

REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA



MIEMBRO DE ASEREME

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

VOLUMEN 62

- NÚMERO 3 -

SEPTIEMBRE 2009



JUNTA DIRECTIVA 2008 - 2010

Presidente

Dr. Elio Tulio Álvarez G.

Vicepresidente

Dr. Joel Gómez Maggio

Secretario General

Dr. Jesús Velázquez V.

Tesorero

Dr. Jesús Tatá A.

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Rafael Badell M.

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. Alvaro Henríquez D.

Secretario de Organización

Dr. Mario Arcia S.

COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinación

Dr. Alí Peñaloza

Colaboradores

Dr. Nelson Téllez

Dra. Jenny-Ann Benotto

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Editorial..... VI

ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Ecofistulografía como herramienta diagnóstica en el tratamiento de la fístula perianal
Melo Ingrid, Vivas José Félix, Franco Randy, Pinto Heiro, Estanga Ninoska..... 197

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS

Reparación de la hernia inguinal: comparación de las técnicas libres de tensión: PHS® vs Lichtenstein
Cordovez Elaiza, Rodríguez Alejandra, Henríquez Álvaro..... 203

DOCENCIA

Simulador laparoscópico como herramienta de aprendizaje.
Aponte-Rueda María, Saade Ramón, Navarrete-Aulestia Salvador..... 210

CASO CLÍNICO

Cirugía laparoscópica terapéutica en trauma abdominal cerrado:
dos casos representativos y revisión de la literatura.
Carmona José, Viteri Yosú, Bandeh-Moghaddam Hamzeh, Morales David, Barrera María..... 216

Colecistectomía transvaginal asistida por minilaparoscopia con uso de instrumental
convencional. Experiencia inicial
Caraballo María, González Adalid, Otolino Pablo, Arismendi Juan, Cabrera Edward 222

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Cirugía robótica en el tratamiento quirúrgico de la acalasia. Primera experiencia en
el Hospital Universitario de Caracas.
Sánchez-Ismayel Alexis, Dávila Hugo, Rodríguez Omaira, Khan Domingo, Valero Rair, Sosa Emelissa..... 226

NOTES: colecistectomía trans-vaginal video asistida, con instrumentos laparoscópicos
convencionales. Descripción de la técnica quirúrgica.
Mejías José, Almau Héctor, García Naydeli, Arellano José, De la Fuente Rafael 231

HISTORIA DE LA CIRUGÍA

Semblanza del Dr. Domingo Luciani.
Vivas José Félix, Franco Randy 236

Las esquinas de Caracas y su relación con la historia de la medicina.
Escalona Roger, Escalona Gabriel 243

LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA

Noticias breves..... 202
Próximos Eventos 225

Septiembre 2009

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 62 - N°3 - 2009

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

PROSPECTIVE STUDIES

Fistulography as diagnostic tool in the treatment of anal fistulas. Melo Ingrid, Vivas José Félix, Franco Randy, Pinto Heiro, Estanga Ninoska.....	197
---	-----

RETROSPECTIVE STUDIES

Inguinal hernia repair: A comparison between PHS® and Lichtenstein's tension free techniques. Cordovez Elaiza, Rodríguez Alejandra, Henríquez Álvaro.....	203
--	-----

EDUCATION

Laparoscopic simulator as a learning tool Aponte-Rueda María, Saade Ramón, Navarrete-Aulestia Salvador.....	210
--	-----

CLINICAL CASE

Therapeutic laparoscopic surgery in blunt abdominal trauma: two representative cases and literature review. Carmona José, Viteri Yosú, Bandeh-Moghaddam Hamzeh, Morales David, Barrera María.....	216
Transvaginal cholecystectomy assisted with minilaparoscopy with conventional instruments. Initial experience. Caraballo María, González Adalid, Otolino Pablo, Arismendi Juan, Cabrera Edward	222

SURGICAL TECHNIQUE

Robotic surgery in the treatment of achalasia. First experience at the Hospital Universitario de Caracas Sánchez-Ismayel Alexis, Dávila Hugo, Rodríguez Omaira, Khan Domingo, Valero Rair, Sosa Emelissa.....	226
NOTES: video assisted trans-vaginal cholecystectomy with conventional laparoscopic instruments. A description of surgical technique Mejías José, Almau Héctor, García Naydeli, Arellano José, De la Fuente Rafael	231

HISTORY OF SURGERY

Biography: Dr. Domingo Luciani Vivas José Félix, Franco Randy	236
Caracas corners and its relationship with History of Medicine Escalona Roger, Escalona Gabriel.....	243

THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY INFORMS

Short News.....	202
Próximos Eventos	225

BOARD OF DIRECTORS 2008 - 2010

President

Dr. Elio Tulio Álvarez G.

Vice-president

Dr. Joel Gómez Maggio

Secretary General

Dr. Jesús Velázquez V.

Treasurer

Dr. Jesús Tatá A.

Doctrine Secretary

Dr. Rafael Badell M.

Hospital and Post-graduate Secretary

Dr. Alvaro Henríquez D.

Organization Secretary

Dr. Mario Arcia S.

EDITORIAL STAFF

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinator

Dr. Alí Peñaloza

Colaborators

Dr. Nelson Tellez

Dra. Jenny-Ann Benotto

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

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

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

September 2009

JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULOS

1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

Presidente: Dr. Gilberto Marcano Hoffman.
Secretario: Dra. María Gabriela Padilla
Tesorero: Dra. Rosa María Rodríguez
1er Vocal: Dr. Néstor Maíta R.
2do. Vocal: Dr. Gustavo Liccione

2. CAPÍTULO ARAGUA

Presidente: Dra. Ana Casilli
Secretario: Dr. Robnald Rodríguez
Tesorero: Dr. Pedro Ortiz
1er. Vocal: Dr. José Antonio Rodríguez
2do.Vocal: Dr. Carlos Alejos
Delegado al C.N.: Dra. Rita Gaitán

3. CAPÍTULO APURE

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

4. CAPÍTULO BARINAS

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

5. CAPÍTULO BOLÍVAR

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

6. CAPÍTULO CARABOBO

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

7. CAPÍTULO FALCÓN

Presidente: Dr. Iskander Marín
Secretaria: Dr. Silvio Zampoli
Tesorero: Dr. Rafael Galindez
1er. Vocal: Dr. Jesús Romero Guarecuro
2do. Vocal: Dra. María Chávez
Delegado al C.N.: Dr. Antonio Reyes

8. CAPÍTULO GUÁRICO

Presidente: Dr. Julio Villegas
Secretario: Dr. Rashid Iskandan
Tesorero: Dr. Guaicaipuro Ruiz
1er. Vocal: Dr. Agustín Contreras
2do.Vocal: Dra. Isaura Pérez
Delegado al D.N.: Dr. José Cedeño

9. CAPÍTULO LARA

Presidente: Dra. Teresa Briceño
Secretaria: Dr. Carlos Caballero
Tesorero: Dr. José Di Sarli
1er Vocal: Dra. Digna López
2do Vocal: Dr. Guiseppe Bálsamo
Delegado al C.N.: Dr. Gustavo Quintero
Dr. Eduardo Castillo Rojas

10. CAPÍTULO MÉRIDA

Presidente: Dr. Hans Concho Lugo
Secretario: Dra. Estrella Uzcátegui
Tesorero: Dra. Eluvia Ferreira
Delegado al C.N.: Dr. Alejandro Zambrano Ferré

11. CAPÍTULO MONAGAS

Presidente: Dra. Carmen Irene Alves G.
Secretario: Dr. Carlos Alberto Natera
Tesorero: Dr. Antonio García
Vocal: Dr. Yira Rodríguez
Dr. José Arocha
Delegado al C.N.: Dr. Pedro Marín

12. CAPÍTULO NUEVA ESPARTA

Presidente: Dra. Graciela Rivas
Secretario: Dr. César Aveledo
Tesorero: Dra. Jenny Boadas
Delegado al C.N.: Dr. Carlos Sanint

13. CAPÍTULO SUCRE

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

14. CAPÍTULO TÁCHIRA

Presidente: Dr. Antonio Sánchez Méndez
Secretario: Dra. Lina Lorena Durán
Tesorero: Dr. Luis Porras Durán
1er. Vocal: Dr. Jesús Manuel Mendoza
2do. Vocal: Dr. José Patiño Márquez
Delegado del C.N.: Dr. Germán Pineda Cárdenas

15. CAPÍTULO TRUJILLO

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

16. CAPÍTULO YARACUY

Presidente: Dr. Bolívar Iseas
Secretario: Dr. Edgardo Méndez
Delegado al C.N.: Dr. Julio Cortez

17. CAPÍTULO ZULIA

Presidente: Dr. Alfonso Socorro Morales
Secretario: Dr. Alfonso Serizawa
Tesorero: Dr. Cherry González
1er.Vocal: Dr. Atilio Araujo
2do. Vocal: Dr. Luis Wanderlinder
Delegados al C.N.: Dr. José A. Morales Manzur
Dr. José Muñoz
Dr. Wilfredo Salazar

SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2008-2010

1. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

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

2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Director: Dr. Álvaro Montilla
Secretario: Dr. Isay Moscovitz
Vocal: Dr. Atilio Márquez

3. CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Director: Dra. Priscila Palacios
Secretario: Dra. Loretta DiGiampietro
Vocal: Dr. Jorge Sánchez

4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Director: Dr. Miro Quintero
Secretario: Dr. Álvaro Henriquez
Vocal: Dr. José Montilla

5. CIRUGÍA PLÁSTICA

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

6. CIRUGÍA UROLÓGICA

Director: Dr. René Sotelo
Secretario: Dr. Robert De Andrade
Vocal: Dr. Oswaldo Carmona

7. SECCIÓN DE TRAUMA

Director: Dr. Pablo Ottolino
Secretario: Dr. Iskander Marín
Vocal: Dr. Aquiles Reyes

8. SECCIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

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

9. COMITÉ DE INFECCIONES

Director: Dr. Carlos Hartmann
Secretario: Dr. Leonardo Bustamante
Vocal: Dr. Carlos Franco

10. COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Director: Dr. Mauro Carretta
Secretario: Dr. Antonio Pellegrino
Vocal: Dr. Raimundo Kafruni

11. COMITÉ DE ONCOLOGÍA

Director: Dr. Rubén Rodríguez
Secretario: Dr. Arévalo Velandría
Vocal: Dr. Juan Herrera

12. COMITÉ DE BIOÉTICA

Director: Dr. Albino Rincón
Secretario: Dr. Julián Viso
Vocal: Dr. Leopoldo Moreno B.

13. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

Director: Dr. Mario César Navarro
Secretario: Dr. Joao D'Sousa
Vocal: Dr. Juan Carlos Díaz Odremán

14. COMITÉ DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

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

15. COMITÉ DE ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS Y JORNADAS

Coordinador: Dr. Ricardo Escalante
Secretario: Dr. Carlos Caballero
Vocal: Dr. René Sotelo

EX PRESIDENTES

Dr. Domingo Luciani	Dr. Hector Jurado Roz
Dr. Pedro Blanco Gasperi	Dr. Francisco Aguilera
Dr. Salvador Cordova	Dr. José Antonio Gubaira
Dr. Miguel Pérez Carreño	Dr. Augusto Diez
Dr. Fermin Díaz	Dr. Dario Montiel V.
Dr. Alfredo Borjas	Dr. Ismael Salas M.
Dr. Carlos Travieso	Dr. José David Díaz
Dr. Fernando Rubén Coronil	Dr. Adolfo Koelzow Jiménez
Dr. Ricardo Baquero González	Dr. Jesús González Romero
Dr. José Leonardi	Dr. Alberto Ferrer
Dr. Eduardo Carbonell	Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Francisco Montbrun	Dr. Miguel Zerpa Z.
Dr. Hernán Quintero	Dr. Francisco Romero
Dr. Aquiles Ermini	Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Francisco Romero Lobo	Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dr. José María Cartaya	Dr. Nassim Tatá Saldivia
Dr. Luis Bello Valera	Dr. Jorge Zito-Aché
Dr. Carlos Hernández	

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Jose María Cartaya	Dr. Rubén Jaén
Dr. Carlos A. Hernández H.	Dr. Antonio Clemente
Dr. José T. Rojas Contreras	Dr. Aaron Toledano
Dr. Luis Delfín Ponce Ducharne	Dr. Robinson Gómez
Dr. Vinicio Casas Rincón	Dr. Rafael Alejos
Dr. Francisco Aguilera García	Dr. Alonso León Rocha
Dr. José Antonio Gubaira Bahjos	Dr. Gerardo Hernández Muñoz
Dr. Dario Montiel Villasmil	Dr. Fernando Rodríguez Montalvo
Dr. Ismael Salas Marcano	Dr. Julián Viso Rodríguez
Dr. José David Díaz	Dr. Francisco Arcia Romero
Dr. Adolfo Koelzow Jiménez	Dr. Ladimiro Espinoza
Dr. Jesús González Romero	Dr. Eucario Méndez Contreras
Dr. Humberto Rivera Orozco	Dr. José Alberto Padrón Amaré
Dr. Miguel Zerpa Zafrañé	Dr. Jesús García Colina
Dr. Francisco Romero Ferrero	Dr. César Blanco Rengel
Dr. Pablo Briceño Pimentel	Dr. Guillermo Colmenares Arreaza
Dr. Antonio Andrade Manzanero	Dr. Pedro Sanabria González
Dra. Luisa Teresa Silva	Dr. Jaime Díaz Bolaños

MIEMBROS EMÉRITOS

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

DELEGADOS AL C.N. POR LA SEDE

Dr. Mauro Carretta	Dr. Yosú Viteri
Dr. Oscar Colina	Dr. José Félix Vivas
Dr. Leopoldo Moreno Brandt	Dr. Enrique Montbrun
Dr. Raimundo Kafruni	Dr. Miguel Saade
Dr. Marco Sorgi	Dr. Luis Vivas Rojas
Dr. Francisco Echegaray	Dr. Oscar Colina
Dr. Pablo Ottolino	Dra. María Teresa Luna
Dr. Luis Oswaldo Báez	Dr. Raúl Ferro

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES.

