% y el IMC 34 kg/m². Al año de seguimiento, la pérdida promedio de exceso de peso fue de 70 % y el IMC de 29,3 kg/m² (Tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas, antecedentes e indicaciones.		
SEXO	Mujeres: 58%	Hombres: 42%
EDAD promedio	46 años	
PROCEDIMIENTO PREVIO	Banda gástrica: 67% (8)	Gastrectomía vertical: 33% (4)
TIEMPO PARA CONVERSIÓN	47 meses	
INDICACIÓN CONVERSIÓN	Pérdida inadecuada: 92% (11)	Intolerancia Oral: 8% (1)

Fuente: Base de datos unidad de cirugía bariátrica servicio Cirugía II.

Tabla 2. Pérdida de peso, complicaciones y conversión.				
PESO (kg) Promedio	Previo a cirugía restrictiva 125,7		Previo a cirugía de conversión 119	
% exceso peso perdido	Posterior a cirugía restrictiva 9%	6 meses post conversión 56%		12 meses post conversión 70%
IMC (kg/m ²) Promedio	Previo a cirugía restrictiva 46,1	Post cirugía restrictiva 43,9	6 meses post conversión 34	12 meses post Conversión 29,6
Complicaciones	8% (1)			
Conversión a Cirugía abierta	0 (0%)			

Fuente: Base de datos unidad de cirugía bariátrica servicio Cirugía II.

DISCUSIÓN

Con el rápido aumento del número de casos de obesidad alrededor del mundo y el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva, cada año aumentan el número de pacientes sometidos a intervenciones bariátricas⁸. Los procedimientos restrictivos son muy populares hoy en día, dada su baja morbilidad y mortalidad, corta curva de aprendizaje y bajo riesgo de desnutrición proteica y vitamínica. Sin embargo, una proporción de pacientes presenta pérdida inadecuada de peso y complicaciones del procedimiento como se mencionó previamente. Una vez que se presenta falla en un procedimiento restrictivo, es un reto para el cirujano resolver el problema del enfermo.

A pesar de su popularidad, la banda gástrica ajustable posee una tasa de fracaso que gira alrededor del 40-50 %⁹, y sus complicaciones relacionadas, entre el 15 y el 58%¹⁰. La pérdida inadecuada de peso, definida como disminución de menos del 50 % del exceso de peso, en conjunto con las complicaciones relacionadas con la banda, traen como consecuencia una tasa de reoperación que oscila entre 3,3 y 59,3 %¹¹. En vista de estos resultados, hace unos años atrás, surgió la duda acerca de la conducta con aquellos pacientes con procedimientos restrictivos fallidos. En 2003, Weber et al obtienen que el bypass gástrico laparoscópico como cirugía de conversión posterior a la colocación de banda gástrica es superior a la recolocación de la banda¹⁰, sin embargo, aquellos pacientes con pérdida adecuada pero con

complicaciones responden adecuadamente a la recolocación de la misma¹⁰. En 2007 Gagner y Andrews publican en una revisión que el bypass gástrico laparoscópico como cirugía de conversión para la pérdida inadecuada de peso con una banda gástrica tenía una disminución del IMC de 45,8 kg/m² a 26 kg/m², con una tasa de complicaciones de 7%¹², concluyendo que, si bien es cierto que la derivación biliopancreática y la gastrectomía vertical laparoscópica pueden ser, de igual forma, alternativas para estos pacientes, el único procedimiento con seguimiento mayor a 1 año y que se ha comprobado como seguro y efectivo es el bypass gástrico laparoscópico, y que dichos procedimientos necesitan de grupos con mayor número de pacientes y mayor tiempo de seguimiento, más allá de casos aislados publicados.

Posterior-mente, múltiples grupos quirúrgicos han reportado sus resultados luego de la cirugía de conversión, concluyendo que es una técnica segura pero con resultados inciertos para pacientes con pérdida inadecuada de peso¹³⁻¹⁶. Por otro lado, a pesar de los buenos resultados como procedimiento bariátrico primario Langer et al, en 2010, publicaron una serie con 8 pacientes quienes posterior a realizarse una gastrectomía vertical laparoscópica se les realizó bypass gástrico como cirugía de conversión por pérdida inadecuada de peso o reflujo gastroesofágico severo, con un seguimiento de 33 meses en promedio; todos los pacientes con reflujo gastroesofágico suspendieron la medicación por mejoría y para todo el grupo se obtuvo una pérdida de peso de 17 kg en promedio¹⁷.

El procedimiento más utilizado como cirugía de rescate a un procedimiento restrictivo fallido es el bypass gástrico. Ardestiani et al comprobaron que la decisión de recolocar una banda gástrica ajustable sólo estaba indicada en pacientes con adecuada pérdida de peso y que el bypass gástrico laparoscópico es el procedimiento que traía mejores resultados cuando la indicación era la pérdida inadecuada de peso para conseguir un pérdida posterior a la conversión de 48 % del exceso de peso⁸. A nuestro grupo de 12 pacientes con procedimientos restrictivos fallidos, en 91% con pérdida inadecuada de peso, se les realizó retiro de la banda, si era el caso, y conversión a bypass gástrico laparoscópico obteniendo como resultado una pérdida del exceso de peso a los 6 meses y a los 12 meses de 56 % y 70 % respectivamente, siendo levemente superior a lo publicado anteriormente, lo que oscila entre 56-66 %^{13,14}.

Vale destacar que los pacientes de nuestro estudio calificaban para obesidad mórbida con un IMC promedio de 43 kg/m². La disminución del IMC promedio desde 43 kg/m² hasta 29 kg/m² de nuestro estudio son comparables con los presentados por Gagner et al en una revisión donde incluía todos los trabajos

publicados hasta 2007 con una pérdida de peso posterior al bypass gástrico por un procedimiento restrictivo fallido desde 45,8 kg/m² hasta 26 kg/m²,¹². En ese mismo estudio el porcentaje de complicaciones fue del 7% sin reoperaciones. Dentro de nuestro estudio se obtuvo una sola complicación posoperatoria (sangrado) que se pudo manejar médicamente con la transfusión de 1 concentrado globular y no necesitó revisión en quirófano. Ningún procedimiento fue convertido a cirugía abierta, pensamos que se debe a que todos los pacientes fueron operados por 3 cirujanos expertos con más de 1500 procedimientos bariátricos en conjunto.

Como conclusión consideramos que el bypass gástrico laparoscópico es la mejor opción para un procedimiento restrictivo fallido, siempre y cuando exista una pérdida inadecuada de peso o el paciente sea obeso mórbido.

REFERENCIAS

1. OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N 311. Marzo 2011.
2. Velasquez E. Retiro de la sibutramina. Un paso atrás en el tratamiento de la obesidad. *Rev Venez Endocrinol Metabol* 2011; 9: 1-3.
3. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351(26):2683-2693
4. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, y col. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292(14):1724-1737.
5. Himpens J, Dobbela J, Peeters G. Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. *Ann Surg* 2010; 252(2):319-324.
6. Ardestani A y col. Band revision versus Roux-en-Y gastric bypass conversion as salvage operation after laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Obes Relat Dis* 2011; (7): 33-37.
7. Leyba J L, Isaac J, Navarrete S y col: Bypass gástrico por laparoscopia para la obesidad mórbida: técnica y resultados en 150 pacientes con seguimiento de 3 a 48 meses. *RFM* 2007; 30 (1):73-79. ISSN 0798-0469.
8. Langer F y col. Conversion from sleeve gastrectomy to Roux-en-Y Gastric Bypass-Indications and outcome. *Obes Surg* 2010; 20:835-840.
9. De María EJ, Sugerman HJ, Meador JG y col. High failure rate after laparoscopic adjustable silicone gastric banding for the treatment of morbid obesity. *Ann Surg* 2001; 233: 809-817.
10. Weber M, Muller MK, Michel JM y col. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, but not rebanding, should be proposed as rescue procedure for patients with failed laparoscopic gastric banding. *Ann Surg* 2003; 238(6):827-833.
11. Hii MW, Lake AC, Kenfield C, Hopkins GH: Laparoscopic conversion of failed gastric banding to Roux-en-Y gastric bypass. Short-term follow-up and technical considerations. *Obes Surg* 2012 [Epub ahead of print]
12. Gagner M, Andrew G. Gastric banding: Conversion to sleeve, bypass, or DS. *Surg Endosc* 2007; 21:1931-1935
13. Moore R et al. Early results of conversion of laparoscopic adjustable gastric band to Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2009; 5:439-443
14. Topart P, Becouarn G, Ritz P: One-year weight loss after primary or revisional Roux-en-Y gastric bypass for failed adjustable gastric banding. *Surg Obes Relat Dis*. 2009; 5:459-462
15. Dapri G, Cadieré D, Himpens J. Feasibility and technique of laparoscopic conversion of adjustable gastric banding to sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis*. 2009; 5:72-76
16. Iannelli A y col: Laparoscopic sleeve gastrectomy as revisional procedure for failed gastric banding and vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2009; 19:1216-1220
17. Sánchez H et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as a revision procedure after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg* 2008; 18:1539-1543

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON REDUCCIÓN DE PUERTOS

MIRO QUINTERO
MAURO QUINTERO
JUAN QUINTERO
LUIS OCANDO

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITH PORT REDUCTION

RESUMEN

La colecistectomía laparoscópica convencional ha presentado muchas modificaciones con el advenimiento de los desarrollos tecnológicos. Presentamos la colecistectomía laparoscópica con reducción de puertos que agrega una alternativa segura y confiable.

Objetivo: Proporcionar una alternativa a la colecistectomía convencional laparoscópica y también a las técnicas que utilizan sólo el ombligo, con sus diferentes dispositivos y pinzas especiales. Trabajo realizado en el Centro Médico "Rafael Guerra Méndez". (CMGR) y Clínica Docente Los Jarales. (CDLJ).

Pacientes y métodos: Entre agosto del 2010 y abril del 2011, ochenta y cinco pacientes fueron sometidos a colecistectomía con reducción de puertos. Se incluyeron en el estudio casos agudos y casos crónicos: litiasis vesicular, colecistitis aguda, pólipo vesicular, discinesia biliar e hidrocolecisto. A la totalidad de los pacientes se les realizó la colecistectomía laparoscópica con reducción de puertos.

Conclusión: La colecistectomía con reducción de puertos es una técnica segura y confiable, que no amerita dispositivos ni pinzas especiales. Además posee una curva de aprendizaje menor que otras técnicas transumbilicales puras.

Palabras clave

Colecistectomía laparoscópica convencional, colecistectomía transumbilical, colecistectomía con reducción de puertos.

ABSTRACT

Conventional laparoscopic cholecystectomy has brought many changes with the advent of technological developments. We introduce laparoscopic cholecystectomy by port reduction that adds a safe and reliable alternative. Study performed at Centro Médico "Rafael Guerra Méndez" (CMGR) y Clínica Docente Los Jarales. (CDLJ).

Objective: To provide an alternative to conventional laparoscopic cholecystectomy as well as techniques that uses only one incision, with its different devices and special laparoscopic devices.

Patients and methods: Between August 2010 and April 2011, eighty-five patients underwent cholecystectomy with port reduction. Acute and chronic cases were included in the study such as gallstones, acute cholecystitis, gallbladder polyp, hydrocholecystitis and biliary dyskinesia. For all the patients we performed laparoscopic cholecystectomy with port reduction.

Conclusion: The cholecystectomy with port reduction is a safe and reliable technique, which does not merit special devices or clips. In addition, it has a smaller learning curve than other techniques transumbilical purely.

Key words

Conventional laparoscopic cholecystectomy, transumbilical cholecystectomy, cholecystectomy with port reduction.

La cirugía laparoscópica desde su advenimiento en la década de 1990 ha evolucionado de una manera vertiginosa¹. Se han desarrollado diferentes avances en áreas diversas como por ejemplo, sistemas ópticos flexibles, cámaras 3D, insufladores de alto flujo, luz de xenón de excelente calidad e instrumentos cada vez más prácticos y ergonómicos que han hecho posible la realización de un gran número de cirugías en las diferentes especialidades. No podemos olvidar los avances de la cirugía robótica y la telecirugía, ambos con un potencial portentoso y un futuro casi cercano a la ciencia ficción^{2,3}. Entre todos los avances destaca la cirugía transumbilical a través del ombligo y sus diferentes dispositivos comerciales, ha alcanzado mayor índice de generalización al compararlo con NOTES (Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery) y robótica; sin embargo, la adopción masiva de la técnica permanece en discusión^{4,5,6,7}. En el último congreso de ALACE en Bahía, Brasil, en agosto pasado pudimos asistir a diferentes técnicas y al final una mesa redonda enriquecedora donde se discutió las ventajas y desventajas de la cirugía minilaparoscopia (2 ò 3 mm) transumbilical, convencional y con reducción de puertos descritas por su principal exponente el Dr. Gustavo Carvalho⁸. Nuestra experiencia comenzó en mayo del 2009 realizando las primeras colecistectomías con el dispositivo SILS y con pinzas curvas. Confesamos haber encontrado incomodidades como por ejemplo, dificultad para disecar e inseguridad para el clipaje las estructuras del hilio vesicular. Esto nos llevo a desarrollar variantes en donde se utilizó el ombligo para dos portales (una sola incisión) y otro portal epigástrico de 5 mm. Esto nos deparó grandes ventajas que hicieron que actualmente sea la técnica preferida para nuestro grupo y el objeto del presente trabajo. Cabe destacar que esta técnica, ya depurada no amerita dispositivos especiales, ni pinzas curvas, es decir, con los mismos instrumentos tradicionales rectos podemos realizar la técnica de colecistectomía laparoscópica, siendo de esta forma mas segura y fácilmente reproducible por otros cirujanos.

PACIENTES Y MÉTODO

Entre agosto del 2010 y abril del 2011, ochenta y cinco pacientes fueron sometidos a colecistectomía con reducción de puertos. Se incluyeron en el estudio casos agudos y casos crónicos: litiasis vesicular, colecistitis aguda, pólipo vesicular, discinesia biliar e hidrocolecisto. A la totalidad de los pacientes se les realizó la colecistectomía laparoscópica con reducción de puertos, como será descrita posteriormente. Los estudios preoperatorios fueron los de rutina para cualquier colecistectomía laparoscópica. Los pacientes recibieron previa a la cirugía antibióticos endovenosos, inhibidores de la bomba de protones y analgésicos endovenosos.

Técnica Quirúrgica

Con el paciente en posición convencional para la colecistec-

tomía laparoscópica, se realiza una incisión supra o infraumbilical, dependiendo de cada paciente, de más o menos 2.5 cm. Se desinserta la cicatriz umbilical. Se diseca hacia la derecha de la cicatriz umbilical del paciente más o menos 2 cm. A continuación se coloca el trócar de 11 mm a través de la cicatriz umbilical a visión directa. Se conecta el CO₂ e insuflamos el abdomen. Se realiza la laparoscopia exploradora abdominal total y luego se coloca el trócar de 5 mm en la región epigástrica a 2 cm por debajo de la apéndice xifoides. Por ultimo, colocamos un trócar de 5 mm a 2 cm del orificio umbilical a la derecha del paciente, pero dentro de la cicatriz umbilical (Figura 1).

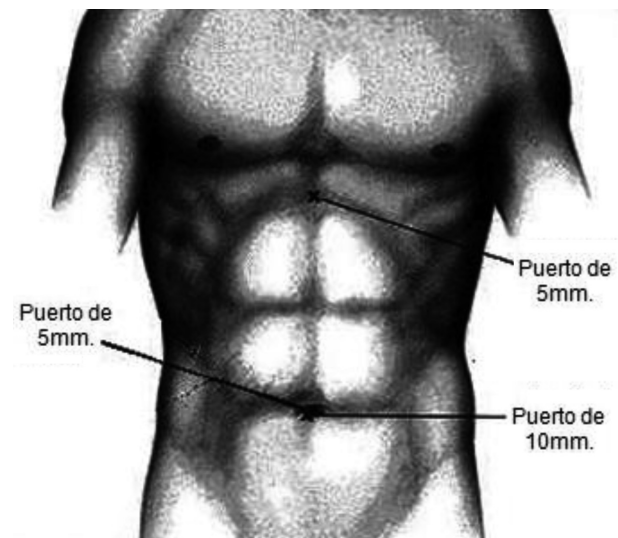


Figura 1. Disposición de los puertos.

Es deseable que los trócares sean de cabezales pequeños ya que facilita la movilización de los instrumentos a través del ombligo. Con esta colocación de los trócares, se preserva la capacidad de disecar las estructuras del hilio vesicular y su posterior clipaje, con la triangulación adecuada, siempre observando el extremo distal de los clips, los que nos brinda seguridad de no lesionar estructuras al colocar estos clips a ciegas. Se comienza la dirección del hilio vesicular en la forma acostumbrada. Se utiliza el clip hem-o-lok de preferencia o los clips de 5 mm. De ser necesario, se aplica ligadura de seda, con nudos intracorpóreos. Completada la colecistectomía, la vesícula se coloca en una bolsa plástica confeccionada por nosotros, la cual tiene una sutura en uno de sus extremos para facilitar la extracción de la misma. Es por esto que esta variable de la colecistectomía laparoscópica por su sencillez, por no necesitar instrumentos sofisticados y tener una curva de aprendizaje más corta es fácilmente reproducible. Los datos preoperatorio, perioperatorio y postoperatorio fueron registrados sistemáticamente en un protocolo. Las variables que se incluyeron fueron las siguientes: edad, sexo, tiempo operatorio, adición de portales accesorios, diagnósticos

preoperatorios. Los resultados fueron analizados estadísticamente con valores absolutos y relativos, así como con medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

El tiempo operatorio promedio fue de 45 minutos, haciendo resaltar que este tiempo fue mayor al comienzo de la implementación de la técnica. No hubo conversión a laparoscopia convencional ni a cirugía abierta. El dolor posoperatorio fue insignificante, ameritando una sola aplicación de ketoprofeno postoperatorio. La satisfacción del paciente fue excelente en todos los casos. La ingesta en la mayoría de los casos fue a las cuatro horas del postoperatorio, tolerando dieta blanda hipograsa. Siete casos fueron dados de alta en forma ambulatoria, todos con cirugía electiva.

Según la tabla número 1 podemos observar que de 85 usuarios que conformaron la muestra, 50 (58.82%) pertenecen al sexo femenino, mientras que 35 (41.17%) al sexo masculino. Dentro de los diagnósticos preoperatorios que conformaron nuestro estudio expresados en la tabla 2, predomina la litiasis vesicular con 72 (84.7%) y en orden decreciente siguen colecistitis aguda⁹ (10.58%), hidrocolecisto 2(2.35%), discinesia biliar y pólipo biliar cada una con sólo una intervención (1.18%). En la tabla número 3 ponemos en evidencia la tasa de conversión a puerto adicional 5(5.88%), seguido de la tasa de conversión a colecistectomía laparoscópica convencional 3 (3.52%) y el resto de las intervenciones sin conversión 77 (90.58%).

TABLA 1 Distribución por sexo. Colecistectomía con reducción de puertos. Agosto 2010 - Abril 2011. Valencia. (CMGM) - (CDLI).

SEXO		
MASCULINO	35	41.17
FEMENINO	50	58.82
TOTAL	85	100%
n=85		

TABLA 2 Distribución por diagnóstico preoperatorio. Colecistectomía con reducción de puertos. Agosto 2010 - Abril 2011. Valencia. (CMGM) - (CDLI).

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO		
LITIASIS VESICULAR	72	84.7
COLECISTITIS AGUDA	9	10.58
DISCINESIA BILIAR	1	1.18
POLIPO VESICULAR	1	1.18
HIDROCOLECISTO	2	2.35
TOTAL	85	100%
n=85		

TABLA 3 Distribución de la muestra en cuanto a la tasa de conversión. Colecistectomía con reducción de puertos. Agosto 2010 - Abril 2011. Valencia. (CMGM) - (CDLI). Agosto 2010 - Abril 2011.

	TASA DE CONVERSIÓN	
C.P.A	5	5.88
C.C.LC	3	3.52
S.C	77	90.58
TOTAL	85	100%
n=85		

TASA DE CONVERSIÓN	
C.P.A:	Conversión a puerto adicional.
C.C.LC:	Conversión a colecistectomía laparoscópica convencional.
S.C:	Sin conversión.

DISCUSIÓN

Esta técnica de reducción de puertos trae consigo grandes ventajas para los cirujanos en diferentes ambientes quirúrgicos públicos y privados. Posee características importantes; es fácilmente reproducible, no amerita de dispositivos especiales transumbilicales, no amerita pinzas curvas para su realización, facilidad y seguridad para la disección y clipaje de la arteria y conducto cístico, menor costo y produce menos herida tanto a la piel como a la aponeurosis.

Nuestros tiempos quirúrgicos fueron menores que los demostrados para la colecistectomía multipuerto por una sola incisión^{5,9}. No fue necesario el uso de dispositivos comerciales y sólo se usaron pinzas de laparoscopia convencionales, al igual que la casuística descrita por Curcillo y Jacob^{5,6,7}. En todos los casos el espécimen fue retirado dentro de la bolsa plástica al igual que en la revisión descrita por Roberts¹⁰. Hasta el presente no se encontraron eventraciones en conformidad con la literatura internacional¹¹. No existieron complicaciones de la vía biliar; sin embargo, estudios con muestras mayores reportan un 0.7% de complicaciones de la vía biliar, lo que además está en concordancia con la tasa de complicaciones conocidas para la colecistectomía laparoscópica convencional^{9,12}. La única complicación en la región umbilical fue la presencia de seroma, la cual en nuestra casuística fue de 1.18%, algo menor a lo demostrado en las tendencias internacionales ubicadas entre 2% y 10%^{5,12}.

Como reflexión final, creemos un deber, analizar los avances tecnológicos y en su justa medida adaptarlos lo mejor posible a una técnica quirúrgica segura y confiable. Que se pueda no es igual a que se deba. La colecistectomía laparoscópica con reducción de puertos es un procedimiento factible, seguro y reproducible, que ofrece una alternativa a la colecistectomía convencional laparoscópica (cuatro portales) y a la transumbilical pura con

resultados comparables siempre y cuando exista una adecuada selección de los pacientes, criterios precisos para agregar puertos adicionales y el conocimiento de la anatomía quirúrgica. Esto es necesario para obtener resultados óptimos.