REGLAS GENERALES

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

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

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

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

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

normas internacionales existentes.

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

ORGANIZACIÓN DEL MANUSCRITO

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

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

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

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

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

El XVIII Congreso Latinoamericano de Cirugía F.E.L.A.C. 2009 y LXVI Jornada Nacional de Cirugía fue un evento que dejó en sus asistentes mucha información, gratos recuerdos de momentos amenos compartiendo con antiguos y nuevos amigos, además de grandes retos para mejorar la atención a nuestros pacientes y a la comunidad.

El cirujano es quien mejora las personas mediante sus habilidades manuales al realizar procedimientos invasivos, en consecuencia somos vistos como "ingenieros" que cortan y unen estructuras, mientras que los internistas son vistos como contemplativos, analíticos y muy cercanos a la Filosofía. Sin embargo, estas diferencias, si es que existieron, entre los roles de cirujano o internista, están siendo progresivamente borradas. Se está yendo más allá que remover la coledocolitiasis por endoscopia o la colocación endovascular de prótesis.

Técnicas cada vez menos invasivas hacen que especialistas de áreas no quirúrgicas se vean tentados a hacer extirpaciones y reparaciones que deben ser hechas por cirujanos, y de allí la importancia que tiene el esfuerzo iniciado por la directiva de la Sociedad al invitar a la Sociedad de Gastroenterología para trabajar unidos para definir alcances y fines de la cirugía tipo NOTES, así como reglamentar su uso.

La práctica médica actual debe ser "centrada en el paciente" y cada vez más basada en el trabajo en un equipo multidisciplinario. La complejidad de los modernos procedimientos quirúrgicos y de atención perioperatoria a los pacientes hace esencial que un equipo funcione bien. Estos equipos necesitan un líder (o líderes), pero el liderazgo en general se basa en la discusión y consenso y debe centrarse en las necesidades y deseos del paciente. Siempre que sea posible, las recomendaciones sobre la gestión del paciente son 'evidence-based'(soportadas en realidades estadísticas).

Aplicar la definición de Salud como el perfecto estado de confort bio -psico- social hace que la Cirugía incluya el ejercicio de la Epidemiología y de la Medicina Preventiva en su labor. La principal morbimortalidad prevenible que azota nuestros pueblos es la debida al trauma, que mata gente joven y útil, además de obligar a gastar astronómicas cifras de dinero en la atención y rehabilitación de ellos, aparte de lo que se pierde por el trabajo que no realizan al estar enfermos. La experiencia del estado de Sao Paulo, Brasil al interactuar con las autoridades con un plan de "cero tolerancia" con la ingesta de alcohol por choferes ha reducido la mortalidad por accidentes de tránsito y por heridas de bala en cifras apreciables. De igual manera, la cirugía metabólica, que está alcanzando niveles de efectividad y complejidad muy interesantes, es útil para prevenir las enfermedades debidas al sobrepeso.

Sigue siendo la asistencia a Congresos de esta categoría la manera más agradable de adquirir información útil y aumentar amistades. Espero compartir con ustedes en el XXX Congreso Venezolano de Cirugía en Valencia.

Dr. M. Eduardo Castillo Rojas.

Delegado al Consejo Nacional por el Capítulo de Lara

ECOFISTULOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL

MELO, INGRID*
VIVAS, JOSÉ FÉLIX*
FRANCO, RANDY*
PINTO, HEIRO*
ESTANGA NINOSKA*

RESUMEN

Objetivos: Demostrar la utilidad de la ecofistulografía en la identificación de la fístula perianal. Estudio realizado en el Servicio de Cirugía 2 del Hospital Domingo Luciani, IVSS, Caracas.

Pacientes y Método: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal de todos los pacientes que consultaron por secreción perianal en el período comprendido entre octubre de 2008 y junio de 2009. Para la ecofistulografía se utilizó un equipo de ultrasonografía tridimensional Profocus Blue de BK Medical®, con transductor 2050 de 360°. Todos los estudios fueron realizados por el mismo explorador.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, 37 hombres y 4 mujeres, en edades comprendidas entre 20 y 70 años, encontrando 7 fístulas interesfintéricas, 10 fístulas transesfintéricas, 2 fístulas extraesfintéricas, 1 fístula supraesfintérica; 2 fístulas en herradura. En 4 fístulas se observó un trayecto secundario. En 5 estudios se observó 1 o más cavidades de absceso y en 23 pacientes se evidenció la localización del orificio interno. En 23 pacientes se pudo realizar la medición del trayecto, y en 27 de los casos se describió su relación con el complejo esfinteriano.

Conclusiones: La ultrasonografía transrectal tridimensional se considera un instrumento de gran importancia en el manejo de la fístula perianal orientando la búsqueda de hallazgo quirúrgico, siendo de ayuda para decidir la conducta, disminuir el índice de recidivas y complicaciones; por ser un método diagnóstico rápido, de bajo costo, con posibilidad de utilización en nuestro medio y bien tolerado por los pacientes.

Palabras clave

Fistulografía, eco tridimensional, fístula perianal.

FISTULOGRAPHY AS DIAGNOSTIC TOOL IN THE TREATMENT OF ANAL FISTULAS

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the effectiveness of fistulography in the identification of anal fistulas. Study performed at the General Surgery Service 2 of the Hospital Domingo Luciani, Caracas.

Patients and method: This is a prospective, descriptive and transversal study of all the patients consulting with perianal discharge, in a period between October 2008 and July 2009. For fistulography it was used a tridimensional ultrasonographic Profocus Blue of BK Medical®, with a 2050 of 360° transducer. All the studies were done by the same explorer.

Results: There were included 41 patients, 37 males, and 4 females; with ages between 20 and 70 years old. We found 7 inter-sphincteric fistulas, 10 trans-sphincteric, 2 extra-sphincteric, 1 supra-sphincteric and 2 horseshoe fistulas. In 4 patients, secondary tracks were identified. In 5 studies we found one or more abscesses cavities and internal opening was demonstrated in 23 patients, and tracks were measured. The relationships with sphincteric complex was described in 27 patients.

Conclusions: Tridimensional trans-anal sonography is considered a very important diagnostic tool in the management of anal fistula. It helps to decide the surgical strategy. With this method we can decrease the number of recidives and complications, also is an economic, fast and well tolerated study.

Key words

Fistulography, anal fistula, tridimensional eco

* Servicio de Cirugía 2. Hospital Dr. Domingo Luciani, IVSS, Caracas

La fístula perianal es una frecuente patología, definida como un trayecto que conecta a dos superficies epitelizadas, generalmente entre el conducto anal y la piel perianal⁽¹⁾. Está compuesta por el orificio de apertura interna o primario (localizado en el conducto anal a nivel de la línea dentada), el trayecto fistuloso y el orificio de apertura externa o secundario (en la piel perineal). Puede tener componentes adicionales como trayectos secundarios o múltiples orificios de apertura interna o externa, o cavidades de abscesos lo que puede complicar su manejo, constituye un antiguo y frecuente problema quirúrgico, secundario por lo general a un absceso ano rectal tratado con una o más incisiones.

La sintomatología más frecuente es la pérdida de secreción purulenta por el orificio secundario, ano húmedo y prurito anal. Independientemente de la forma y localización de una fístula, el paciente se queja de inflamación ano rectal, dolor y secreción⁽²⁾. La etiología de las fístulas anales es inespecífica hasta en 90% de los casos y se explican por la teoría criptoglandular, que son tractos persistentes desarrollados a partir de una glándula anal infectada y que se extienden hacia una abertura externa en la región perianal.

Las fístulas anales se presentan en 1 de cada 10.000 habitantes, con una predominancia hombre: mujer de 2:1 a 7:1; ocurriendo desde la adolescencia hasta la edad adulta con la más alta incidencia entre los 30 y 50 años de edad. Aproximadamente 26-50% de los abscesos ano rectales resultará en la formación de una fístula⁽³⁾.

Las fístulas se clasifican de acuerdo con su extensión primaria en relación con el esfínter anal externo y el músculo puborrectal. La clasificación más frecuentemente empleada es la descrita por Parks et al⁽¹⁾, en 1979, que correlaciona el curso fistuloso en un plano coronal con el mecanismo esfinteriano, toma como referencia el músculo esfínter externo del ano, describiendo trayectos inter (45%), trans (30-40%), extra (2%) y supraesfinterianos (4%) según su relación con éste. Esta clasificación permanece hasta ahora sin cambios significativos, aún cuando algunas fístulas no son clasificables^(4,5), ya sea por tener varios trayectos o por maniobras iatrogénicas que modifican el tipo y número de trayectos. Es útil para estratificar a los pacientes de cara al manejo quirúrgico, el cual depende de la naturaleza del trayecto primario, así como de la presencia de trayectos secundarios y abscesos concomitantes. El éxito del tratamiento dependerá de la identificación y la caracterización correcta de todos los trayectos fistulosos, ya que cualquier fístula o extensión no identificada, o erróneamente clasificada es la causa más importante de recurrencia.

El tacto rectal y el examen ginecológico son importantes, estando la confirmación diagnóstica dada por estudios imagenológicos.

En la actualidad existen diversas técnicas diagnósticas para fístulas ano rectales, la fistulografía tiene poco valor, al igual que el ultrasonido bidimensional endoanal, pues este último se limita a mostrar la presencia de abscesos, pero sin la identificación de los trayectos. Desde que Law et al⁽⁶⁾ publicaran su experiencia en pacientes con fístulas perianales recurrentes en el año 1989, la ecografía endoanal se ha empleado de forma creciente en la evaluación de la enfermedad inflamatoria perirrectal. Sin embargo, los estudios que han valorado su utilidad y eficacia tienen resultados muy variados. En 1993, Cheong et al⁽⁷⁾ describieron el uso del peróxido de hidrógeno (H₂O₂) como agente de contraste en 2 pacientes con fístulas recurrentes. El trayecto fistuloso, visualizado como una lesión lineal hipoeoica en el estudio convencional, se muestra hiperecogénico al introducir H₂O₂ a través del orificio externo. Estos autores demostraron que el H₂O₂ aumenta la diferenciación entre capas tisulares en el trayecto, con lo que resulta un método que mejora la precisión de la ecografía endoanal en la valoración de las fístulas recurrentes.

La ultrasonografía endoanal tridimensional, tiene un 95% de efectividad para la identificación de los trayectos y orificios cuando se usa con agua oxigenada, contra un 98% de la resonancia magnética con bobina endorrectal^(8,9). Pasando de la anatomía ultrasonográfica del canal anal y del recto normal, a través de la evaluación ultrasonográfica de las diferentes enfermedades ano rectales benignas, a lo más moderno de la terapia quirúrgica y nuevas opciones de tratamiento por autores expertos, este estudio nos ayuda en las aproximaciones diagnósticas y terapéuticas con ilustraciones extensas de alta calidad junto con lineamientos orientados a la práctica, siendo así una referencia fundamental, tanto para cirujanos generales como para especialistas cirujanos colorrectales, gastroenterólogos, radiólogos y ginecólogos.

La utilización de la ecografía endoanal es uno de los mayores avances de la última década en la evaluación de la enfermedad ano rectal y del suelo de la pelvis, debido a su bajo costo, su buena tolerancia, la facilidad de uso y la calidad de las imágenes obtenidas. Estas circunstancias hacen que sea extraordinariamente útil y se deba considerar imprescindible como método diagnóstico en una unidad de coloproctología.