REFERENCIAS

1. Kenney W. The evolution of laparoscopy and the revolution in surgery in the decade of the 1990s. *JLS*. 2008 Oct-Dec; 12 (4): 351-357.
2. Nikiteas N, Roukos D, Kouraklis G. Robotic versus laparoscopic surgery: perspectives for tailoring an optimal surgical option. *Expert Rev Med Devices* 2011 May; 8(3): 295-298.
3. Haidegger T, Sándor J, Benyó Z. Surgery in space: the future of robotic telesurgery. *Surg Endosc* 2011 Mar; 25(3) :681-90. Epub 2010 Jul 22.
4. Podolsky E, Curcillo P. Single port access (SPA) surgery--a 24-month experience. *Gastrointest Surg* 2010 May; 14(5): 759-767. Epub 2010 Feb 13.
5. Curcillo P, Wu A, Podolsky E, Graybeal C, Katkhouda N, Saenz A, Dunham R, Fendley S, Neff M, Copper C, Bessler M, Gumbs A, Norton M, Iannelli A, Mason R, Moazzez A, Cohen L, Mouhllas A, Poor A. Single-port-access (SPA) cholecystectomy: a multi-institutional report of the first 297 cases. *Surg Endosc*. 2010 Aug; 24(8):1854-1860. Epub 2010 Feb 5.
6. Podolsky E, Rottman S, Poblete H, King S, Curcillo P. Single port access (SPA) cholecystectomy: a completely transumbilical approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2009 Apr;19(2):219-222.
7. Jacob D, Raakow R. Single-port transumbilical endoscopic cholecystectomy: a new standard?. *Dtsch Med Wochenschr*. 2010 Jul; 135:1363-1367. Epub 2010 Jun 29.
8. Carvalho G, Cezário M, Silva J, Coelho R, Cavalcanti P, Da Cruz C. Clipless minilaparoscopic cholecystectomy Vs. Conventional laparoscopy: A comparative study of the hospital charges for minimally invasive treatments for gall bladder diseases. *Bras J Video-Sur* 2010, v. 3, n. 1: 37-42.
9. Edwards C, Bradshaw A, Ahearne P, Dematos P, Humble T, Johnson R, Mauterer D, Soosaar P. Single-incision laparoscopic cholecystectomy is feasible: initial experience with 80 cases. *Surg Endosc*. 2010; 24: 2241-2247. Epub 2010 Mar 3.
10. Roberts K, Solomon D, Duffy A, Bell R. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: a surgeon's initial experience with 56 consecutive cases and a review of the literature. *J Gastrointest Surg* 2010 Mar; 14: 506-510. Epub 2009 Dec 5.
11. Podolsky E, Rottman S, Curcillo P. Single port access (SPA) cholecystectomy: two year follow-up. *JLS* 2009 Oct-Dec; 13(4): 528-535.
12. Allemann P, Schafer M, Demartines N. Critical appraisal of single port access cholecystectomy. *Br J Surg* 2010; 97: 1476-1480.

GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE 27 CASOS

LORENYS ROSAS-ROSAS*
ANA OCHOA-VECCHIONE**
SANDRA ROMERO-AGUAIDA***
ELISA MAURI****

MAJOR SALIVARY GLANDS: CLINICAL-PATHOLOGIC STUDY OF 27 CASES

RESUMEN

Los tumores de glándulas salivales comprenden un grupo heterogéneo de lesiones con características clínico-patológicas y biológicas distintivas.

Objetivo: Presentar la experiencia obtenida en el estado Nueva Esparta en el diagnóstico anatomo-patológico de tumores de las glándulas salivales.

Pacientes y método: Revisamos un total de 27 casos en un periodo de 5 años (2005-2010), de casos autóctonos del Estado Nueva Esparta.

Resultados: La glándula parótida fue la más frecuentemente afectada, tanto con neoplasia benigna como maligna. El adenoma pleomórfico fue el tumor benigno más frecuente, así como en mujeres. Las neoplasias malignas representaron un 30% del material evaluado, la mayoría fueron tumores de comportamiento agresivo.

Conclusión: Consideramos importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz en estos pacientes, para descartar patología maligna por su comportamiento agresivo.

Palabras clave

Glándula salival, adenoma pleomórfico, carcinoma

ABSTRACT

Salivary gland tumors comprise a heterogeneous group of lesions with distinctive clinical-pathologic and biological characteristics.

Objective: Presenting the experience obtained in the Nueva Esparta State in the anatomic-pathological diagnosis of tumors of the salivary glands.

Patients and methods: We reviewed a total of 27 cases in a period of 5 years (2005-2010), all cases originals of Nueva Esparta State.

Results: Parotid gland was the most frequently affected, both with benign neoplasm as malignant. The Pleomorphic adenoma was the most frequent benign tumor, as well as in women. Malignant neoplasms accounted for 30% of the evaluated material, most were tumors of aggressive behavior.

Conclusion: We consider it important to make an early diagnosis and treatment in these patients, to rule out malignant pathology for his aggressive behavior.

Key words

salivary gland, pleomorphic adenoma/carcinoma

* Anatomopatóloga. C.M. Chico Sanabria. Porlamar. Nueva Esparta.
** Cirujana General. Hospital Dr. Luis Ortega. Porlamar. Nueva Esparta.
*** Anatomopatóloga Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas. DC.
**** Médica Radióloga. Unidad de Imágenes Médicas. Porlamar. Nueva Esparta.

Los tumores de las glándulas salivales consisten en un grupo de lesiones heterogéneas con características clínico-patológicas y biológicas distintas¹. Estos tumores comprenden el 3-10% de todas las neoplasias de cabeza y cuello.

En este estudio revisamos 27 casos, en un período de 5 años, con el propósito de realizar la correlación clínico-patológica con los datos disponibles.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, basándose en la revisión del archivo anatomopatológico de la Dra. Lorensy Rosas, en un período de 5 años (2005-2010). Se incluyeron 27 piezas quirúrgicas referidas de diversas instituciones públicas y privadas en los años de estudio, todos los casos de pacientes procedentes del Estado Nueva Esparta.

Los datos clínico-patológicos revisados incluyen edad, género, localización y tipo histológico de la lesión. Todos los casos fueron clasificados siguiendo los criterios sugeridos por la clasificación histológica de la OMS (2005) y se usó estadística descriptiva.

Los diagnósticos se realizaron con preparados histológicos teñidos con hematoxilina y eosina, en algunos casos se realizaron estudios de Inmunohistoquímica para establecer el diagnóstico definitivo.

RESULTADOS

En un período de 5 años (2005 – 2010), 27 casos de afecciones de glándulas salivales fueron diagnosticadas, de las cuales 19 (70.4%) corresponden a patología benigna y 8 (29.6%) a neoplasias malignas.

El promedio de edad de todos los casos fue de 43.44 años, con un rango entre 10-88 años, el promedio de edad fue de 35.93 años (rango entre 10-54 años) en neoplasias benignas y 60.62 años (rango entre 46-88 años) para neoplasias malignas.

La parótida fue la glándula más frecuentemente afectada en un 74.04%, seguida por la submaxilar 18.52% y sublingual 7.41%.

De todas las neoplasias benignas el más frecuente fue el adenoma pleomórfico (52.63%), la mayoría fueron en pacientes del sexo femenino. Cabe destacar que una de las pacientes mostró dos adenomas pleomórficos en la misma glándula parótida (Figuras 1,2,3,4,5,6); otro caso mostró presencia de células neoplásicas en la luz vascular sin criterios de malignidad (figuras 7 y 8), además de un carcinoma papilar de la glándula tiroides.

En relación a los tumores malignos encontramos, tres (37.5%) carcinomas de células escamosas, dos (25%) carcinomas ex-adenomas pleomórficos, un (12.5%) carcinoma poco diferenciado, un (12.5%) carcinoma neuroendocrino y un (12.5%) carcinosarcoma. (Figuras 9,10,11)

DISCUSIÓN

El primer esquema de clasificación de tumores de glándulas salivales fue propuesto por Frote y Frezell². Sin embargo, actualmente se usa la clasificación propuesta por la OMS. Existe una variación geográfica en relación a la incidencia de tumores de glándulas salivales con diferencia en los tipos histológicos³.

Entre 64-80% de todos los tumores epiteliales de las glándulas

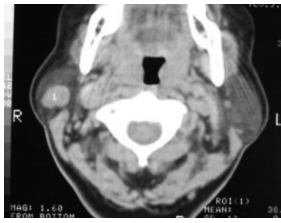


Fig 1

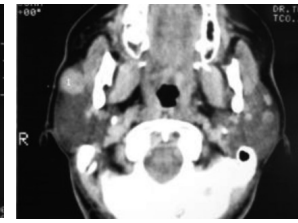


Fig 2

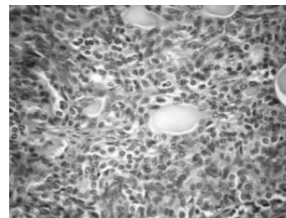


Fig 3

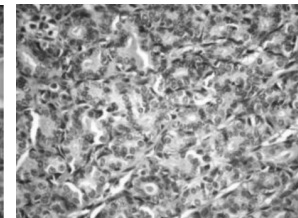


Fig 4

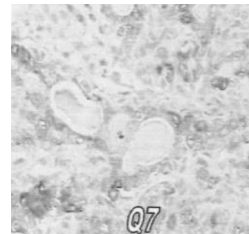


Fig 5



Fig 6

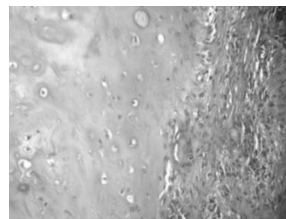


Fig 7

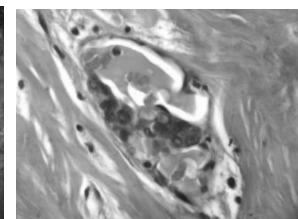


Fig 8

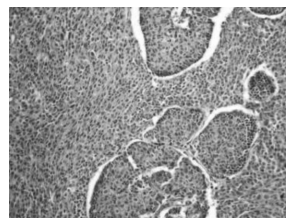


Fig 9

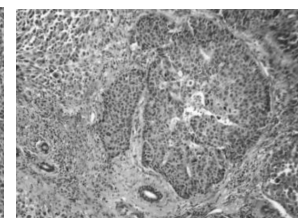


Fig 10

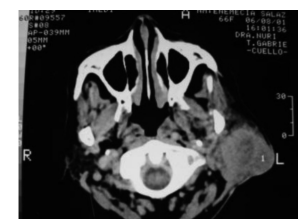


Fig 11

salivales ocurren en la glándula parótida, 7-11% en la glándula submaxilar y menos del 1% en la glándula sublingual⁴. Los tumores benignos representan el

En el siguiente cuadro podemos observar en resumen la distribución de las neoplasias según tipo de tumor, localización, tipo histológico, edad y sexo.