Hussain et al⁽¹⁰⁾, más recientemente, ha demostrado una mejora en los resultados obtenidos cuando se utiliza la instilación de agua oxigenada junto con una exploración ultrasonográfica tridimensional y, por tanto, una mayor concordancia con los datos de la resonancia magnética nuclear con endocoil. Con este método se alcanza una concordancia entre ambas pruebas diagnósticas del 88% para los trayectos fistulosos primarios, de un 90% para la localización del orificio interno, de un 78% para los trayectos fistulosos secundarios y de un 88% para la localización

de colecciones abscesificadas^(11,12), sin encontrar diferencias en la comodidad o preferencia del paciente de una técnica sobre la otra. De esta manera, la identificación del orificio interno pudo realizarse correctamente en el 95% de los pacientes en el caso de la ultrasonografía y del 98% en el caso de la resonancia magnética nuclear, con resultados muy similares.

Por lo antes expuesto, se decide mostrar la técnica y los hallazgos de esta investigación, queriendo así realizar en Venezuela un trabajo pionero que demuestre la utilidad de este recurso para el manejo actual de la patología ano rectal, específicamente en pacientes con diagnóstico de fístula perianal.

PACIENTES Y MÉTODO

En el estudio se incluyó a todos los pacientes que consultaron al Servicio de Cirugía 2 del Hospital Domingo Luciani, por presentar secreción perianal, practicándosele ultrasonografía endoanal y/o ecofistulografía, referidos de distintos centros, en un período comprendido entre octubre de 2008 y junio de 2009. El equipo de ecografía utilizado fue un Profocus Blue de BK Medical®, transductor 2050, frecuencia de 6-16MHz, con escaneo automático proximal distal, de 6cm con transductor de 360° (Figura 1).

FIGURA 1

Profocus Blue de BK Medical®, Transductor 2050



Se realizó, en primer lugar, un estudio de ecografía endoanal tridimensional previo, con el paciente en decúbito lateral izquierdo, luego se canalizó el orificio fistuloso externo (Figura 2), con la cubierta de plástico de un yelco de 18 o 20 G, y se inyectó lentamente 5 ml de peróxido de hidrógeno (Figura 3), mientras se realizaba de nuevo la exploración ecográfica, obteniéndose la imagen en cubo para el análisis posterior.

FIGURA 2

Canulación del orificio fistuloso.



FIGURA 3

Peróxido de hidrógeno, yelco 20G, K50 e inyectadota de 5 cc.



FIGURA 4

Ecofistulografía

**RESULTADOS**

Se incluyeron 41 pacientes que consultaron por secreción perianal, 37 hombres y 4 mujeres, en edades comprendidas entre 20 y 70 años, practicándose 41 eco endoanales + ecofistulografías desde octubre de 2008 a junio de 2009, encontrando 7 fístulas interesfintéricas (Figura 5), 10 fístulas transesfintéricas (Figura 6), 2 fístulas extraesfintéricas, 1 fístula supraesfintérica; 2 fístulas en herradura (Figura 7). En 4 fístulas se observó un trayecto secundario (Figura 8). En 5 estudios se observó 1 o más cavidades de absceso y en 23 pacientes se evidenció la localización del orificio interno. En 23 pacientes se pudo realizar la medición del trayecto, y en 27 de los casos se describió su relación con el complejo esfinteriano.

Tabla 1

Distribución por edad y sexo en pacientes con secreción perianal

Edad	Hombres	Mujeres
21-30	2	1
31-40	5	1
41-50	12	1
51-60	13	1
61-70	5	0
Total	37	4

Tabla 2.

Diagnóstico ultrasonográfico de pacientes con secreción perianal.

Sexo	Absceso sin fístula	Fístula	Tumor fistulizado	Deformidad de margen anal
Hombres	10	24	2	1
Mujeres	1	3	0	0
Total	11	27	2	1

Fuente: Muestra recolectada. Servicio de Cirugía 2. Hospital Domingo Luciani

Tabla 3

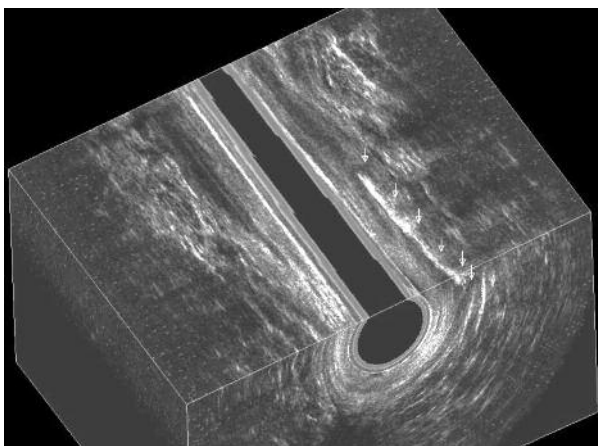
Hallazgos de ecofistulografía en pacientes con fístula perianal.

Tipo de fístula	Simple	Compleja	Trayecto secundario	Cavidad de absceso
Fístula transesfintérica	8		2	2
Fístula extraesfintérica	2	2		1
Fístula supraesfintérica	1			1
Fístula interesfintérica	5		2	1

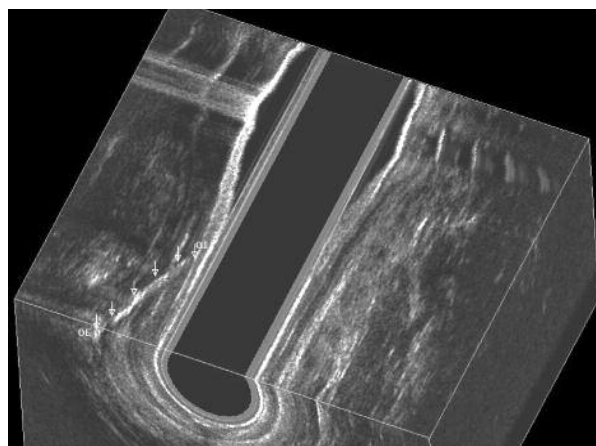
Fuente: Muestra recolectada. Servicio de Cirugía 2. Hospital Domingo Luciani

FIGURA 5

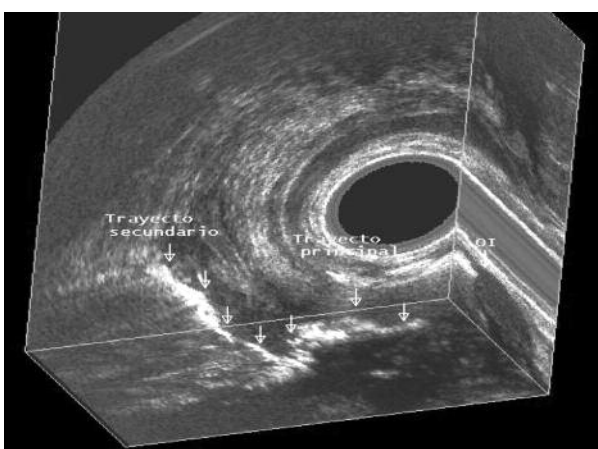
Fístula interesfintérica. Las flechas indican el trayecto fistuloso

**FIGURA 6**

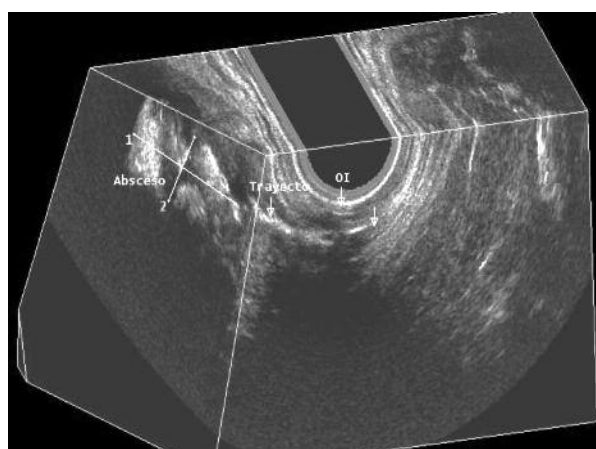
Fístula transesfintérica. Se observa el trayecto a través de los dos esfínteres.

**FIGURA 7**

Fístula en herradura.

**FIGURA 8**

Fístula con trayecto secundario y cavidad



Por lo expuesto anteriormente, se pretende demostrar en este trabajo la utilidad de la ultrasonografía tridimensional endoanal como nueva alternativa diagnóstica para el tratamiento quirúrgico de la fístula perianal, considerando sus ventajas sobre otros métodos diagnósticos, así como su versatilidad, con la finalidad de lograr resultados quirúrgicos satisfactorios y menor incidencia de complicaciones trans-operatorias y post-operatorias a través de procedimientos óptimos y asertivos.

Con la tendencia actual de utilizar la ultrasonografía transrectal tridimensional, se considera a la ecofistulografía como un instrumento de gran importancia en el manejo de la fístula perianal y de ayuda para decidir la conducta quirúrgica a seguir, por ser un método diagnóstico rápido, de bajo costo, con posibilidad de utilización en nuestro medio y bien tolerado por los pacientes.

REFERENCIAS

1. F López-Ríos, Enfermedades ano rectales, diagnóstico y tratamiento. 1999 Harcourt Brace SA, España. Cap 9, pag 173-174, Cap 26, pag 406-416.
2. Guerrero V, Pérez J, Ramón J, Belmonte C. Incidencia de fístulas anorrectales en pacientes con abscesos tratados quirúrgicamente y con antibióticos de manera rutinaria. Cir Gen 2006; 28: 28-32.
3. Matos D, Sydney S, Coloproctología, UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Manole, 2004. Cap 31, pag 337-344.
4. Pascual-Migueláñez I, García-Olmo D, Martínez-Puente MC, Pascual- Montero JA. Is routine endoanal ultrasound useful in anal fistulas? Rev Esp Enferm Dig. 2005; 97:323-7.
5. Esclapez-Valero J, García-Botello S. Enfermedad anorrectal benigna, valor actual de la ecografía endoanal en el diagnóstico de la enfermedad proctológica benigna. Cir Esp 2005; 78: 8 - 14.

6. Santoro G, Di-Falco G. Enfermedades anorrectales benignas. AMOLCA 2008. 29-57.
7. Law PJ, Bartram CI. Anal endosonography: technique and normal anatomy. Gastrointest Radiol 1989; 14:349-53.
8. Choen S, Burnett S, Bartram CI, Nicholls RJ. A comparison between endoanal ultrasound and digital examination in the evaluation of anal fistulae. Br J Surg 1991; 78; 445-447.
9. Charfuelán O, Charfuelán O. Clínica Quirúrgica Anorrectal. Editorial Distribuna 2005. Cap .8: 61- 74.
10. Hussain SM, Stoker J, Schouten WR, Hop WC, Lameris JS. Fistula in ano: endoanal sonography versus endoanal MR imaging in classification. Radiology 1996; 200:475-481.
11. Cho DY. Endosonographic criteria for an internal opening of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1999; 42:515-518.
12. Navarro-Luna A, García-Domingo MI, Rius-Macias J, Marco-Molina C. Ultrasound study of anal fistulas with hydrogen peroxide enhancement. Dis Colon Rectum 2004; 47:108-114.



NOTICIAS BREVES

**LXVI JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA
XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA
F.E.L.A.C.
HOTEL EUROBUILDING - CARACAS
11 AL 14 DE JULIO DE 2009**

PREMIOS OTORGADOS EN LA LXVI JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA

PREMIO "Dr. EDUARDO CARBONELL"
TRABAJO LIBRE DE PRESENTACION ORAL
**"CURA DE RECTOCELE VÍA TRANSANAL EXPERIENCIA
EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS."**

Drs.: Elvis Vargas, Lourdes Pérez, Patricia Bravo, Ingrid Melo
y Carlos Sardiñas

(*MENCION HONORIFICA*)
"Dr. EDUARDO CARBONELL"
**"ECOFISTULOGRAFÍA. ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE
FÍSTULA PERIANAL."**

Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani".
Drs.: Ingrid Melo, José Félix Vivas, Randy Franco, Heiro Pinto
y Ninoska Estanga

PREMIO "Dr. AQUILES ERMINY".
CARTEL
"VESÍCULA BILIAR DOBLE".

Clínica Sanatrix
Drs. Rafael Barrios, Zahira Delgado, Rubén Hernández
y Rafael Barrios.

(*MENCION HONORIFICA-Cartel Latinoamericano*)
"Dr. AQUILES ERMINY".

**"MODELO DE QUISTE HEPÁTICO Y CIRCULACIÓN
HEPÁTICA. ENTRENAMIENTO DE QUISTECTOMÍA Y
LOBECTOMÍA LAPAROSCÓPICA".**

Clínica Hospital San José. Loja-Ecuador.
Drs.: M. Ruiz Zabaleta, M. Ruíz Burneo y G. Ruiz Zabaleta

(*MENCION HONORIFICA-Cartel Venezolano*)
"Dr. AQUILES ERMINY".

**"TRAUMATISMO MEDIASTINAL POR ARMA BLANCA,
SIN LESIONES. CASO EXCEPCIONAL".**

Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández".
Caracas-Venezuela
Hospital "Dr. Pablo Acosta Ortiz",
San Fernando de Apure. Venezuela
Drs.: Bernadette Gil Masroua, Merys Rojas,
Grisette Gutiérrez y Pedro Belisario

PREMIO "DR. AUGUSTO DIEZ". VIDEO
**"GASTRECTOMIA VERTICAL SIMPLIFICADA.
USO DE PUERTO DE ACCESO ÚNICO"**

Instituto Docente de Urología.
Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela
Drs. Oswaldo Penissi, Joyce Ciaccia, J. Espinola
y L. Aranguren

REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL: COMPARACIÓN DE LAS TÉCNICAS LIBRES DE TENSION PHS® VS LICHENSTEIN

CORDOVEZ, ELAIZA*
RODRÍGUEZ, ALEJANDRA*
HENRÍQUEZ, ÁLVARO*

RESUMEN

Objetivo: La técnica de Lichtenstein se presenta como el patrón de referencia a nivel mundial para la reparación herniaria por sus múltiples ventajas ya demostradas. La introducción en el mercado del sistema de hernia de polipropileno (PHS®) ofrece ventajas adicionales, con lo cual podría disminuir aún más la recurrencia de esta frecuente patología.

Pacientes y método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo entre las dos técnicas quirúrgicas, con un total de 79 pacientes que fueron intervenidos en el Departamento de Cirugía General del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo de Caracas, en el lapso comprendido entre diciembre de 2004 y marzo de 2006.

Resultados: Fueron reparadas 35 hernias con PHS® (7 bilaterales) y 59 hernias con la técnica de Lichtenstein (8 bilaterales), con el objetivo de evaluar las ventajas de ambas técnicas. Se analizaron estadísticamente las siguientes variables: edad, sexo, hábitos psicobiológicos, antecedentes personales, tipo de anestesia, duración de la cirugía, tipo de intervención, técnica quirúrgica, tiempo de hospitalización y complicaciones, resultando que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas.

Conclusión: El PHS® es un método seguro, reproducible y con una corta curva de aprendizaje, además de reforzar en su totalidad el orificio miopectíneo, por lo que se recomienda como una alternativa para la reparación de las hernias inguinales directa, indirecta y femorales.

Palabras clave

Hernia inguinal, técnicas libres de tensión, sistema de hernia de polipropileno.

INGUINAL HERNIA REPAIR: A COMPARISON BETWEEN PHS® AND LICHENSTEIN'S TENSION FREE TECHNIQUES

ABSTRACT

Objective: Lichtenstein's technique is worldwide accepted as a reference in the hernia repair for its demonstrated advantages. Polipropylene hernia system (PHS®) provides additional benefits, which it would reduce still more recurrences in this frequent pathology.

Patients and method: This is a descriptive, retrospective and comparative study of both surgical techniques in 79 patients treated at the Surgical Department of the Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, Caracas, between December 2004 and March 2006.

Results: There were repaired 35 hernias with PHS® (7 bilateral), and 59 hernias by Lichtenstein's technique (8 bilateral). We analyzed age, gender, psychobiologic habits, comorbidities, type of anesthesia, surgical time, hospital stay and complications. We didn't find statistical differences between both techniques.

Conclusion: PHS® is a safe and reproducible procedure, with a short learning curve. It also reinforces the myopectin orifice, for what we recommend as an alternative in the repair of groin hernias.

Key words

Inguinal hernia, tension free techniques, polipropylene hernia system

* Departamento de Cirugía General
Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, Caracas.

La hernia es una patología no sólo antigua sino frecuente, representando una de las cirugías más comunes tanto en los quirófanos electivos como de emergencia, de allí que la necesidad de encontrar una técnica que logre resultados satisfactorios ha sido una inquietud para el cirujano a lo largo de su historia. Desde la realización de la primera hemiorrafia por Bassini hace más de 100 años, todas las modificaciones de las técnicas quirúrgicas habían presentado la misma desventaja: la tensión en la línea de sutura y por ende, una alta tasa de recidivas⁽¹⁾ por el hecho de suturar, con tensión, estructuras que normalmente no se encuentran afrontadas.

El concepto de hemiorrafia libre de tensión introducido por Lichtenstein se inició con la finalidad de reparar las hernias sin distorsionar la anatomía normal a través de un material protésico, sin la tensión de la línea de sutura, el cual ha ganado la popularidad y aceptación en todo el mundo, especialmente por la posibilidad de reproducir los resultados descritos por Lichtenstein⁽²⁾, aún en los cirujanos no especializados en la reparación de hernias. Sin embargo, se han podido identificar recurrencias con este método, por lo que ha sido importante diseñar nuevos materiales y técnicas que fortalezcan el mecanismo de acción y disminuyan la recurrencia de esta patología.

Adicionalmente, el entendimiento de la etiopatogenia de las hernias, nos hace comprenderla como una enfermedad crónica con lesión de la estructura normal de los tejidos y su cicatrización, por lo que, idealmente, debemos atender y reforzar los tejidos enfermos, tanto los que clínicamente son hernias manifiestas como los puntos débiles que serán asiento de otras en el futuro.

Con el avance de la tecnología y el advenimiento de nuevos procedimientos y materiales, la aparición en el mercado del sistema de hernia de polipropileno (PHS®) se presenta como una nueva y atractiva alternativa, ya que reúne los requerimientos para una reparación ideal, cubriendo la totalidad del orificio miopectíneo dentro de la cavidad abdominal además del piso inguinal externamente, lo que plantea no sólo la corrección, sino la prevención de las recurrencias de hernias inguinales, además de femorales con un mismo procedimiento⁽³⁾. Este logro representa un hecho importante con repercusión en el bienestar del paciente que no sufriría de nuevas incapacidades laborales ni pérdidas económicas por recidivas, además de ser beneficioso para las instituciones que tradicionalmente deben costear los gastos de nuevas intervenciones quirúrgicas.

El presente trabajo tiene la finalidad de comparar ambas técnicas, la descrita por Lichtenstein y la PHS®, a través de un estudio comparativo, descriptivo y retrospectivo de los pacien-

tes que fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de hernia inguinal en el lapso de quince meses entre los años 2004 y 2006.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio clínico, descriptivo y retrospectivo, de una muestra seleccionada de 79 pacientes, mayores de 15 años de edad, intervenidos quirúrgicamente en el Departamento de Cirugía General del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" con el diagnóstico de hernia inguinal, en el período de tiempo comprendido entre diciembre del 2004 y marzo del 2006.

Se calcularon las frecuencias y los porcentajes de las medidas cualitativas o nominales. Los contrastes de las variables nominales dicotómicas entre los grupos se basó en la prueba exacta de Fisher; en los casos que habían más de 2 filas se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson, se aplicó corrección de continuidad en los casos donde el número de frecuencias observadas por celda era menor de 5. Se consideró un contraste significativo si $p < 0,05$ y altamente significativo si $p < 0,01$; todos los datos fueron analizados con SPSS 14.0 para Windows.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se muestran a continuación, donde podemos evidenciar la distribución de la población por edad y sexo (Tabla 1), según su ocupación (Tabla 2) y según los antecedentes personales (Tabla 3).

En el gráfico 1 se comparan los diferentes tipos de anestesia empleados en cada técnica quirúrgica con una $p = 0,384$ por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa. Cabe señalar que, aún cuando ambas técnicas quirúrgicas han sido descritas para ser realizadas bajo anestesia local principalmente, la anestesia peridural fue la seleccionada en el 92,4% de los casos.

En el gráfico 2 se compara el tiempo empleado para la reparación de la hernia inguinal en cada técnica quirúrgica, evidenciándose que el mayor porcentaje de pacientes son operados entre 30 y 60 minutos, con una $p = 0,608$, por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambas técnicas.

En el gráfico 3 se comparan ambas técnicas quirúrgicas con los diferentes tipos de hernias según la clasificación de Gilbert modificada, para lo cual se calculó una $p = 0,989$ por lo que no es estadísticamente significativo. El mayor porcentaje corresponde a los tipos II (30,9%) y IV (29,8%), en relación con lo escrito en la literatura.

Tabla 1

Comparación de las variables demográficas entre ambos grupos.

	PHS®		Lichtenstein		
Variables	n	%	n	%	p
Sexo					0,438
Femenino	3	10,7	3	5,9	
Masculino	25	89,3	48	94,1	
Edad					0,743
15-29	6	21,4	12	23,5	
30-44	6	21,4	9	17,6	
45-60	12	42,9	18	35,3	
> 60	4	14,3	12	23,5	

Tabla 2

Distribución de la población según su ocupación.

Ocupaciones	PHS®		Lichtenstein		
	n	%	n	%	
Profesionales, técnicos, militares	5	17,9	17	33,3	
Comerciantes, vendedores	7	25	14	27,5	
Trabajadores agrícolas, pecuarios, transporte, obreros	7	25	9	17,6	
Jubilados, desempleados	7	25	8	15,7	
Oficios del hogar	2	7,1	3	5,9	
p = 0,566					

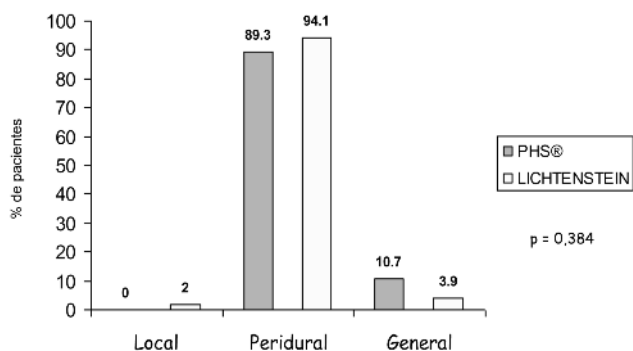
Tabla 3

Distribución de la población según su ocupación.

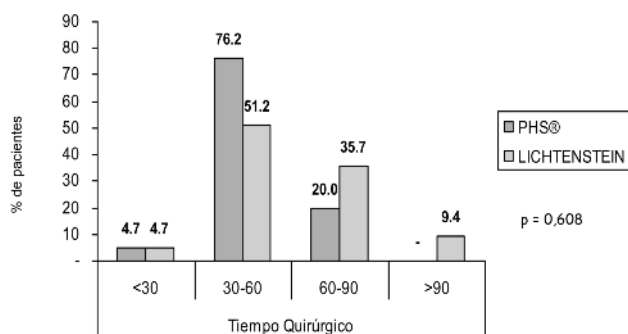
Tipos de antecedentes	PHS®		Lichtenstein		
	(n = 20)		(n = 43)		
	n	%	n	%	p
Patología prostática	2	10	4	9,3	0,709
Otras hernias	10	50	9	20,9	0,041
Patologías respiratorias	0	0	3	7	0,565
Varicocele	1	5	1	2,3	0,835
Cáncer	0	0	2	4,7	0,693
IRA	0	0	2	4,7	0,693
HTA	4	20	10	23,3	0,971
Diabetes mellitus	0	0	2	4,7	0,693
Tabaco	2	10	8	18,6	0,617
Otras	1	5	2	4,7	0,565

Gráfico 1

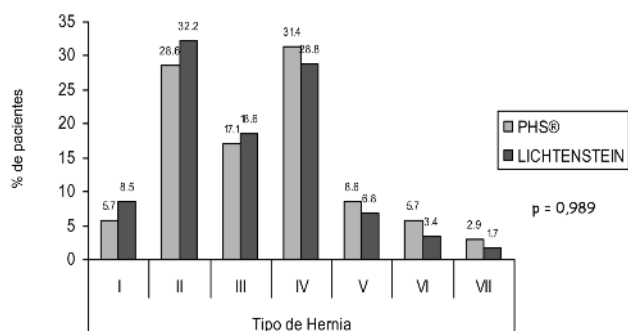
Distribución de la población según el tipo de anestesia administrada en cada técnica quirúrgica.

**Gráfico 2**

Distribución de la población según el tipo de anestesia administrada en cada técnica quirúrgica.

**Gráfico 3**

Distribución de la población según la aplicabilidad de las técnicas en cada tipo de hernia por la clasificación de Gilbert



En la Tabla 4 podemos apreciar las complicaciones reportadas en ambas técnicas quirúrgicas, donde predominan los seromas y hematomas en igual proporción para ambos grupos, sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0,854$). La otra complicación reportada fue la cefalea post-punción, la cual es inherente al acto anestésico y no a la técnica quirúrgica.

Tabla 4

Distribución de la población de cada técnica quirúrgica según las complicaciones.