	Femenino	Masculino	TOTAL	Promedio edad	Rango edad
TIPO DE TUMOR					
Benigno	13	4	17	35.93	10 - 54 años
Maligno	2	6	8	60.62	46 - 88 años
LOCALIZACIÓN					
Parótida	10	8	18	46	16 - 81 años
Submaxilar	3	2	5	55	10 - 88 años
Sublingual	2	0	2	19.5	13 - 26 años
TIPO HISTOLÓGICO					
Adenoma pleomórfico	10	2	12	39.90	15 - 54 años
Tumor Warthin	1	0	1	51	51 años
Ca. Células escamosas	1	2	3	72	47 - 88 años
Carcinoma ex adenoma	0	2	2	50	46 - 54 años
Oncocitoma	0	1	1	Sin edad	Sin edad
Carcinoma poco diferenciado	0	1	1	49	49 años
Carcinosarcoma	1	0	1	66	66 años
Higroma quístico	0	1	1	10	10 años
Ránula	1	0	1	13	13 años
Quiste epidérmico	1	0	1	26	26 años
Carcinoma neuroendocrino	0	1	1	54	54 años

54-79% y el 21-46% corresponden a tumores malignos. En la glándula parótida los tumores malignos corresponden al 15-32%, en la glándula submaxilar 41-43% y en la sublingual del 70-90%.

El tipo de tumor más frecuente es el adenoma pleomórfico y corresponde alrededor del 50 % de todos los tumores.

En nuestros casos, el adenoma pleomórfico es el tumor más común de la glándula salival, tal como lo refieren otros autores⁵, la edad media de presentación fue de 39.9 años, por debajo de los reportados por Everson y col, y predominio en el sexo femenino⁶. Hay que destacar la presencia de células neoplásicas en la luz vascular de un caso de adenoma pleomórfico sin constituir un hallazgo de malignidad tal como reportó Coleman y Altini⁷. Igualmente, es poco común la presentación de dos adenomas pleomórficos en la misma glándula.

El tumor de Warthin en algunos países es el segundo tumor de glándulas salivales, en nuestro medio no parece ser el caso y es un tumor casi exclusivo de la glándula parótida.

El carcinosarcoma es un tumor extremadamente raro, aproximadamente 50-60 casos han sido reportados, con un pico de presentación de 58 años (14-87 años), algunos pacientes tienen historia de adenoma pleomórfico recurrente o surgen en un adenoma pleomórfico, en nuestro caso es de aparición de novo, en

una paciente de 66 años.

El carcinoma de células escamosas representa menos del 1 % de los tumores de glándulas salivales, la mayoría se presenta entre las 6ta y 8va décadas (media 60-65 años). Es importante resaltar que tres de los tumores malignos corresponden a esta entidad. Es considerado un carcinoma agresivo, con una supervivencia de 25 - 30 % a los 5 años, para el momento de presentación de este trabajo uno de los pacientes falleció.

Dos casos de carcinoma ex adenoma pleomórfico fueron diagnosticados en nuestra serie, tal como se describe en la literatura, se presentan una década después que los adenomas pleomórficos, lo cual nos indica la evolución de esta neoplasia, el promedio de edad fue de 50 años.

El tumor más frecuente de glándulas salivales es el adenoma pleomórfico; se observa en la glándula parótida y en mujeres. Los tumores malignos fueron el carcinoma de células escamosas y el carcinoma ex - adenoma pleomórfico, ambos de extirpe epitelial considerados de alto grado y el carcinosarcoma que exhibe componente maligno, tanto epitelial como mesenquimático.

Es importante realizar diagnóstico y tratamiento precoz de estas lesiones puesto que el pronóstico depende de varios factores como son el tipo histológico, tamaño y compromiso de estructuras adyacentes.

Los tumores encontrados en las glándulas sublinguales correspondieron a quistes benignos.

REFERENCIAS

- 1.- Ellis GL, Auclair PL. Atlas of Tumor Pathology. Tumors of the Salivary Glands. Washington: AFIP; 1996.
- 2.- Foote FW jr, Frazell EZ. Tumours of the major salivary glands. Cancer 1953; 6: 1065-1133.
- 3.- Barnes L, Evenson JW, Reichart P, Sidranski D. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology Genetics. Head and Neck Tumours. IARC Press. Lyon, 2005.
- 4.- Ellis GL, Auclair PL, Grepp DR (1991). Surgical Pathology of the Salivary Gland. WB Saunders, Philadelphia.
- 5.- Spiro RH. Salivary Neoplasms: overview of a 35 year experience with 2807 patients. Head Neck Surg 1986; 8: 177-184.
- 6.- Everson JW, Cawson RA. Salivary gland tumours. A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and distribution. J Pathol 1985; 146: 51-58.
- 7.- Coleman H, Altini M. Intravascular tumour in intra oral pleomorphic adenomas: a diagnostic and therapeutic dilemma. Histopathology 1999; 35: 439-444.

MANGA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO UMBILICAL

JOSÉ CARMONA*
JORGE HIGUERÉY**
ADALID GONZÁLEZ**
OMAR CASTRO***
ELIOMAR PINTO***

RESUMEN

Entre las opciones quirúrgicas de tratamiento de la obesidad, la gastrectomía vertical o manga gástrica ha ganado bastante popularidad, habiéndose reportado hasta la fecha cerca de 100 procedimientos realizados por puerto único.

Objetivo: Evaluar la factibilidad técnica de la gastrectomía vertical laparoscópica por puerto único mediante dos casos representativos, realizados en la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

Pacientes y métodos: Presentación de dos casos.

Resultados: Dos pacientes con indicación de cirugía bariátrica de acuerdo a los estándares aceptados, fueron intervenidos quirúrgicamente mediante el abordaje laparoscópico transumbilical. Se respetaron los principios básicos del procedimiento, liberando la curvatura mayor gástrica desde 4 cm del píloro hasta exponer adecuadamente el pilar izquierdo del diafragma. Todas las adherencias de la cara posterior del estómago fueron seccionadas. El diámetro de la manga fue calibrado con una sonda de 36 french, y la línea de grapas reforzada con Seamguard. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias (30 días).

Conclusión: La gastrectomía vertical laparoscópica por puerto único transumbilical es factible desde el punto de vista técnico, pero con dificultades de exposición dado el conflicto externo entre los instrumentos.

Palabras clave

Manga gástrica, puerto único, bariátrica, obesidad.

SINGLE PORT LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY

ABSTRACT.

Among the surgical treatments options for obesity, sleeve gastrectomy has gained popularity, being actually reported nearly 100 procedures.

Objective: Evaluate the single port sleeve gastrectomy technical feasibility presenting two representative cases. Methods: Two cases presentation, performed at Bariatric and Metabolic Surgery Unit of the Hospital Domingo Luciani, IVSS, Caracas.

Patients and methods: Two clinical cases presentation

Results: Two patients with indications for bariatric surgery according international standards, were operated through single port access. All the basic principles of the procedure were respected, releasing the mayor curvature 4 cm from to the pylorus to diaphragmatic left crus for an adequate exposure. All the adhesions between the posterior stomach wall and the pancreas were cut. A 36 french bujie was used to calibrate the sleeve, and the staples were reinforced with seamguard. There were not complications (30 days).

Conclusions: Single port sleeve gastrectomy is feasible from a technical point of view, but has exposure difficulties due to the external conflict between the instruments.

Key words

Sleeve gastrectomy, single port, bariatric, obesity.

(*) Cirujano General, adjunto del Servicio de Cirugía 2
(**) Cirujano General, adjunto del Servicio de Cirugía 3.
(***) Residentes del Post-Grado de Cirugía General. Hospital Dr. Domingo Luciani. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas.

La obesidad mórbida es actualmente una epidemia a nivel mundial. En Venezuela se ha observado un incremento importante en la incidencia de esta enfermedad. Para el año 1995, de una muestra de 7042 pacientes, el porcentaje promedio de obesidad contando todos los grupos etarios fue de 11,8%¹. Para el 2008, la incidencia de obesidad ascendió a 25,1%, de 1848 barquisimetanos incluidos en el estudio CARMELA². Actualmente nuestro país ocupa el sexto lugar en obesidad a nivel mundial³.

El fracaso del tratamiento médico de esta enfermedad^{4,5}, aunado a los excelentes resultados del tratamiento quirúrgico⁶ y la seguridad operatoria alcanzada⁷, han llevado a un incremento exponencial del número de cirugías bariátricas realizadas por año en la última década⁸.

Entre las opciones quirúrgicas de tratamiento de la obesidad, la gastrectomía vertical o manga gástrica ha ganado bastante popularidad. Nació como parte del cruce duodenal⁹, posteriormente se ejecutó como procedimiento inicial en pacientes de alto riesgo¹⁰, para luego ganar progresivamente aceptación como cirugía definitiva.

La cirugía laparoscópica transumbilical no es nueva. El Dr. Navarra en Italia, publicó su primera serie de 30 colecistectomías laparoscópicas por este abordaje en 1997¹¹, aunque no tuvo un mayor impacto en el accionar quirúrgico general. El nacimiento de la cirugía transorifical (NOTES), tuvo un efecto estimulador del interés de los cirujanos por la cirugía transumbilical, ya que a pesar del potente apoyo comercial al NOTES, no ha podido ser reproducida en la mayoría de los centros médicos. Esto impulso se ve reflejado claramente en el número de publicaciones anuales de cirugías por puerto único, donde a partir del 2008 aumentaron exponencialmente, y se extendió el espectro a otros procedimientos tales como funduplicaturas, apendicectomías, procedimientos ginecológicos y cirugía bariátrica, entre otros¹².

Los primeros casos de manga gástrica laparoscópica por puerto único fueron publicados en octubre del 2008¹³, habiéndose reportado hasta la fecha cerca de 100 procedimientos.

El objetivo de este trabajo, es presentar los dos primeros casos de gastrectomía vertical realizada en nuestro centro, a través del abordaje laparoscópico transumbilical.

PACIENTES

Caso 1. Paciente femenina de 44 años de edad, con historia de obesidad de 15 años de evolución, quien ingresa al Programa de Cirugía Bariátrica y Metabólica del hospital con peso de 83 kg, talla 1,52 m, índice de masa corporal (IMC) 35.95 kg/m². Sin antecedentes quirúrgicos, refiere haberse sometido a distintos tratamientos dietéticos sin resultados satisfactorios. Así mismo, se encuentra en tratamiento por hiperinsulinismo y dislipidemia con metformina y rosuvastatina.

Caso 2. Paciente femenina de 26 años de edad, quien refiere

historia de sobrepeso desde la adolescencia, con múltiples tratamientos médicos dirigidos por nutricionistas sin resultados satisfactorios, presenta en su consulta inicial peso de 96 kg, talla 1.65 m, IMC 35.26 kg/m². Recibe tratamiento con metformina por hiperinsulinismo.

Ninguna de las pacientes presentaba antecedentes de cirugías previas, ni se encontraron hallazgos de relevancia al examen físico.

Ambas fueron preparadas de acuerdo a protocolo ya establecido que incluye evaluación por nutrición, endocrinología, psicología, medicina interna, gastroscopia, ultrasonido abdominal, pélvico y análisis de laboratorio entre otros.

Fueron informadas de la naturaleza experimental de este abordaje, nuestra experiencia previa en colecistectomías transumbilicales y gastrectomías verticales laparoscópicas, los riesgos posibles, complicaciones y limitaciones, así como el procedimiento en sí, posterior a lo cual firmaron el consentimiento informado.

Técnica quirúrgica

Las pacientes fueron colocadas en posición de litotomía con estríbillos bajos (Figura 1), con el cirujano entre las piernas, primer ayudante del lado izquierdo, cámara en el lado derecho, y monitor hacia el hombro izquierdo de la paciente.



Figura 1.
Posición
de la
paciente.

Se abordó la cavidad peritoneal a través de una incisión longitudinal transumbilical de 2,5 cms. Esta se realizó después de evertir la cicatriz con la ayuda de una pinza de Allis (Figura 2). Se usó el dispositivo sistema de acceso laparoscópico por único sitio (Single Site Laparoscopic Access System, SSL, Ethicon®), en la paciente 1, y el Gelpoint Advance Access Platform (Applied Medi-cal®) (Figura 3) para el caso 2.



Figura 2. Eversión de la cicatriz umbilical que facilita la incisión longitudinal. Fue desinsertada para permitir la introducción más cómoda del puerto único.

Se usaron pinzas de agarre con capacidad para roticular para disminuir el conflicto externo entre las manos del cirujano. Se inició la liberación de la curvatura mayor del estómago a 4 cm del píloro, usando bisturí armónico para el sellado y corte de los vasos (Figura 4). Esta se continuó cranealmente hasta exponer por completo el pilar izquierdo del diafragma (Figura 5). Se seccionaron todas las adherencias de la cara posterior del estómago con el páncreas.

Para el engrapado y corte del estómago se usó máquina echelon 60 (Ethicon®). La primera carga fue de 4,1 mm (verde) y el resto de 3,5 mm (azules). Se reforzó la línea de grapas con seamguard (Gore), en todos los disparos a excepción de la carga verde. Después del primer corte, colocamos una sutura transparietal en el flanco izquierdo que se ancló al extremo caudal de la línea de grapas del estómago a extraer. Esta maniobra ayudó a exponer y a alinear el estómago durante los cortes siguientes.

Se usó una sonda calibradora de 36 french, colocada antes de iniciar el engrapado. Se tomó la precaución de separarse un centímetro de la misma a nivel de la cisura angular y en la unión esófagogástrica.

Terminada la cirugía se procedió al cierre del defecto aponeurótico con polipropileno 1, a puntos separados.

La intervención quirúrgica duró 110 y 90 minutos respectivamente, con pérdidas sanguíneas mínimas.

Se inició dieta con líquidos claros al 1er día del postoperatorio y se egresaron al segundo día. No se presentaron complicaciones en los 30 días del postoperatorio.

Como tromboprofilaxis se usaron medias de compresión neumática intermitente durante la cirugía, medias de compresión graduada y enoxaparina a dosis de 40 mg subcutáneo diariamente, iniciado en el postoperatorio inmediato, y mantenido durante la hospitalización.

DISCUSIÓN

Desde la introducción de la cirugía por un solo puerto, se han publicado varias series y reportes de casos de gastrectomía vertical laparoscópica por este abordaje.

Uno de las dificultades técnicas eviden-



Figura 3. Dispositivos usados.



Figura 4. Disección de la curvatura mayor gástrica.

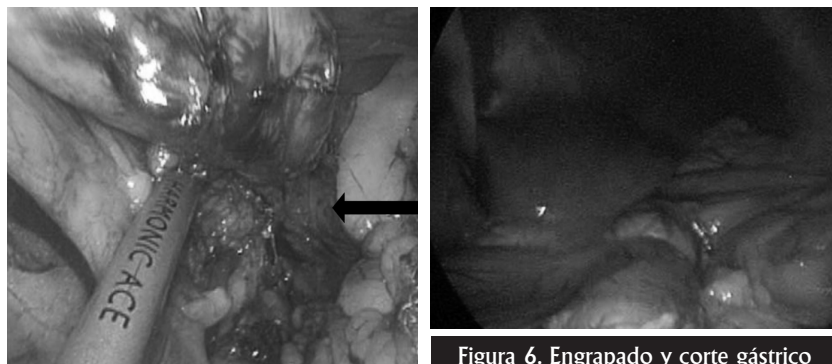


Figura 5. Pilar izquierdo expuesto.

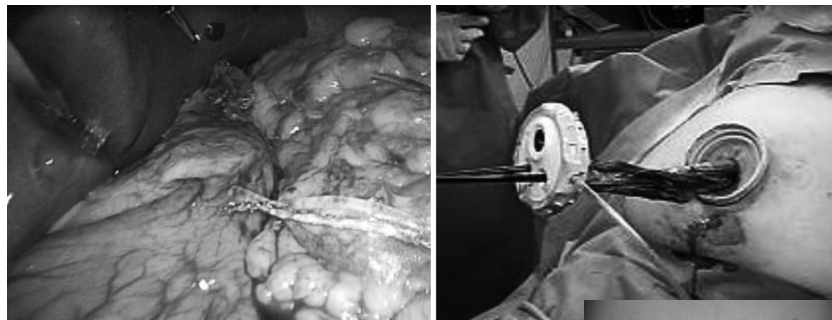


Figura 6. Engrapado y corte gástrico (Nótese la separación del estómago a resecar por la sutura transparietal).

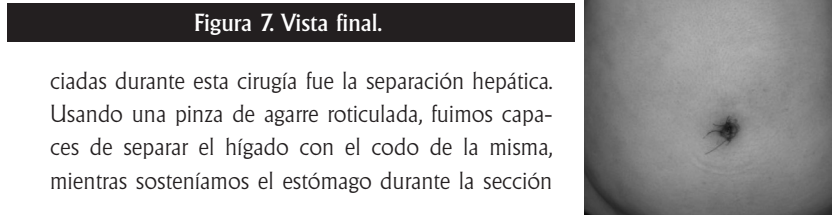


Figura 7. Vista final.

ciadas durante esta cirugía fue la separación hepática. Usando una pinza de agarre roticulada, fuimos capaces de separar el hígado con el codo de la misma, mientras sosteníamos el estómago durante la sección

del epiplón mayor; sin embargo, fue muy difícil durante el engrapado del cuerpo y fundus. Para superar este problema, Saber en su primera publicación¹³ coloca un separador hepático tipo Nathanson subxifoideo a través de una incisión adicional. Para cuando publica su experiencia con 12 casos¹⁴, usa una sutura anclada al diafragma a través de la cual pasa una sonda cortada, que es traccionada hacia la pared pasando los extremos de la sutura transparietalmente. Lakdawala y col¹⁵, al igual que Huang y col¹⁶, atraviesan el hígado con dos suturas monofilamento unida a una torunda. Es necesario el diseño de un separador hepático que se adapte a las necesidades técnicas de la cirugía monopuerto.

Otra dificultad técnica encontrada fue el conflicto externo entre las manos del cirujano y la cámara. A pesar de usar pinzas con capacidad para roticular, que en teoría alivian este problema, tuvimos que modificar repetidas veces posiciones y agarres para poder tener la seguridad de una cirugía multipuerto; fue difícil alinear los instrumentos y línea de corte al momento del engrapado. Colocar una sutura transparietal a nivel del flanco izquierdo fijada al ángulo externo del estómago después del primer corte facilitó la exposición de la línea de corte (Figura 6). No hemos visto publicada esta maniobra en otros reportes.

Otra manera de superar esta dificultad, que pudiera complementar la anterior es el uso concomitante de la vía vaginal (NOTES híbrido). Cardoso y col¹⁷, publicaron 4 casos colocando la óptica a través de un puerto vaginal, la endosuturadora en la cicatriz umbilical y un trócar de 5 mm en cada cuadrante superior de abdomen. El tiempo quirúrgico reportado fue de 95 minutos en promedio, incluyendo el reforzamiento de la línea de grapas con sutura manual. Fischer y col¹⁸, colocaron a través de la vagina un endoscopio e instrumental laparoscópico, usando como puertos adicionales uno subxifoideo y otro en hipocondrio izquierdo. Incluso usaron para retracción pinzas de agarre endoscópicas. Por último, Chouillard y col¹⁹ completó la cirugía con esta técnica híbrida en 14 casos. Usaron un puerto vaginal y dos umbilicales en la mayoría de los casos, alternando la ubicación de la óptica e instrumental de acuerdo a las necesidades del cirujano.

El mayor tiempo quirúrgico es una constante en todos los reportes. D'Andrea y col²⁰, presentaron en el Congreso Mundial de Cirugía Bariátrica y Metabólica (IFSO 2010) su experiencia con gastrectomía vertical laparoscópica por un solo puerto. Para ese momento, reportaron 8 pacientes operados con esta técnica, con IMC de 32 a 41.2 kg/m². El tiempo quirúrgico fue de 148 minutos (86-243 minutos). Creemos que esta prolongación del tiempo quirúrgico es consecuencia del constante conflicto entre los instrumentos.

Estudios prospectivos y aleatorios comparando la técnica monopuerto con multipuerto han sido publicados. Lakdawala¹⁵, distribuyeron aleatoriamente 50 pacientes por grupo, no encon-

trando diferencia significativa el tiempo quirúrgico (55 vs 45 min), sangrado intraoperatorio (20 vs 28 cc), complicaciones o pérdida de peso a 6 meses (52 vs 50,8%). Los pacientes operados con puerto único dejaron de tomar analgésicos más rápido que los multipuerto.

Saber y col²³, publicaron una revisión sistemática de todos los casos publicados hasta septiembre 2009 de cirugía bariátrica por puerto único. De los casos analizados, 22 fueron gastrectomías verticales. El tiempo quirúrgico reportado fue de 90-143 minutos, y la estadía hospitalaria de 1-2,4 días. No se reportaron complicaciones mayores.

Así mismo, una revisión hecha por Huang y col²⁴, analizaron 114 cirugías bariátricas por puerto único, de las cuales 27 fueron gastrectomías verticales. Se reportó una infección umbilical. Los autores sugieren este abordaje como factible y seguro.

A pesar de que la gastrectomía vertical o manga gástrica es técnicamente factible, ocasiona dificultades de exposición adecuada de estructuras anatómicas, que prolongan el tiempo quirúrgico y afectan considerablemente la ergonomía del procedimiento. Con el desarrollo de nuevos instrumentos o la introducción del robot a este abordaje podrán superarse estos problemas.

REFERENCIAS

1. Méndez Castellano H y col. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela. Proyecto Venezuela. Caracas. Escuela Técnica Editorial Don Bosco. Caracas 1996. Tomos I, II, III.
2. Schargrodsky H, Hernandez R, Marcet B, Silva H, Vinuesa R. CARME-LA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med* 2008; 121: 58-66.
3. Euromonitor International. OTC Obesity in Venezuela. Aug 2009. Disponible en: http://www.euromonitor.com/OTC_Obesity_in_Venezuela.
4. Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews* 2000; 1(2): 113-119.
5. Rucker D, Padwal R, K Li S, Curioni C, Lau D. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ* 2007;335: 1194-1199.
6. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen M, Pories W, et al. Bariatric surgery: a systematic review and metanalysis. *JAMA* 2004; 292:1724-1737.
7. The Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. *N Engl J Med* 2009; 361: 445-454.
8. Santry H, Gillen D, Lauderdale D. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA* 2005; 294: 1909-1917.
9. Marceau P, Biron S, Bourque RA, Potvin M, et al. Biliopancreatic diversion with a new type of gastrectomy. *Obes Surg* 1993; 3(1): 29-35.
10. Chu C, Gagner M, Quinn T, Voellinger D, Feng J, et al. Two stage laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch: an alternative approach to super super morbid obesity. 2002 Scientific