Complicaciones	PHS®		Lichtenstein	
	n	%	n	%
Seromas	1	3,6	2	5,7
Hematomas	1	3,6	2	5,7
Cefalea postpunción	1	3,6	1	2,9
p = 0,854				

DISCUSIÓN

Durante más de un siglo, el parámetro que representaba el éxito de las hernioplastias era la tasa de recidivas; sin embargo, hoy en día ya se han logrado índices muy bajos y la necesidad de crear nuevos procedimientos para la corrección de las hernias inguinales persiste. Los actuales intentos de desarrollar diferentes técnicas quirúrgicas, e igualmente si nos referimos a la introducción de nuevos materiales protésicos y dispositivos, se han centrado en mejorar los elementos propiamente dichos de la operación, más que reducir una tasa ya baja de recurrencias, por lo que se han considerado otros aspectos como la disminución del tiempo quirúrgico y del período de recuperación, aplicabilidad técnica, reducción de las complicaciones y de los costos, etc, para referirnos a un procedimiento ideal, todo con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que ameritan ser sometidos a una hernioplastia.

Dentro de tantos procedimientos descritos, la hernioplastia abierta libre de tensión ofrece aún más beneficios que las técnicas laparoscópicas⁽⁴⁾; estas últimas, si bien es cierto, producen menos dolor en el postoperatorio y como consecuencia, un retorno más rápido a las actividades cotidianas del paciente, son procedimientos más costosos, técnicamente más difíciles y por ende, con una curva de aprendizaje más larga; por lo que las hernioplastias abiertas se presentan como el método de elección.

Tiempo quirúrgico

Lograr la disminución del tiempo quirúrgico no sólo implica beneficios para el paciente, disminuyendo la morbilidad del procedimiento mientras se logran iguales resultados, sino para el cirujano y la institución hospitalaria, por lo que ha tomado importancia en el momento de seleccionar una técnica en especial.

Kingsnorth⁽⁵⁾ en su estudio comparativo con 206 pacientes, concluyó que se logra una disminución del tiempo operatorio utilizando la técnica de PHS® de 4 minutos aproxi-

madamente; de 38,3 minutos con la técnica de Lichtenstein a 34,1 con la PHS® con diferencia estadísticamente significativa.

El trabajo de Pandanaboyana Sanjay y colaboradores⁽⁶⁾ no reportó diferencias con significancia estadística entre los tiempos quirúrgicos de ambas técnicas operatorias 36 minutos con PHS® vs 34 minutos con Lichtenstein.

En el estudio de Ochoa⁽⁷⁾ sobre la técnica de PHS®, los primeros doce pacientes (22,58%) fueron intervenidos en un lapso de tiempo entre 85 y 94 minutos, lo cual disminuyó progresivamente hasta alcanzar tiempos quirúrgicos menores (29,03% de los pacientes intervenidos entre 55 y 64 minutos) similar a lo reportado por Gilbert en su trabajo⁽³⁾, donde menciona tiempos operatorios menores a 60 minutos. Por lo tanto, Ochoa concluye que es una técnica de fácil aprendizaje que permite reducir el tiempo operatorio.

En nuestro trabajo, ambas técnicas quirúrgicas se realizaron en tiempos semejantes, sin representar diferencias significativas estadísticamente, coincidiendo con lo descrito en trabajos de la literatura nacional e internacional; la mayoría de los pacientes en ambas técnicas fueron intervenidos en un tiempo promedio entre 30 y 60 minutos (76,2% de los pacientes de PHS® y 51,2% de los pacientes de Lichtenstein) y la mayor parte del resto de los pacientes fueron intervenidos en tiempos mayores, relacionándose con la curva de aprendizaje de cada uno de los residentes durante su periodo de formación. Sin embargo, es de destacar que aún cuando no se trata de cirujanos especializados en la cura de hernias, se lograron tiempos similares a los estimados por los autores en sus descripciones originales de cada técnica.

Complicaciones

En el trabajo de Gilbert, desde abril de 1998 hasta febrero de 1999, se utilizaron 759 dispositivos de PHS® para la reparación de hernias inguinales reportándose complicaciones como seromas en el 4,2% de los casos, hematomas e infección del sitio operatorio en el 0,8%, por lo que las heridas fueron abiertas e irrigadas sin necesidad de retirar el dispositivo y con remisión completa del cuadro⁽³⁾. No se recolectó información sobre dolor postoperatorio de importancia y las molestias fueron fácilmente manejadas con analgésicos comunes tipo acetaminofén.

En el estudio de Kingsnorth del 2002, se reportó menos dolor estadísticamente significativo en el postoperatorio de los pacientes sometidos a reparación de hernia inguinal con la PHS®, relacionado con una reincorporación más rápida a sus actividades cotidianas⁽⁵⁾.

Mayagoitia, en su trabajo comparativo sobre PHS® y Lichtenstein del 2004⁽⁸⁾, reportó más complicaciones dentro del grupo de pacientes sometidos a la técnica de Lichtenstein pero sin diferencia estadísticamente significativa, dentro de las cuales se encontraron edema en el área quirúrgica, seromas, equímosis, infección del sitio operatorio y dolor crónico.

En nuestro trabajo, al igual que en otros reportados en la literatura, las complicaciones estuvieron relacionadas al procedimiento de hernioplastia como tal, más que con las técnicas libres de tensión utilizadas. Se reportaron complicaciones tempranas como seromas, hematomas y cefalea post-punción, todas diagnosticadas y resueltas espontáneamente dentro de los primeros 21 días del postoperatorio, sin significancia estadística entre ambos grupos. No se registraron complicaciones tardías en ninguna de las técnicas; sin embargo, debemos señalar que el seguimiento postoperatorio fue recolectado en las historias de forma deficiente, lo que difícilmente nos permite estimar un porcentaje real de complicaciones. Sin embargo, comparando los hallazgos de la literatura con nuestro trabajo podemos afirmar que son equivalentes, el índice de complicaciones es realmente bajo y asociado a eventos de baja morbilidad. En nuestro estudio no pudimos incluir el dolor postoperatorio ya que no se encontró registrado en las historias objeto de estudio, a pesar de saber que es un elemento importante a considerar al momento de hablar sobre las complicaciones de estos procedimientos. La cefalea postpunción, que en nuestro trabajo aparece como evento asociado al postoperatorio de algunos casos en ambos procedimientos, está asociada al tipo de anestesia mayormente utilizada (anestesia peridural) y no al procedimiento de hernioplastia propiamente dicho.

Anestesia

Tanto Lichtenstein⁽⁹⁾ como Gilbert⁽³⁾ describieron sus técnicas operatorias con la utilización de anestesia local, y en la actualidad, son muchos los autores que han escrito sobre sus ventajas.

El 98,5% de los pacientes del trabajo de Kingsnorth⁽⁵⁾ fueron sometidos a anestesia local y el resto con general, señalando su importancia como parte del procedimiento ya que permite una rápida recuperación en el día de la cirugía, alivio del dolor en el postoperatorio inmediato y pronta reincorporación del paciente a sus actividades cotidianas^(10,11).

Para comparar los resultados de ambas técnicas, Sanjay, Harris, Jones y Woodward utilizaron 64 pacientes⁽⁶⁾, todos con anestesia local, concluyendo que no hay diferencias estadísticas entre ambas y que la técnica de PHS®, aún cuando involucra disección preperitoneal, es bien tolerada y fácil de llevar a cabo con este tipo de anestesia.

En el estudio de Kawji⁽¹²⁾ con cinco muestras donde compara las reparaciones de Lichtenstein bajo anestesia local, Lichtenstein bajo anestesia general, laparoscópica, de Shouldice y la técnica con abordaje preperitoneal, demostró que el dolor postoperatorio y los requerimientos de analgésicos eran menores después de la reparación de Lichtenstein con anestesia local.

En el trabajo de Ochoa⁽⁷⁾, 87,88% de los pacientes fueron sometidos a anestesia peridural y sólo el 3,03% con anestesia local.

Sin embargo, y a pesar de los resultados publicados internacionalmente, a nivel nacional la anestesia local no es la norma, por el contrario lo son las conductivas. Al igual que el trabajo de Ochoa, en nuestra investigación, el 92,4% de los pacientes recibieron anestesia peridural para la hernioplastia. Si bien, en los demás trabajos revisados este hecho no aumentó la morbilidad, en el nuestro si lo hizo, aumentando el número de complicaciones como ya se discutió en el punto anterior, además de tener un promedio de días de hospitalización mayor a lo sugerido como cirugía ambulatoria.

Recurrencia

Las recurrencias son un elemento importante a considerar al momento de determinar la eficacia de una determinada cirugía, aún estudiando técnicas libres de tensión que tienen una muy baja tasa de recidiva ya documentada en la literatura mundial; por lo tanto, en este trabajo se incluyó como objetivo determinar la recurrencia de las hernias inguinales en pacientes intervenidos en nuestro servicio con cada una de las técnicas en estudio. El período de tiempo en estudio fueron quince meses consecutivos a lo largo de los cuales se intervinieron todos los pacientes, tiempo durante el que no se reportaron recidivas con el uso de ninguna de las técnicas. Sin embargo, sabemos que el tiempo de observación es corto como para poder determinar con fidelidad un índice de recidiva en nuestro servicio.

En el trabajo de Mayagoitia⁽⁸⁾ se realizó un seguimiento promedio de 42 meses de los pacientes intervenidos con la técnica de Lichtenstein y de 27,5 meses de los intervenidos con la PHS®, posterior a lo cual sólo se reportó un caso de recurrencia en el grupo de Lichtenstein a los seis meses de la operación.

En el estudio comparativo de Pandanaboyana Sanjay en el

2006, se reportó una recurrencia en el grupo de PHS® posterior a 4,2 años de seguimiento, sin significancia estadística⁽⁶⁾.

Gilbert⁽³⁾ no encontró recidivas en su estudio inicial utilizando las PHS® en 759 hernias inguinales a lo largo de 11 meses, enfatizando la importancia de evitar las diferentes resistencias en el tejido y la deformidad que resulta en la pared posterior protegiendo completamente el orificio miopectíneo y haciendo mención a la necesidad de seguir la observación de estos pacientes por tiempo más prolongado.

Las causas de las recidivas de la técnica de Lichtenstein han sido descritas, incluso por el mismo autor posterior a sus observaciones iniciales, resaltando que es necesario dejar un excedente de malla más allá del hueso púbico, incrementar la amplitud de la malla a 7,5 x 15 cm y mantenerla ligeramente arrugada, con forma de domo, con la laxitud suficiente que permita compensar los aumentos de presión intraabdominal, lo cual ayuda a disminuir la tasa de recidivas^(13,14).

Sin embargo, y a pesar de estas consideraciones, Celdrán, Frieyro, Souto y Villar reportaron tres casos de hernias recidivadas a través del anillo inguinal superficial posterior a su corrección con esta técnica, enfatizando la necesidad de reforzar el mecanismo de la malla a este nivel⁽¹⁵⁾.

Por lo que podemos observar en los reportes de la literatura mundial, las tasas de recidiva de ambas técnicas son muy bajas y bien pudiera corresponderse con lo observado en nuestra investigación, sin embargo, hacemos énfasis en la necesidad de determinar con exactitud las recidivas de nuestro Servicio.

Aplicabilidad

Son evidentes los resultados superiores de los procedimientos abiertos libres de tensión, con una curva de aprendizaje corta, aplicable en todo centro hospitalario, con bajo índice de recidivas, menos frecuencia de complicaciones y resultados reproducibles por cualquier cirujano, sin que dependa en gran medida de su experiencia, lo que habla de la sencillez de la operación.

Estas técnicas pueden ser empleadas con seguridad en todas las hernias inguinales, primarias o recurrentes, en cirugías electivas o de emergencia. Según la clasificación de Gilbert modifica-

da por Rutkow y Robbins, las hernias más frecuentes tanto en nuestro estudio como en la literatura consultada^(16,17, 18, 19) son la tipo II, IV y III, aunque las técnicas pueden ser empleadas en cualquiera de los otros tipos.

Al no tener francas diferencias entre las hemioplastias, el rango de variables a considerar en el momento de la selección de la técnica ha aumentado y al tomar en cuenta estas variables se encuentra que es superior la de PHS® seguida por Lichtenstein⁽²⁰⁾.

Con este trabajo pudimos concluir que ambas técnicas quirúrgicas son similares en cuanto a tiempo quirúrgico, complicaciones, tipo de anestesia requerida, recurrencias, aplicabilidad según tipo de hernia y presencia de complicaciones.

La introducción del sistema para hernia de polipropileno representa una válida respuesta para todas esas interrogantes que han surgido a lo largo de la historia de la reparación herniaria tratando de responder cuál es la técnica ideal, ya que se presenta con todas las ventajas de la técnica de Lichtenstein y adicionalmente, el hecho de proteger por completo el orificio miopectíneo con la posibilidad de dar tratamiento con éxito a las hernias presentes y prevenir la aparición clínica de las futuras hernias, inguinales y femorales, por lo que la recomendamos como alternativa para el tratamiento de las hernias inguinales y femorales.