- session of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). New York, USA.
11. Navarra G, Pozza E, Occhionorelli S, Carcoforo P, Donini I. One wound laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1997; 84: 65.
 12. Pfluke J, Parker M, Stauffer J, Paetau A, Bowers S, et al. Laparoscopic surgery performed through a single incision: a systematic review of the current literature. *J Am Coll Surg* 2011; 212(01): 113-118.
 13. Saber AA, Elgamal MH, Itawi EA, Rao AJ. Single-incision laparoscopic sleeve gastrectomy (SILS): a novel technique. *Obes Surg* 2008; 18:1338-1342.
 14. Saber A, El-Ghazaly T, Dewoolkar A, Slayton S. single incision laparoscopic sleeve gastrectomy versus conventional multiport laparoscopic sleeve gastrectomy: technical considerations and strategic modifications. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6: 658-664.
 15. Lakdawala M, Muda NH, Goel S, Bhasker A. Single incision sleeve gastrectomy versus conventional laparoscopic sleeve gastrectomy – a randomized pilot study. *Obes Surg* 2011; 21: 1664-1670.
 16. Huang C, Tsai J, Lo C, Houg J, Chen Y et al. Preliminary surgical results of single incision transumbilical laparoscopic bariatric surgery. *Obes Surg* 2011; 21:391-396.
 17. Cardoso A, Zundel N, Galvao M, Maalouf M. Human hybrid NOTES transvaginal sleeve gastrectomy: initial experience. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4: 660-663.
 18. Fischer L, Jacobsen G, Wong B, Thompson K, Bosia J, et al. NOTES laparoscopic-assisted transvaginal sleeve gastrectomy in humans- description of preliminary experience in the United States. *Surg Obes Relat Dis* 2009; (5):633-636.
 19. Chouillard E, Al Khoury M, Bader G, Heitz D, Elrassi Z, et al. Combined vaginal and abdominal approach to sleeve gastrectomy for morbid obesity in women: a preliminary experience. *Surg Obes Relat Dis* 2011; (7):581-586.
 20. D'Andrea V, Pinto G, Pestana J, Gutiérrez J, Obregón F. Gastrectomía vertical en manga a través de una sola incisión: Experiencia en Venezuela con el portal SILS ®. IFSO World Congress, Los Angeles 2010.
 21. Saber A, El-Ghazaly T, Dewoolkar A. Single incisión laparoscopic bariatric surgery: a comprehensive review. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6: 575-582.
 22. Huang C. Single-incision laparoscopic bariatric surgery. *J Minim Access Surg*. 2011; 7(1): 99-103

HOMENAJE A GRANDES GLORIAS ZULIANAS

DISCURSO DEL DOCTOR FERNANDO RODRÍGUEZ MONTALVO,
PRESIDENTE HONORARIO DEL CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA,
MARACAIBO, MARZO DE 2012

En primer lugar, quisiera agradecer al doctor Antonio Andrade, el haberme propuesto para Presidente Honorario de este Congreso, haciendo extensivo este agradecimiento a la directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía, por haberla aprobado por unanimidad.

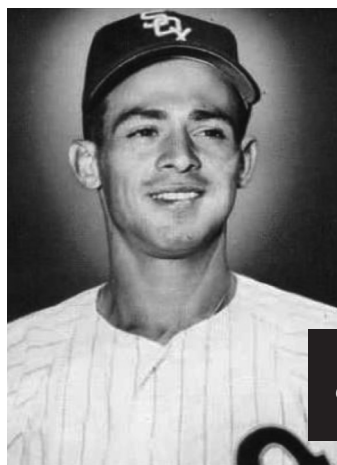
Al doctor Alfonso Socorro, Presidente Ejecutivo del Congreso, por el reconocimiento que me hiciera en las Jornadas de Cirugía del hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo", en julio de 2010.

En nombre mío y el de mi señora, expresar nuestro profundo agradecimiento a mis colegas y amigos de Maracaibo, junto a sus distinguidas esposas, por las múltiples atenciones, muestras de sincera amistad y de esa calurosa hospitalidad tan característica de los zulianos.

Además de su hospitalidad, debemos resaltar su amor a su tierra del sol amada y a sus tradiciones, su trabajo pertinaz, su tenacidad, su espíritu de superación, para destacarse y poder ser los primeros en todos los aspectos culturales, científicos, deportivos, sobresaliendo en sus luchas continuas y constantes por lograr la libertad y la democracia, que nacen con la independencia y que aún prosiguen en la actualidad.

Maracaibo es el claro ejemplo de una ciudad moderna, la cual comenzó a proyectarse en 1879 cuando ya contaba con servicio telefónico. Más significativa es la fecha del 24 de octubre de 1888, al estrenar el alumbrado eléctrico, primero en Venezuela y segundo en Latinoamérica. También tuvo la primicia de exhibir las dos primeras películas venidas de Francia y ser pionera en nuestro país en producir dos películas, siendo una de ellas "Muchachos bañándose en el lago".

Entre tantísimos zulianos que han dado tanto a su patria chica, citaremos a cuatro personajes emblemáticos que identifican a ese espíritu de lucha y de superación para alcanzar las metas propuestas: a Luisito Aparicio Montiel, quien batalló por 18 años en las ligas mayores para ser el primer venezolano en llegar al Salón de la Fama, a Petit y Carmona, muestra de tenacidad, quienes en 1930 y pico alcanzaron llegar a Washington, caminando, saliendo desde Caracas (aunque ustedes no lo crean). Debemos citar a un personaje muy querido y recordado por todos: Ricardo Aguirre Montiel "El Monumental", quien compuso y cantó "La grey zuliana", fiel artífice de la gaita maracaibera. Ricardo Aguirre siempre se refería en sus gaitas de protesta, a las necesidades del zuliano, a su historia y a su cultura, a sus personajes emblemáticos y a las riquezas materiales y espirituales de la región.



Luis Aparicio Montiel,
único venezolano
en el Salón de la Fama
del béisbol



Ricardo Aguirre, el
"Monumental de la Gaita"

Leyendo el libro del Ernesto García Mc Gregor "Maracaibo y los 400 años del Hospital Central", me llamó a la reflexión un mensaje del doctor Adolfo D'Empaire, y que voy a leer textualmente:

"Es sumamente útil que de vez en cuando se rememore los hechos que han pasado; que se saquen de nuevo a la luz los rasgos de los hombres grandes que nos han precedido y se ponga de manifiesto a las nuevas generaciones"

Aprovechando esta ocasión que me ha brindado la Sociedad Venezolana de Cirugía, deseo en esta noche seguir ese mensaje, para rememorar precisamente a los grandes aportes que los médicos y cirujanos del Zulia legaron a las ciencias médicas venezolanas.

Tanto los pacientes, como los cirujanos le estaremos siempre agradecidos al doctor Blas Valbuena, al introducir por primera vez en Venezuela la anestesia con éter, en el Hospital de la Caridad de Maracaibo, el año 1847. Aunque el pionero de los rayos X en nuestro país fue el doctor Antonio Pedro Mora al fabricar una ampolla rudimentaria de Rayos X, se debe enfatizar que ha sido el doctor José Otilio Mármol quien en el año 1898 instaló en su consultorio de la calle Venezuela, el primer aparato de rayos X, importado directamente de Norteamérica. Este aparato lo donó el doctor Mármol a la Casa de Beneficiencia, de manera gratuita en 1928.

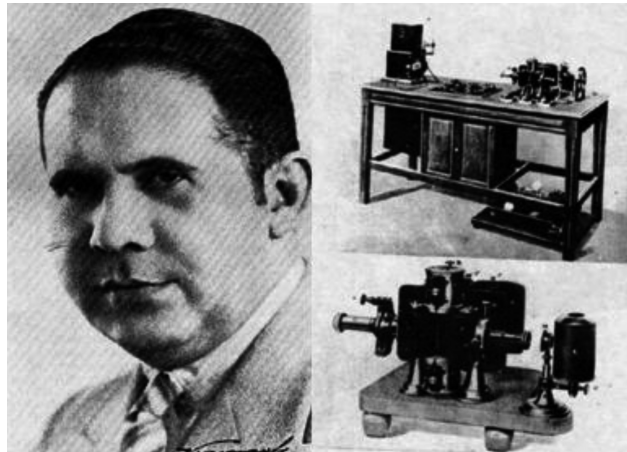


Dr. José Otilio Mármol

De regreso de su postgrado en Europa, el doctor Heberto Cuenca trae en 1933, el primer electrocardiógrafo, convirtiéndose en el iniciador de la electrocardiografía y de la radiología cardiovascular en Venezuela.

También recordaremos al tisiólogo, doctor Julio Criollo Rivas, por su incansable lucha contra la tuberculosis en el país. Hay que hacer honor a dos grandes médicos e investigadores, como fueron el doctor Bernardo Rodríguez Iturbe y el doctor Humberto Fernández Morán. El doctor Rodríguez Iturbe constituye uno de los pioneros y grandes propulsores de los trasplantes en el país, recordando que en 1967, en el Hospital Universitario de Maracaibo, dirigió el equipo que llevó a cabo el primer trasplante renal en Venezuela. También en materia de trasplantes, se le debe reconocer la gran labor que lleva aún el doctor Dilmo Hinestrosa, quien fue el primer cirujano en practicar los complejos trasplantes hepáticos en Venezuela.

Es indudable que el doctor Humberto Fernández Morán ha sido uno de los investigadores venezolanos más reconocidos. Concibió y proyectó el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, pero es el bisturí de diamante su mayor logro científico. Contratado y reconocido por las principales universidades norteamericanas y europeas, tuvo lamentablemente que irse del



Dr. Heberto Cuenca y el primer electrocardiógrafo utilizado en Venezuela

país, considerándolo como uno de los primeros cerebros venezolanos que emigraron, debido a la mezquindad política de la época, hecho que se viene repitiendo frecuentemente en estos tiempos que corren.



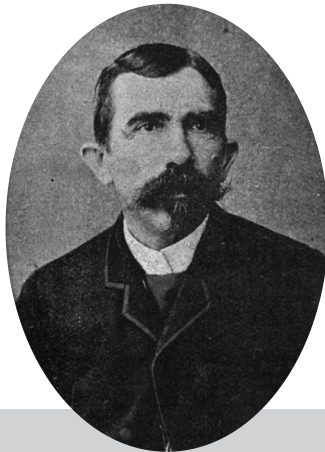
Dr. Humberto Fernández Morán

Grandes contribuciones a la Cirugía Nacional han aportado los cirujanos zulianos, desde la mitad del siglo XIX hasta nuestros días. Entre los más distinguidos debemos citar a los doctores Joaquín Esteva Parra, Francisco Eugenio Bustamante, Manuel Dagnino Dassori y Rafael López Baralt. Resaltaremos lo más destacado de sus carreras quirúrgicas:

Dr. Joaquín Esteva Parra

Se le considera el fundador de los estudios médicos en el Zulia, al crear el anfiteatro de anatomía y el laboratorio de química y farmacología. En 1853 aplica el cloroformo como anestesia en una amputación. A su regreso en 1968, después de 8 años de estudios en París, trae el primer laringoscopio. Efectúa una serie de intervenciones otorrinolaringológicas, como la

amigdalectomía con amigdolotomo, la traqueostomía por el método de Trousseau. Hace las primeras dilataciones esofágicas por estenosis sifilíticas, y se le acredita el primer caso en Venezuela en dilatar la trompa de Eustaquio. Por todos estos aportes, es considerado el precursor de la otorrinolaringología en el Zulia y Venezuela. También se le recuerda como el primero en practicar una autopsia legal en nuestro país en el año 1870.



Dr. Francisco Eugenio Bustamante

Fundador de la cirugía abdominal en Venezuela. En 1869 trae desde Francia las primeras pinzas hemostáticas de Péan y el método antiséptico de Lister. Ese mismo año lava la cavidad torácica con una solución de iodo en un caso de empiema. Una de las proezas quirúrgicas que le dio fama fue sin duda la ovariectomía, primer caso en Venezuela y el tercero en Latinoamérica, que llevó a cabo el 31 de agosto de 1894. En 1896 se convierte en el pionero de la cirugía biliar en el país, practicando la primera colecistectomía. Ese mismo año efectúa dos intervenciones de alta cirugía: la hemimandibulectomía junto a la resección del maxilar superior, y una cura de fístula vésico-vaginal. Fue uno de los fundadores de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Zulia en 1917.



Dr. Manuel Dagnino Dassori

Nace en Génova el año 1834, llegando a Maracaibo a los 8 años de edad, considerándose siempre maracaibero. En 1865

funda el Hospital Chiquinquirá e inicia la enseñanza de la práctica en la Medicina en Maracaibo, antes que en cualquier ciudad del país. Entre 1861 y 1894 desarrolla una brillante carrera quirúrgica, debiéndose mencionar los siguientes logros:

- La cura operatoria de la hernia estrangulada.
- La resección de la escápula por un casco de granada.
- La colocación de un tubo de drenaje abdominal.
- Ligadura de la carótida interna
- Primera histerectomía subtotal en Venezuela (1894).
- Introduce la anestesia local con cocaína.



Dr. Rafael López Baralt

Fue el primero en dilatar las estrecheces uretrales con los dilatadores de Beniquet. En 1881 sutura el tendón de Aquiles, y en 1883 realiza la trepanación del parietal derecho.

Estos brillantes pioneros quirúrgicos abrieron las puertas para que la moderna Cirugía del siglo XX entrara en el Zulia. A ellos también se les debe la formación de destacados maestros, quienes a su vez crearon las futuras generaciones de cirujanos que deberán agradecer sus enseñanzas y sus consejos. Entre estos grandes maestros citaremos:



Dr. Adolfo D'Empaire

Fundador y primer secretario de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Zulia. Debe destacarse entre sus hazañas quirúrgicas a la osteosíntesis con hilos de plata en una fractura complicada. En 1908 era considerado el gran defensor de la intervención precoz en las heridas abdominales. Por primera vez en Maracaibo, en 1911 practica una histerectomía por fibroma. Interviene en 1923 el primer caso en Venezuela de una perforación vesicular por fiebre tifoidea.

Dr. Ramón Soto González

No había región del cuerpo donde no actuara; numerosas y difíciles operaciones respaldan al Maestro de la Cirugía moderna de Maracaibo. Por primera vez en el país efectúa la histerectomía radical de Wertheim por un carcinoma de cuello uterino y la primera histerectomía vaginal. A él se le debe la anestesia raquídea con cocaína en el año 1911, y al año siguiente, la primera apendicectomía y la primera mastectomía radical tipo Halsted. En 1913 utiliza la emetina directamente en el hígado, y en 1915 reseca un quiste hepático. En 1920 y 1922 practica una tiroidectomía y una colecistectomía respectivamente. En 1925 hace la primera coledocotomía con extracción de cálculos y drenaje del conducto biliar.

**Dr. José Domingo Leonardi**

Prototipo del cirujano nato, poseedor del arte, la calma, la prudencia, la audacia y la conciencia del cirujano. Entre sus múltiples intervenciones realizadas en los hospitales Urquinaona, Chiquinquirá y Quirúrgico, son de especial mención la simpatectomía femoral en 1929. Efectúa la segunda operación de Baldwin en Venezuela en el año 1937, consistiendo en confeccionar una neo vagina mediante la transposición de un segmento de íleon, y lleva a cabo la primera uretroplastia y el implante de uréteres al colon. Siendo rector de la Universidad crea la residencia estudiantil y pone a funcionar la Escuela del Petróleo, de gran trascendencia en Latinoamérica.

**Dr. José Hernández D'Empaire**

Funda la Cátedra de Semiología Quirúrgica y de Clínica Quirúrgica I-II entre 1949 y 1951. Entre 1932 y 1933 debe hacerse referencia a su labor quirúrgica, al efectuar la rafia de una

úlcera gastroduodenal perforada, la resección del nervio frénico, la cura de una fístula vésico-vaginal mediante la uretero-enteroanastomosis, y la píloro-miotomía de Ramsted. En 1949 introduce la colangiografía intraoperatoria en Maracaibo.

**Primer presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía****Dr. Domingo Luciani**

Nacido en Maracaibo, ejerció la mayor parte de su carrera quirúrgica en Caracas. Regresa en 1917 de su postgrado de 3 años en París. En 1932 el doctor Luis Razetti le hace entrega de la Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital Vargas. En ese mismo hospital ejerce la jefatura del servicio de Cirugía desde 1928 hasta 1961. Ha sido rector de la Universidad Central de Venezuela en 1938, presidente de la Academia Nacional de Medicina desde 1950 hasta 1952. Formó parte de los fundadores de la Sociedad Venezolana de Cirugía y fue su primer presidente en 1944.

Dr. Ramón Gómez Padrón

No existe ninguna duda en ser considerado el padre de la Urología en el Zulia. Se entrenó con el profesor Marion en el Hospital Necker de París. A su regreso a Maracaibo, establece la Urología como especialidad. Nombrado jefe del servicio de Urología del Hospital Chiquinquirá, ejecuta todo tipo de operaciones sobre el aparato genito-urinario, divulgando la prostatectomía a cielo abierto con hemostasia a la vista. En 1961 en reconocimiento por sus 30 años de ejercicio profesional, el cuerpo médico del Hospital Chiquinquirá le otorga el bisturí de oro.

**Dr. Jesús Ramón Amado**

También hace su postgrado de Obstetricia y Ginecología en París. Al llegar a su tierra natal se transforma en el propulsor de

la especialidad. Cirujano elegante y brillante, hace toda su actividad profesional en el Hospital Central Urquinaona, donde efectúa innumerables intervenciones, sobretodo en el área ginecológica. Realiza la primera resección abdomino-perineal del recto con preservación del esfínter y las operaciones de Shauta y Manchester para la cura del prolapso genital. Es autor del libro "Semiología Ginecológica" en 1954. Funda en 1945 la "Clínica Amado", siendo la primera institución privada y moderna en Maracaibo.

Dr. José León García Díaz

Rector de la Universidad y gobernador del Zulia en 1960. Excelente cirujano, operó con éxito en 1954, el primer caso en Venezuela de un conducto arterioso, en el Hospital Quirúrgico y de Maternidad.

Estos respetados y reconocidos maestros fueron los forjadores de nuevas generaciones de destacados cirujanos zulianos, entre los cuales debemos citar a los doctores Acosta Galván, Navas Acevedo, Humberto Rivera, Urrutia Loayza, Vinicio Casas Rincón, Darío Montiel, Troconis, y tantos otros que formaron la muy reconocida Escuela de Cirugía del Zulia.

Todos ellos junto a los otros maestros de la Cirugía venezolana, constituyeron aquella legión de quijotescos cirujanos que nos enseñaron el camino hacia los principios morales y éticos, por los cuales caminamos diariamente, como son el respeto y el trato humano al paciente, el respeto al colega, la honestidad y la honradez, el sacrificio, la disciplina y la superación constante para poder alcanzar la excelencia del bello arte de la Cirugía.

Que el rayo del Catatumbo nos ilumine y el manto de La Chinita nos proteja en este largo camino que nos toca recorrer.

Muchas gracias...

Fernando Rodríguez Montalvo

HIMNO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA

DR. LEOPOLDO MORENO BRANDT
VICEPRESIDENTE SVC

Himno es una composición musical de carácter solemne compuesta generalmente para ser cantada a coro pero que modernamente puede ser interpretada por un solista con ciertas libertades canoras, pero respetando su contenido y línea melódica.

Su letra es una poesía destinada a honrar a Dios, a la naturaleza, a una nación, a una institución científica o a sentimientos sublimes como el amor o la alegría entre otros.

De tal manera que un himno puede ser un símbolo patrio cuando se trata del himno de una nación o un estado, o religioso cuando forma parte de la liturgia católica, o de alegría etc.

Una vez hecha esta introducción quiero contarles como nació y se hizo realidad la idea del himno de nuestra Sociedad.

Asistíamos al XXX Congreso Venezolano de Cirugía que se realizaba en el World Trade Center de la ciudad de Valencia, edo. Carabobo, entre el 10 y 13 de Marzo de 2010, estando en la presidencia de la Junta Directiva el Dr. Elio Tulio Álvarez, el día 10 de Marzo se me acercó mi amigo el Dr. Carlos Harmann, y durante nuestra conversación me solicitó y convenció que hiciera el Himno de la SVC, específicamente la letra, porque la música iba a ser compuesta por un ilustre músico de la ciudad de Valencia (director de orquesta), lo que no pudo ser, por enfermedad del profesor; confieso que cuando Carlos me dio esa noticia me sentí aturrido, pero gratamente complacido y motivado ante tan digna y honrosa proposición, porque si bien era cierto que había estudiado completa mi carrera de canto y música en la Escuela Prudencio Esaa, y que tenía alguna experiencia en esto de la composición de piezas musicales, específicamente boleros como Recuerdos, Mar, Luna, Muchachita de 15 años y otras más de mi autoría, varias de ellas comercializadas y grabadas, también era cierto que no había compuesto nunca un himno, sin embargo tenía la seguridad que contaría con Dios, y con muchos amigos, que son como hermanos, que me iban a ayudar. Le notifiqué a mi fraternal amigo el Dr. Nassim Tatá la grata noticia que me embargaba y Nassim me dio la idea de contar la historia de la Sociedad de Cirugía, y así lo hicimos, estando aún en el Congreso la musa de la inspiración llegó y al finalizar el mismo había un esquema de la letra, luego nos reunimos la leímos, nos pareció que estaba correcta y así la dejamos.

La melodía había comenzado a nacer conjuntamente con la letra, inspirado por Euterpe la musa grecorromana de la música y en el caminar del tiempo la iba corrigiendo y fijando en mi memoria, a esta altura hablé con mi esposa Isnelda y le notifiqué que la letra y la música estaba lista, pero que ese sueño que vivía en la mente había que hacerlo realidad y plasmarlo en el pentagrama; Isnelda me sugirió que hablara con el profesor Diógenes

Rivas, amigo y hermano desde hace muchos años, músico merideño, de aquilatados méritos y procedente de una familia de extirpe musical, donde todos los miembros de la misma son músicos de academia, de tal manera que su formación musical comenzó en su núcleo familiar; posteriormente en el Conservatorio de Santa Cecilia en Roma y luego estudios de composición con Alfred Nieman en Londres.

En Venezuela el profesor Diógenes Rivas es el Director Artístico del Festival ATEMPO, y su esposa la Dra. Ninoska Rojas es Presidenta del mismo en Caracas; han realizado hasta este momento XIX festivales musicales y tiene dicho instituto 20 años de fundado. Anualmente en Venezuela con músicos y cantantes venezolanos y europeos de gran renombre, al igual que en París se realizan los Festivales ATEMPO.