REFERENCIAS

1. Read R. The centenary of Bassini's contribution to inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1987; 153: 322-323.
2. Rodríguez-Ortega MF, Cárdenas-Martínez G, López-Castañeda H. Evolución histórica del tratamiento de la hernia inguinal. *Cir Ciruj* 2003; 71: 245-251.
3. Gilbert AI, Graham MF y Voigt WJ. A bilayer patch device for inguinal hernia repair. *Hernia* 1999; 3: 161-166.
4. Papachristou EA, Mitselou MF, Finokaliotis ND. Surgical outcome and hospital cost analyses of laparoscopic and open tension-free hernia repair. *Hernia* 2002; 6:68-72.
5. Kingsnorth AN, Wright D, Porter CS. Prolene hernia system compared with Lichtenstein patch: a randomized double blind study of short-term and medium-term outcomes in primary inguinal hernia repair. *Hernia* 2002; 6:113-119.
6. Sanjay P, Harris D, Jones P, Woodward A. Randomized controlled trial comparing prolene hernia system and Lichtenstein method for inguinal hernia repair. *ANZ J Surg* 2006; 76: 548-551.
7. Ochoa AM. Reparación de hernias inguinales e inguinoescrotales: utilización del sistema de polipropileno (Trabajo Especial de Grado). Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2004.
8. Mayagoitia JC. Inguinal hernioplasty with the prolene hernia system. *Hernia* 2004; 8: 64-66.
9. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. The tension free hernioplasty. *Am J Surg* 1989; 152:188-193.
10. Rutkow IM, Robbins AW. Sistema de clasificación y hernias inguinales. *Clin Quir Nor Am* 1998; 6: 1051-1060.
11. Papachristou EA, Mitselou MF, Finokaliotis ND. Surgical outcome and hospital cost analyses of laparoscopic and open tension-free hernia repair. *Hernia* 2002; 6:68-72.
12. Kawji R, Feichter A, Fuchsjäger. Postoperative pain and return to activity after five different types of inguinal herniorrhaphy. *Hernia* 1999; 3:31-35.
13. Amid PK, Lichtenstein IL. Long-term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty. *Hernia* 1998; 2: 89-94.
14. Amid P. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia* 2003; 7: 13-16.
15. Celdrán A, Frieyro O, Souto L, Villar S. Study of recurrences after anterior open tension-free hernioplasty. *Hernia* 2000; 4:85-87.
16. Level L, Ponce J, Matus C, Dao H. Reparación de hernias inguinales por técnica sin tensión. *Rev Venez Cir* 1999; 52: 88-96
17. Zito J, Rodríguez M, Riera A, Trumphy A, Vera L, et al. Hemioplastia sin tensión y tapón de malla. *Rev Venez Cir* 2000; 53: 36-41.
18. Pedrotti F, Valls J. Hemioplastia inguinal y crural con malla (Trabajo Especial de Grado). Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1999.
19. Téllez R, Unshelm G. Hemioplastia inguinal. Uso del tapón de malla (Trabajo Especial de Grado). Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2003.
20. Murphy JW. Use of the prolene hernia system for inguinal hernia repair: retrospective, comparative time analysis versus other inguinal hernia repair systems. *Am Surg* 2001; 67: 919-923.

SIMULADOR LAPAROSCÓPICO COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE

APONTE-RUEDA MARÍA*
SAADE, RAMÓN*
NAVARRETE-AULESTIA SALVADOR*

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el efecto de las prácticas estructuradas de destrezas laparoscópicas básicas en un simulador inanimado al compararse la actuación de estudiantes de medicina con residentes de primer año del postgrado de cirugía.

Materiales y método: Fueron evaluados diez residentes del primer año postgrado de Cirugía General y diez estudiantes del tercer año de la Escuela de Medicina "Luis Razetti", Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" Servicio de Cirugía III, sin experiencia quirúrgica previa. Ambos grupos tuvieron una sesión de evaluación de la destreza laparoscópica de base, asistiendo a un, dos o tres sesiones de prácticas de una hora semanal con un programa de cinco tareas laparoscópicas. El puntaje inicial fue obtenido durante la primera práctica y el puntaje final posterior a su última práctica. Las prácticas fueron realizadas en Instituto de Cirugía Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

Resultados: En todos los individuos el tiempo inicial fue tomado al principio de la práctica, sin diferencias significativas entre los dos grupos. Los sujetos en ambos grupos mostraron marcada mejoría global de sus puntajes en todas las tareas ($p < 0.0006$). En los puntajes de la práctica final, tanto en grupo de estudiantes como en el grupo de residentes hubo mejoría estadísticamente significativa de los mismos ($p = 0.0313$). Al comparar los puntajes finales obtenidos por cada grupo no hubo diferencia significativa con respecto a la mejoría alcanzada a partir del tiempo inicial, por lo que ambos mejoraron de manera uniforme sin predominio de uno en particular.

Conclusión: El simulador laparoscópico es una herramienta efectiva para el desarrollo de destrezas laparoscópicas en residentes y personas sin experiencia quirúrgica, a través de la realización de prácticas estructuradas en un período de tiempo.

Palabras clave

Simulador laparoscópico, modelo de entrenamiento.

LAPAROSCOPIC SIMULATOR AS A LEARNING TOOL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the structured practice effects of basic laparoscopic skills in an inanimate simulator comparing the performance of medical students with PG I surgical residents.

Method: There were evaluated 10 PG I General Surgery residents and 10 third year students of the "Luis Razetti", School of Medicine, UCV, Caracas, without prior surgical experience. Both groups had one evaluation session of basic laparoscopic skill, assisting to one, two or three practice sessions, one hour by week, with a 5 laparoscopic task program. Initial score was obtained at the first practice, and final score at the last. All practices were at the Instituto de Cirugía Experimental of the Universidad Central de Venezuela.

Results: In all the subjects, initial time was registered at the practice beginning, without significant differences between both groups, showing an overall improvement of the scores in all tasks ($p < 0.0006$). Regarding final practice scores, in all the groups there was improvement with statistical significance ($p = 0.0313$). Comparing final scores obtained by each group, there was no statistical significance regarding improvement from initial time, with no preponderance of any in particular.

Conclusion: Laparoscopic simulator is an effective tool in the development of laparoscopic skills in resident and no surgical experience medical students from the performance of structured practices.

Key words

Laparoscopic simulator, training model

* Hospital Universitario de Caracas. Venezuela.
Instituto de Cirugía Experimental.
Universidad Central de Venezuela

La cirugía laparoscópica se ha convertido rápidamente en un lugar común en la cirugía general, debido a los beneficios vistos en el paciente, tales como: menor tasa de complicación, menor dolor y más rápida recuperación. Con la expansión del concepto de cirugía mínimamente invasiva, paulatinamente va creciendo el número de procedimientos laparoscópicos asumidos por los servicios quirúrgicos, por lo que hay que reconocer que pocas veces un procedimiento de tanta importancia ha estado alejado de los circuitos académicos ordinarios,⁽¹⁾ lo que ha incrementado las interrogantes e inquietudes respecto a la preparación necesaria de los cirujanos.⁽²⁾

La adquisición de la destreza laparoscópica es un área de especial interés, la destreza requerida para la cirugía laparoscópica no es innata, necesita ser adquirida y perfeccionada con el entrenamiento, ya que son pobremente aprendidas al ser mimetizadas con la observación o por el análisis de un texto escrito debido a su dificultad y a su naturaleza no intuitiva.⁽³⁻⁸⁾

La laparoscopia se diferencia de la cirugía abierta en la falta de percepción de la profundidad, como consecuencia de la visión monocular, la inhabilidad para mirar directamente el espacio de trabajo; la disminución de los grados de libertad en el movimiento, resultado del uso de instrumentos fijados con puertos y la pérdida de la retroalimentación táctil⁽⁹⁾ es decir, requiere del uso de ambas manos con una imagen magnificada en dos dimensiones cuyo eje visual no está alineado con los ejes motores, trabajando alrededor de restricciones cinéticas impuestas por los instrumentos.⁽¹⁰⁾ Por lo tanto, la justificación para la adquisición de la habilidad técnica básica fuera del quirófano se encuentra arraigada en estas convicciones prácticas. Reciente experiencia publicada muestra que la adquisición de destreza técnica básica en laparoscopia no requiere del contacto directo con el paciente y puede ser adquirida a través de diferentes modelos de entrenamiento, que son eficaces para la enseñanza quirúrgica de manera estructurada, lo que hará factible el completo entendimiento de los principios de la cirugía laparoscópica al ir desarrollando tareas operativas de mayor complejidad.^(4, 11-16)

Existen numerosas opciones como modelo de entrenamiento de destrezas técnicas laparoscópicas, incluyendo animales vivos, cadáveres humanos, modelos inanimados y simuladores de realidad virtual. Aunque los animales vivos y los cadáveres humanos tienen la ventaja de lo fidedigno de la anatomía y de ofrecer la resistencia de los tejidos, son de costoso mantenimiento y no pueden ser usados años tras años. La mejora de la tecnología de los simuladores virtuales los ha hecho atractivos, pero también son de alto costo. Los modelos inanimados representan actualmente una opción para masificar el entrenamiento de las destrezas técnicas, ya que estos simuladores son relativamente

poco costosos y disponibles dentro de cualquier institución, siendo accesible para la práctica del cirujano.⁽⁹⁻¹⁷⁾ La aplicación de estos modelos de entrenamiento traería la enseñanza de la cirugía del sistema subjetivo de aprendizaje introducido por Halsted a finales del siglo XIX hacia un sistema objetivo, cuantificable y reproducible que beneficie al paciente y optimice la formación del cirujano.

El entrenamiento quirúrgico ha alcanzado un punto donde el viejo adagio de “ver uno, hacer uno y enseñar uno”, se ha convertido en anticuado, es decir, la educación quirúrgica está pasando por un cambio de paradigma desde el modelo tradicional, basado en la experiencia, a un programa que requiere la documentación de la competencia.⁽⁹⁾ Las estrategias educacionales tradicionales en cirugía necesitan ser alteradas para estar acorde con los recientes desarrollos en cirugía mínimamente invasiva. El cirujano general de hoy enfrenta un campo con numerosas tecnologías complejas que redefinen las competencias básicas, el reto actual es alcanzarlas y más importante aún mantener la seguridad del paciente y la calidad del cuidado médico proporcionado.

El interés de validar un programa confiable que maximice la eficacia del entrenamiento y aporte beneficios educacionales para los cirujanos ha permitido la implementación de laboratorios de entrenamiento específicamente designados para enseñar destrezas quirúrgicas, que son aprendidas y practicadas en modelos y simuladores, con el objetivo de proporcionar un instrumento seguro y costo-efectivo, que prepare mejor a los entrenados a la experiencia de quirófano.⁽¹⁸⁻²⁴⁾ La necesidad de entrenamiento adicional fuera del quirófano es remarcado por el hecho que muchos cirujanos sienten inadecuada preparación para realizar procedimientos laparoscópicos avanzados una vez completada su residencia⁽²⁵⁻²⁸⁾ y en el caso de los residentes encontrar tiempo para incorporar el entrenamiento en la residencia de cirugía puede ser un reto, por lo que un programa de entrenamiento debe no sólo ser efectivo sino también eficiente.

Los métodos actuales de entrenamiento son altamente variable y poco estandarizados, la mayoría tienen una duración arbitraria^(15,16) o un predeterminado número de repeticiones,⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ por lo que el objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de prácticas estructuradas de destrezas laparoscópicas básicas en un simulador laparoscópico.

MATERIALES Y MÉTODO

El efecto de la práctica en la ejecución de tareas laparoscópicas fue evaluado en 10 residentes del primer año del Postgrado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas, y 10 estudiantes del tercer año de la Escuela de Medicina “Luis

Razetti", Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica C, Servicio de Cirugía III, sin experiencia quirúrgica previa. Ambos grupos tuvieron una sesión de evaluación de la destreza laparoscópica de base, asistiendo a un, dos o tres sesiones de prácticas de una hora semanal. El puntaje inicial fue obtenido durante la primera práctica y el puntaje final posterior a su última práctica. En cada práctica dos investigadores asistirán a todos los practicantes y supervisarán las pruebas pero sin dar instrucción activa. Las prácticas fueron realizadas en Instituto de Cirugía Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

Descripción de las Tareas:

-Tarea 1: Ubicación de Figuras Alfanuméricas: Requiere que el practicante tome una letra o número usando un grasper en la mano no dominante y pase el objeto al grasper de la mano dominante para colocarlo en una cuadrícula marcada con cuatro filas y cuatro columnas, bajo visión directa. Esta tarea está designada para desarrollar la percepción espacial, la coordinación de la mano derecha a izquierda o viceversa y la orientación básica de los instrumentos. Este ejercicio replica la acción de transferir y posicionar la aguja en el portaguja cuando se sutura. Los practicantes fueron evaluados por el tiempo total en colocar los números y las letras en el recuadro correspondiente, considerándose como penalidad la caída de alguno de ellos.