Algo que quiero contarles y que recuerdo con grata emoción es que cuando se presentó la ópera "El Barbero de Sevilla" ópera cómica en dos actos con música de Gioachino Rossini y libreto de Cesare Sterbini, el sábado 9 de Marzo de 1974 a las 8.30 pm; en el Teatro Municipal de Caracas con un reparto formado por: El Conde Almaviva (Luis Contreras) mi maestro de canto, Rosina (Flor García), Figaro (Julio César Mármol), Dr. Bártolo, Tutor de Rosina (Eduardo Huespe), Basilio, maestro de canto (Mariano de la Maza), Bertha (Micaela Correr) y un cirujano general que hacía su debut como cantante de ópera Leopoldo Moreno en el papel de (Fiorello), siendo el director de la Orquesta Sinfónica Venezuela que nos acompañaba el profesor Diógenes Rivas, de tal manera que tuve el placer y el honor de ser dirigido por él.

Después de este paréntesis musical vamos a continuar con nuestra historia sobre el Himno de la SVC.

Hablé telefónicamente con Diógenes, nos pusimos de acuerdo y nos reunimos en un almuerzo familiar y de trabajo con nuestras respectivas esposas y el profesor José Baroni, venezolano, quien realizó sus estudios musicales en la Academia José Reyna, con la profesora Judit Jaimes, y de composición con el profesor Gerardo Gerulexicz. Ha sido discípulo del profesor Diógenes Rivas, y estudió Composición Electroacústica en el Centro de Arte Reina Sofía de Madrid (España), diplomándose en Composición en la Universidad Central de Venezuela. Al finalizar el almuerzo les expliqué en qué consistía el Himno, se los canté, lo grabó el profesor Baroni, y se comenzó a realizar la partitura para solista y posteriormente para coro a cuatro voces, con sus respectivas pistas de estudio.

Una vez que se completó la partitura para solista con su pista de ensayo la presenté en reunión de Junta Directiva de la Sociedad

el mes de Febrero de 2012, notificándoles que era una realidad el Himno de la SVC, recibiendo la noticia con beneplácito.

El Himno fue estrenado en Maracaibo en su versión solista y cantado por mí el 7 de Marzo de 2012 durante la inauguración del XXXI Congreso Venezolano y V Internacional de Cirugía en el Palacio de los Eventos en Maracaibo, (Edo Zulia), y en forma coral para 4 voces el 21 de Abril de 2012 por la coral "Aragua Casa Portuguesa" formada por 16 cantantes a cuatro voces (soprano, contralto, tenor, y bajo), dirigida por el profesor de canto y violín el tenor Manuel Marín, quienes en muy poco tiempo realizaron una labor extraordinaria montando la obra.



El doctor Leopoldo Moreno Brandt, vicepresidente de la SVC, interpretando en estreno, el himno de la Sociedad. Maracaibo, marzo de 2012.

La Dra. Rita Gaitán (Mezzo-Contralto) miembro de la Junta Directiva de nuestra Sociedad, Secretaria de Doctrina y Relaciones con los Miembros (2010-2012) y el Licenciado Wilson Robles (Tenor) creador, diseñador y administrador de la página Web de nuestra Sociedad son orgullo nuestro y voces importantes de dicha coral; durante el acto de toma de posesión de la nueva Junta Directiva de la SVC en el Hotel Eurobuilding, Salón Casandra, el Sábado 21 de Abril de 2012 a las 8.00 pm.

El Himno consta de cinco estrofas, las tres primeras cuentan el pasado de la Sociedad, la cuarta estrofa la adquisición de la Sede durante la Presidencia del Dr. Nassim Tatá, y la quinta es el futuro de la Sociedad con sus logros siempre bajo la protección de Dios.

Hay dos versiones del Himno, exactamente iguales en su línea melódica y letra, una para solista: Letra: Leopoldo Moreno Brandt y Nassim Tatá Saldivia. Música: Leopoldo Moreno Brandt y José Baroni

Y una versión coral: Letra: Leopoldo Moreno Brandt y Nassim Tatá Saldivia. Música: Leopoldo Moreno Brandt y José Baroni. Arreglo coral: José Baroni y Diógenes Rivas.

Esta es la Historia del Himno de la SVC.

HIMNO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA

Letra: Leopoldo Moreno Brandt y Nassim Tatá Saldivia

Música: Leopoldo Moreno Brandt y José Baroni

Inspirados por noble ideal
Un grupo de Cirujanos se reunió
Y guiados por el Supremo Redentor
La Sociedad de Cirugía fundó

II

Los creadores de nuestra Sociedad
Hombres honestos y de recto proceder
Unieron los cirujanos de este país
Con disciplina, conocimientos, y humildad.

III

Con el tiempo creciste y te hiciste grande
Y tus hijos comenzaron a aumentar
Se repartieron por tu inmenso territorio
Y los capítulos comenzaron a nacer

IV

Hermosa Sede que nos cobija
Con tu ciencia, con tu amor, y devoción
No permitas que me aparte de tu lado
De tú sabia y ductora orientación

CORO

Adelante con tus logros y congresos
Con tus Jornadas y tu Fundación
Adelante porque siempre estas triunfante
Adelante porque siempre estas con Dios.

HIMNO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA

LETRA: Leopoldo Moreno Brandt y Nassim Tatá Saldivia
MÚSICA: Leopoldo Moreno Brandt y José Baroni
© 2011

XXXI CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA TRABAJOS CIENTÍFICOS PREMIADOS

PREMIO DR. MANUEL CORACHÁN MEJOR POSTER O CARTEL:

NOTES puro: esterilización tubárica vía transvaginal con endoscopio flexible. Serie de casos.

Autores: Dr. José Mejías, Pienina Rosales,
Héctor Almau, Rafael de la Fuente, Naideli García,
Carlos Bravo.
Hospital Vargas de Caracas, Clínica Briceño Rossi.
Hospital de Clínicas Caracas y
Hospital Universitario de Caracas

Rotación de colgajo miocutáneo pectoral mayor derecho más reimplantación de mamila derecha por cáncer basocelular ulcerado en región malar derecha, a propósito de un caso.

Autores: Jorge Rabat, Miguely Alcántara,
Annel Medina.
Hospital Universitario Ruiz y Páez Cdad. Bolívar

PREMIO DR. FERNANDO RUBÉN CORONIL AL MEJOR TRABAJO PROSPECTIVO DE INVESTIGACIÓN QUIRÚRGICA:

Utilidad de la ecografía trans rectal 3D en la evaluación de patologías ano rectales.

Autores: Elvis Vargas, Ingrid Melo, Marcos Sorgi,
Maiker Medina, Pablo Ottolino

PREMIO DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO AL MEJOR VIDEO:

Exploración de la vía biliar y derivación biliodigestiva por vía laparoscópica asistida por robot.

Autores: Alexis Sánchez, Omaira Rodríguez,
Renata Sánchez

PREMIO DR. RICARDO BAQUERO GONZÁLEZ MEJOR VIDEO:

Visión crítica de seguridad en colecistectomía laparoscópica por puerto único.

Autores José Carmona, Eliomar Pinto, Tamaris Cova,
Marisabel Moreno y José Gerardo Rosciano.
Hospital Domingo Luciani

PREMIO DR. FRANCISCO MONTBRUN MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO SOBRE TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Tratamiento de la parálisis de las cuerdas vocales mediante la técnica de cordopexia.

Autor Dr. Fernando Guzmán Toro.

PREMIO SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Cirugía laparoscópica: análisis de la trayectoria del instrumento mediante el iPad 2 (Apple) como método para la evaluación objetiva de habilidades.

Autores: Dra. Oriana Sálamo, Romina Peña,
Alexis Sánchez, Omaira Rodríguez, y Renata Sánchez.
Hospital Universitario de Caracas.

PREMIO DR. ALBERTO FERRER FERNÁNDEZ MEJOR TRABAJO ESPECIAL DE GRADO DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL:

Cirugía laparoendoscópica por puerto único (LESS) experiencia hospitalaria.

Dr. Felice A Ferri.
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde.

GANADOR PREMIO NUEVA IMAGEN DE LA PORTADA DE LA REVISTA SVC

Autor Dr. Alfonso Socorro



NOTICIAS BREVES

En la ciudad de Maracaibo se realizó el XXXI Congreso Venezolano de Cirugía, los días 7 al 10 de marzo de 2012, con un total de 1.200 inscritos.

Hubo la siguiente participación:

- 13 profesores extranjeros
- 179 profesores nacionales: 98 miembros de la SVC, 42% pertenecientes a la sede, 58% del resto del país, 19% del Zulia

- 82 Profesores de otras especialidades.

Se juramentaron 72 nuevos miembros y fueron presentados más de 300 trabajos de investigación en las modalidades de presentaciones orales, carteles y videos.



La Sociedad Venezolana de Cirugía, con el fin de darle una nueva cara a la Revista Venezolana de Cirugía, estableció un concurso abierto para un nuevo diseño de la portada de la Revista. En este sentido, se recibieron tres propuestas en sobres cerrados e identificados con pseudónimos, con los diseños y la explicación de cada uno.

Una vez evaluados por la Junta Directiva de la Sociedad y el Comité de Redacción de la Revista, resultó ganador el diseño que desde este número luce nuestra Revista, y que correspondió a la propuesta enviada por el doctor Alfonso Socorro Morales, miembro destacado de nuestra Sociedad y perteneciente al Capítulo Zulia.



Durante el XXXI Congreso Venezolano de Cirugía en la ciudad de Maracaibo, fue elegida la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía para el período 2012-2014, la cual quedó constituida de la siguiente manera

Junta Directiva

Dr. Jesús Velázquez G.

Presidente

Dr. Leopoldo Moreno B.

Vicepresidente

Dr. Jesús Tatá A.

Secretario General

Dr. Rafael Badell M.

Sec. de Finanzas

Dr. Wilmar Briceño

Sec. de Doctrina y

Relaciones con los Miembros

Dr. Mario Arcia S.

Sec. de Postgrado

y Hospitales

Dr. Carlos Hartmann O.

Sec. de Organización



La Sociedad Venezolana de Cirugía, con el fin de darle una nueva cara a la Revista Venezolana de Cirugía, estableció un concurso abierto para un nuevo diseño de la portada de la Revista. En este sentido, se recibieron tres propuestas en sobres cerrados e identificados con pseudónimos, con los diseños y la explicación de cada uno.

Una vez evaluados por la Junta Directiva de la Sociedad y el Comité de Redacción de la Revista, resultó ganador el diseño que desde este número luce nuestra Revista, y que correspondió a la propuesta enviada por el doctor Alfonso Socorro Morales, miembro destacado de nuestra Sociedad y perteneciente al Capítulo Zulia.



PRÓXIMOS EVENTOS

XIII Congreso Internacional de Cirugía General

Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
19 - 22 de febrero de 2013
Hotel Sheraton.
Lima, Perú

XII Congreso Cubano de Cirugía

4 - 8 de marzo de 2013,
Palacio de Convenciones
La Habana, Cuba

LXIX Jornada Nacional de Cirugía "Dr. Oswaldo Hernández"

13 - 16 de marzo de 2013
Sede Universidad Santa María
Barinas

SAGES Reunión Anual 2013

17 - 20 de abril de 2013
Baltimore Convention Center,
Baltimore, USA

II Congreso Internacional de Actualización en Cirugía Laparoscópica y Mínima Invasión.

CIACILMI 2013
25 - 27 de julio de 2013,
Lidotel, Barquisimeto

XXVI Congreso Panamericano de Trauma

19 - 22 de noviembre de 2013,
Hotel Sheraton,
Santiago, Chile