-Tarea 2: Transferencia de Posición: El practicante individualmente toma cinco frijoles, cada frijol lo mueve aproximadamente quince centímetros y lo deposita en un orificio de un centímetro de diámetro. La mano dominante es usada para manipular el frijol mientras que la mano no dominante mueve el laparoscopio para proveer visualización durante toda la tarea. Los practicantes fueron evaluados por el tiempo total en colocar los frijoles a través del orificio correspondiente, considerándose como penalidad la caída de alguno de ellos. Esta tarea está designada para desarrollar la percepción espacial y de profundidad, trasladando el enfoque visual de tres dimensiones a dos.

-Tarea 3: Progresión Segmentaria: El practicante a través del uso de dos grasper progresa por 140 centímetros de cuerda de una punta a la otra, simulando a las asas delgadas, permitiéndose solo agarrar la cuerda en secciones específicamente coloreadas que corresponden a intervalos marcados cada doce centímetros, de tal manera que esta tarea le permite al practicante el uso complementario de ambas manos y la orientación básica de los instrumentos. Se considera como penalidad el dejar caer la cuerda y el agarrar en una zona diferente a la marcada.

-Tarea 4: Cortar: El objetivo de esta tarea lo constituye el corte preciso de dos líneas curvas dibujadas en la cara superior de la palma de un guante de látex, usando tijeras laparoscópicas. Cada línea curva tiene un diámetro de 4 mm y se dispone en orientación vertical. Cada practicante fue instruido para cortar cada línea con la mano dominante y la mano no dominante pro-

porciona la tracción necesaria del material. Cualquier desviación de la línea de corte premarcada fue considerada una penalidad, así como cualquier rasgadura del guante y el corte de la cara posterior de guante. Este ejercicio enseña el concepto de tracción y la necesidad del uso de la mano no dominante, al trabajarse a través de trócares fijados por los puertos.

-Tarea 5: Nudos Laparoscópicos: En este ejercicio una seda 00 con aguja curva fue introducida a través del trocar y posteriormente correctamente posicionada usando el portaaguja. La aguja pasa a través de ambos lados de una línea dibujada en un bloque de goma espuma, y la sutura es atada con nudos intracorpóreos. Se realizó sólo un nudo. En este ejercicio se considera como penalidad el pase no preciso de la aguja a través de los bordes de la goma espuma, un nudo mal atado o el rasgado de la superficie de la goma espuma, lo que indica que no se controla la fuerza de halado del nudo, al ser traccionado para su corte.

Descripción de la evaluación de las tareas: Se realizó a través de la cuantificación del tiempo requerido para completar la tarea asignada, (puntaje de eficiencia) y se sumaron treinta segundos por cada penalidad cometida (puntaje de precisión). El tiempo máximo para cada una es de 10 minutos para minimizar la frustración de los principiantes.

CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA: Se evaluó de la siguiente manera:

- Confiabilidad en los evaluadores. Al ser el tiempo y la realización de una penalidad objetiva los parámetros a evaluar no se utiliza evaluador.
- El mismo practicante será evaluado en diferentes ocasiones sin que otra práctica ocurra entre las pruebas, aunque el residente se encuentra sometido a la experiencia clínica, se minimiza este efecto al desarrollarse durante el inicio al año académico. Este efecto se anularía en los estudiantes que no están sometidos a la experiencia quirúrgica.
- El puntaje total refleja el de cada tarea individual.

VALIDEZ DE LA PRUEBA: Consiste en proporcionar la evidencia que los resultados obtenidos por el simulador reflejan la destreza técnica que se desea medir (destreza laparoscópica). Se evalúa de la siguiente manera:

- Tareas realizadas por individuos de diferente experiencia laparoscópica (validez externa).
- Evaluación de los individuos más de una vez, pero sólo el puntaje inicial y final será usado.
- Al medir si existe una mejora significativa en la actuación al incrementar el entrenamiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: La comparación del tiempo entre la práctica inicial y la final para ambos grupos fue

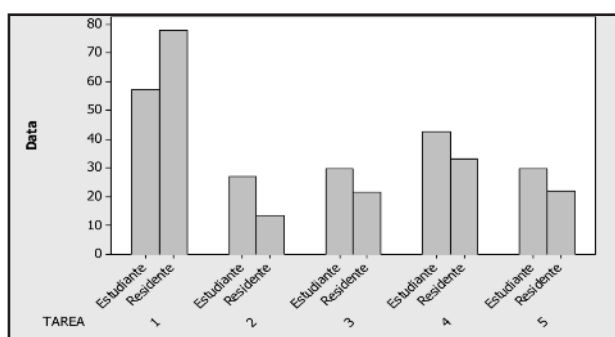
hecha con el análisis de la varianza (ANOVA), a través la prueba de Friedman. La prueba de los rangos de Wilcoxon fue usada para determinar la mejora en cada grupo. La Prueba de la Suma Ordinal de Mann-Whitney fue usada para evaluar las diferencias entre ambos grupos.

RESULTADOS

En todos los individuos el tiempo inicial fue tomado al principio de la práctica. En este nivel inicial, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos, aunque el grupo de residentes con el análisis visual de los datos aparentara tener mejores tiempos (Figura 1).

FIGURA 1

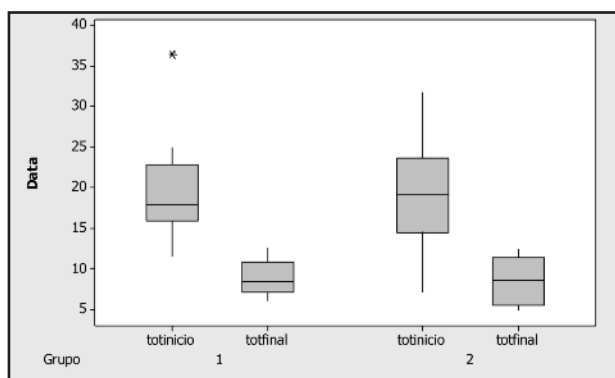
Tiempos iniciales de las cinco tareas en el simulador laparoscópico.



Los sujetos en ambos grupos mostraron marcada mejoría global de sus puntajes en todas las tareas ($p < 0.0006$) (Figura 2). En los puntajes de la práctica final, tanto en grupo de estudiantes como en el grupo de residentes hubo mejoría estadísticamente significativa de los mismos ($p = 0.0313$) (Figura 3 y 4).

FIGURA 2

Comparación del tiempo global entre la práctica inicial y la práctica final para ambos grupos.



Grupo 1: Estudiantes.

Grupo 2: Residentes.

FIGURA 3

Comparación entre el puntaje inicial y el puntaje final en el grupo de estudiantes.

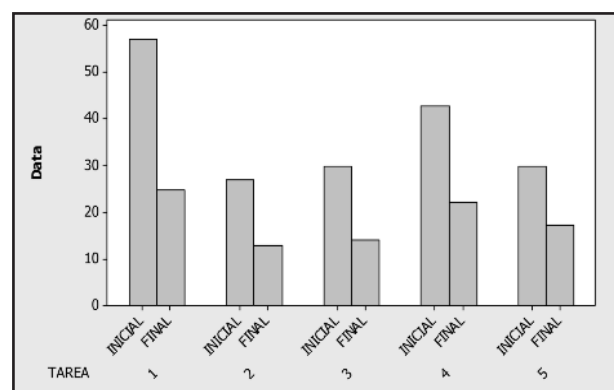
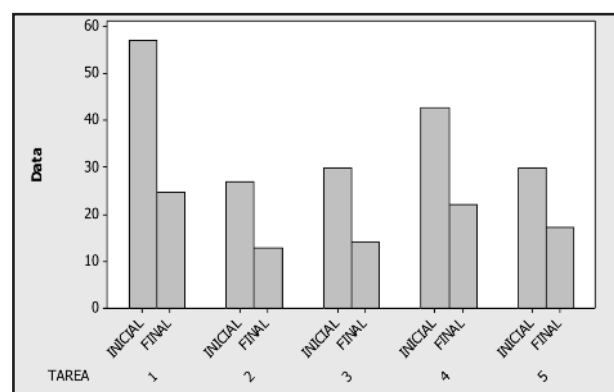


FIGURA 4

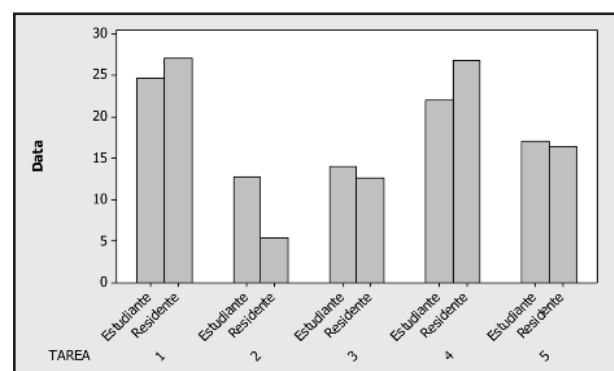
Comparación entre el puntaje inicial y el puntaje final en el grupo de residentes.



Los puntajes finales entre el grupo de estudiantes y el grupo de residentes no reflejó diferencia significativa entre ambos, con respecto a la mejoría alcanzada a partir del tiempo inicial, por lo que ambos grupos mejoraron de manera uniforme, sin predominio de alguno.

FIGURA 5

Comparación entre el puntaje inicial y el puntaje final en el grupo de estudiantes.



DISCUSIÓN

La cirugía mínimamente invasiva demanda niveles elevados de seguridad en su realización para permitir en el paciente el máximo beneficio, lo cual no puede ser una realidad sin el establecimiento de un nivel adecuado de destrezas.⁽³²⁾ El modelo de educación quirúrgica, sobre todo en los procedimientos mínimamente invasivos, está pasando por un cambio de paradigmas desde el modelo tradicional basado en la experiencia, al modelo de adquisición de destrezas, cuya seguridad y efectividad demanda una plataforma común.^(10, 33) En respuesta a esta demanda simuladores laparoscópicos han vivo), video-simuladores y plataformas computarizadas de realidad virtual.^(34, 35) El objetivo de estos simuladores es proveer una oportunidad de aprender y practicar destrezas básicas que puedan ser transferidas del laboratorio al quirófano, no sólo para los cirujanos en formación, sino también para los cirujanos graduados, y su eficacia dependerá de la capacidad de enseñar la habilidad requerida.⁽³⁶⁾

La práctica de una tarea específica (repetición estructurada) en una distribución (sesiones en el tiempo), son aspectos importantes en el aprendizaje motor que son el centro para lograr la adquisición máxima de destrezas y su retención a largo plazo.^(24, 37) El uso de los laboratorios es justificable para maximizar la eficacia y asegurar la competencia. La eficacia de los laboratorios de destrezas laparoscópicas ha sido bien documentada en numerosos estudios,^(5, 12, 14, 38-40) y nuestros resultados verifican que estos beneficios pueden ser aplicables a individuos con ninguna o muy poca experiencia laparoscópica (validez externa).

En el presente estudio se utiliza un simulador de visión directa con un ejercicio realizado bajo visión endoscópica, siendo de fácil evaluación, sencillo mantenimiento y bajo costo, que puede ser usado a la conveniencia de horario. Se desarrolló con este simulador un programa de entrenamiento laparoscópico básico, para el desarrollo del enfoque visual de tres a dos dimensiones, la percepción espacial y de profundidad, la coordinación mano-ojo, la coordinación mano-mano y la realización de nudos laparoscópicos, lo que proporciona un conjunto de destrezas laparoscópicas básicas, evaluadas tanto por su duración (tiempo) como por su precisión (penalizaciones), que luego pueden ser utilizadas para la enseñanza de técnicas más avanzadas en el quirófano. Subjetivamente creemos que la aplicación del programa mejorará la actuación quirúrgica laparoscópica de los residentes, haciéndola más eficiente y precisa.

Al comparar los tiempos iniciales con los tiempos finales, todos los participantes mejoraron con la práctica (validez interna). El grupo de los estudiantes tomó más tiempo en la realización del nudo laparoscópico, (aunque no fue significativamente

superior al tiempo empleado por el grupo de residentes), esta diferencia es debida a la falta de conocimiento técnico de la realización del nudo. El grupo de residentes requirió menos tiempo que el grupo de los estudiantes en los ejercicios de transferencia, ya que el grupo de estudiantes debió adecuarse a la compensación en la percepción de la profundidad en una visión de dos dimensiones, sin embargo en los ejercicios de transferencia bajo visión directa fueron realizados mejor por el grupo de estudiantes. Tanto el grupo de estudiantes como el grupo de residentes alcanzaron un nivel de eficiencia comparable con este programa de entrenamiento sin evidenciarse diferencia significativa al compararse los tiempos finales de ambos grupos. Estos datos sugieren que el simulador laparoscópico es una herramienta efectiva para el desarrollo de destrezas laparoscópicas en residentes y personas sin experiencia quirúrgica, a través de la realización de prácticas estructuradas en un período de tiempo. La base de datos generada por este estudio es aplicable para un espectro multinivel de participantes.

Agradecimiento: A los residentes del primer año del Postgrado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas y a la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C", Servicio de Cirugía III, en especial a los Profesores Rafael Scorzza y Humberto Chacón, así como también agradecemos la asesoría de la Prof. Odessa Cárdenas en el análisis estadístico.

REFERENCIAS

1. Lera JM. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la cirugía mínimamente invasiva. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2005;28(Suppl 3):7-10.
2. Emken JL, Medougall EM, Clayman RV. Training and assessment of laparoscopic skills. *JSL* 2004;8(2):195-9.
3. Derossis AM, Fried GM, Abrahamowicz M, Sigman HH, Barkun JS, Meakins JL. Development of a model for training and evaluation of laparoscopic skills. *Am J Surg* 1998;175(6):482-487.
4. Derossis AM, Bothwell J, Sigman HH, Fried GM. The effect of practice on performance in a laparoscopic simulator. *Surg Endosc* 1998;12(9):1117-1120.
5. Fried GM, Derossis AM, Bothwell J, Sigman HH. Comparison of laparoscopic performance in vivo with performance measured in a laparoscopic simulator. *Surg Endosc* 1999;13(11):1077-1082.

6. Keyser EJ, Derossis AM, Bothwell J, Antoniuk M, Sigman HH, Fried GM. A simplified simulator for the training and evaluation of laparoscopic skills. *Surg Endosc* 2000;14(2):149-153.
7. Scott DJ, Young WN, Tesfay ST, Frawley WH, Rege RV, Jones DB. Laparoscopic skills training. *Am J Surg* 2001;182(2):137-142.
8. Chung JY, Sackier JM. A method of objectively evaluating improvements in laparoscopic skills. *Surg Endosc* 1998;12(9):1111-1116.
9. Cooke David, Jamshidi R, Guitron J, Karamichalis J. The virtual surgeon: Using medical simulation to train the modern surgical resident. *Bulletin of the American College of Surgeons* 2008;93(7):26-31.
10. Reznick RK, MacRae H. Teaching Surgical Skills. Changes in the Wind. *N Engl J Med* 2006;355:2664-9.
11. Hunter J. The case for fellowships in gastrointestinal and laparoscopic surgery. *Surgery* 2002;132:523-525.
12. Scott DJ, Bergen PC, Rege RV. Laparoscopic training on bench models. *J Am Coll Surg* 2000;191:272-283.
13. Hamilton EC, Scott DJ, Kapoor A. Improving operative performance using a laparoscopic hernia simulator. *Am J Surg* 2001;182:725-728.
14. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA. Virtual reality training improves operating room performance. *Ann Surg* 2002;236:458-463.
15. Melvin WS, Johnson JA, Ellison EC. Laparoscopic skills enhancement. *Am J Surg* 1996;172:377-379.
16. Shapiro SJ, Paz-Partlow M, Daykhovsky L, Gordon LA. The use of a modular skills center for the maintenance of laparoscopic skills. *Surg Endosc* 1996;10:816-819.
17. Valentine RJ, Rege RV. Integrating technical competency into the surgical curriculum: doing more with less. *Surg Clin N Am* 2004;84:1647-1667.
18. Carter BN. The fruition of Halsted's concept of surgical training. *Surgery* 1952;32:518-27.
19. Scallion SE, Fairholm DJ, Cochrane DD, Taylor DC. Evaluation of the operating room as a surgical teaching venue. *Can J Surg* 1992;35:173-6.
20. Hutchison C, Hamstra S, Leadbetter W. The University of Toronto Surgical Skills Centre Opens. *Focus Surg Educ* 1998;16:22-4.
21. Heppell J, Beauchamp G, Chollet A. Ten-year experience with a basic technical skills and perioperative management workshop for first-year residents. *Can J Surg* 1992;35:536-40.
22. Lossing AG, Hatswell EM, Gilas T, Reznick RK, Smith LC. A technical-skills course for 1st-year residents in general surgery: a descriptive study. *Can J Surg* 1992;35:536-40.
23. Caurough JH, Martin M, Martin KK. Modeling surgical expertise for motor skill acquisition. *Am J Surg* 1999;177:331-6.
24. Reznick RK. Teaching and testing technical skills. *Am J Surg* 1993;165:358-61.
25. Rattner D, Apelgren K, Eubanks W. The need for training opportunities in advanced laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2001;15:1066-1070.
26. Park A, Witzke D, Donnelly M. Ongoing deficits in resident training for minimally invasive surgery. *J Gastrointest Surg* 2002;6:501-509.
27. Chung R, Pham Q, Wojtasik L, Chari V, Chen P. The laparoscopic experience of surgical graduates in the United States. *Surg Endosc* 2003;17:1792-1795.
28. Hunter J. The case for fellowships in gastrointestinal and laparoscopic surgery. *Surgery* 2002;132:523-525.
29. Rosser JC, Rosser LE, Salvagi RS. Skill acquisition and assessment for laparoscopic surgery. *Arch Surg* 1997;132:200-204.
30. Derossis AM, Bothwell J, Sigman HH, Fried GM. The effect of practice on performance in a laparoscopic simulator. *Surg Endosc* 1998;12:1117-1120.
31. Scott DJ, Young WN, Tesfay ST, Frawley WH, Rege RV, Jones DB. Laparoscopic skills training. *Am J Surg* 2001;182:137-142.
32. Rosser JC, Rosser LE, Savagi R. Objective evaluation of a laparoscopic surgical skill program for residents and senior surgeons. *Arch Surg* 1998;133:657-661.
33. Brydges R, Kurahashi A, Brummer V, Satterthwaite L, Classen R, Dubrowski A. Developing Criteria for Proficiency-Based Training of Surgical Technical Skills using Simulation: Changes in performances as a Function of Training Year. *J Am Coll Surg* 2007;206(2):205-11.
34. Aggarwal R, Moorthy K, Darzi A. Laparoscopic skills training and assessment. *Br J Surg* 2004;91(12):1549-58.
35. Hasson HM. Core competency in laparoendoscopic surgery. *JSLS* 2006;10(1):16-20.
36. Fried G, Feldman L, Vassiliou M, Fraser SA, Stanbridge D, Ghitulescu G, Andrew C. Providing the Value of Simulation in Laparoscopic Surgery. *Annals of Surgery* 2004;240(3):518-528.
37. Fitts PM, Posner MI. *Human Performance*. Belmont, CA: Brooks and Cole eds, 1967.
38. Korndorffer JR Jr, Dunne JB, Sierra R, et al. Simulator Training for laparoscopic suturing using performance goals translates to the OR. *J Am Coll Surg* 2005;23-9.
39. Grantcharov TP, Kristiansen VB, Bendix J, et al. Randomized clinical trial of virtual reality simulation for laparoscopic skills training. *Br J Surg* 2004;91:146-50.
40. Korndorffer JR Jr, Hayes DJ, Dunne JB et al. Development and transferability of a cost-effective laparoscopic camera navigation simulator. *Surg Endosc* 2005;19:161-7.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA TERAPÉUTICA EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO: DOS CASOS REPRESENTATIVOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

CARMONA JOSÉ*
VITERI YOSU**
BANDEH-MOGHADDAM HAMZEH***
MORALES DAVID***
BARRERA MARÍA***

RESUMEN

Objetivo: Presentación de dos casos de trauma abdominal cerrado tratados por abordaje laparoscópico en el Hospital Domingo Luciani y revisión de la literatura.

Pacientes y método: Se presentan dos casos con trauma abdominal cerrado, hemodinámicamente estables, a quienes se les realizó exploración y reparación laparoscópica de lesiones de vejiga y yeyuno respectivamente.

Resultados: Evolución postoperatoria satisfactoria.

Conclusión: El trauma abdominal cerrado es manejado por excelencia de forma no operatoria. Aún así, el porcentaje de laparotomías no terapéuticas es considerable, así como de lesiones menores susceptibles a reparación laparoscópica, por lo que un abordaje mínimo invasivo ofrece ventajas en el tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave

Trauma, laparoscopia, hemoperitoneo, abdomen, cerrado.

THERAPEUTIC LAPAROSCOPIC SURGERY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA: TWO REPRESENTATIVE CASES AND LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT

Objective: Presentation of two cases of blunt abdominal trauma managed by laparoscopic approach at the Hospital Domingo Luciani. Caracas.

Patients and method: We present two cases with blunt abdominal trauma, hemodynamic stable, in which laparoscopic exploration and reparation of bladder and jejunum injuries were made.

Results: Postoperative satisfactory outcome

Conclusion: The management of blunt abdominal trauma is, for excellence, non operative. Still, the percentage of non therapeutic laparotomy is considerable; it is so minor injuries susceptible to laparoscopic reparation. Because of this, a minimal invasive approach offer advantages in the treatment of this patient. Postoperative were uneventful. A literature review was made.

Key words

Trauma, laparoscopy, hemoperitoneum, abdomen, blunt.

Actualmente, cerca del 90% de los pacientes con trauma abdominal cerrado son manejados de forma no operatoria⁽¹⁾. La mayoría de los pacientes presentan hemoperitoneo por lesiones hepáticas o esplénicas⁽²⁻⁵⁾, cuya hemorragia se autolimita, siendo innecesaria una laparotomía exploradora. La seguridad de este abordaje, viene dado por la mejoría en la calidad de estudios imagenológicos como la tomografía (TC) y ultrasonido (US), que permiten identificar y categorizar con bastante exactitud el daño visceral, cantidad de hemoperitoneo, sangrado activo, etc^(6,7). Por otra parte, se dispone de monitoreo no invasivo, hemoderivados, etc, en gran parte de los centros de salud.

A pesar de esto, hay un grupo de pacientes que ameritan ser intervenidos quirúrgicamente. No hay discusión que el paciente inestable debe ser llevado quirófano y realizar una laparotomía exploradora⁽⁸⁾. Una minoría de los pacientes estables puede tener lesiones que se escapan de los métodos de diagnóstico no invasivos, tales como estómago, intestino, vejiga y diafragma. El retra-

* Adjunto del servicio de Cirugía II, Hospital Domingo Luciani, Caracas. MSVC
** Adjunto del servicio de Cirugía III. Hospital Domingo Luciani, Caracas. MSVC
*** Residente del postgrado de Cirugía General. Hospital Domingo Luciani, Caracas

so en el tratamiento de este tipo de pacientes repercute de forma directa en su pronóstico⁽⁹⁾.

La cirugía laparoscópica viene siendo utilizada cada vez más en la evaluación de pacientes con trauma abdominal cerrado y penetrante⁽¹⁰⁾, debido a que muchos de los pacientes que son laparotomizados, tienen lesiones que no ameritan tratamiento alguno o son reparables mediante procedimientos de cirugía mínima invasiva. Así vemos como existen reportes de reparación de lesiones intestinales, diafragmáticas, vesicales y biliares entre otras⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Con el presente estudio, se presentan dos casos representativos de estas consideraciones y se revisa la literatura al respecto.

Caso 1

Paciente masculino de 48 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, quien ingresa a la Unidad de Politraumatizados 12 horas posteriores a accidente de tránsito, en calidad de piloto con cinturón de seguridad. Al examen físico se encontró con FC 100 x', FR 18 x', TA 120/70, Escoriaciones en cráneo y tórax, sin compromiso de la vía aérea ni ventilación, ruidos respiratorios simétricos, con francos signos de irritación peritoneal. Miembros sin lesiones. Glasgow 15 puntos, sin déficit neurológico. Al colocar un sonda uretrovesical, se evidencia hematuria macroscópica.

Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste IV, evidenciándose abundante líquido libre, sin lesión de víscera maciza ni retroperitoneal.

Se realiza exploración laparoscópica de cavidad, evidenciándose abundante líquido cetrino, hígado y bazo normal, estómago sin lesiones. Se examina intestino delgado desde asa fija hasta válvula ileocecal sin evidenciar perforaciones. A nivel del colon tampoco se evidenciaron signos de lesión.

Al explorar los órganos pélvicos se demuestra perforación de vejiga en su cara intraperitoneal de 5 cm de diámetro (Figura 1). Se introduce el laparoscopio a través de la lesión y se constata la indemnidad del trigono. Así mismo se evidencia una lesión grado I del recto superior (Figura 2).

Se procede a la reparación de la lesión mediante sutura continua en dos planos con poliglactin 910 (Figura 3).

No hubo complicaciones postoperatorias, y se egresó a las 48 horas.

Se dejó un drenaje aspirativo cerrado en el espacio rectovesical, que se retiró al séptimo día del postoperatorio.

Caso 2

Paciente masculino de 16 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, quien ingresa a la Unidad de Politraumatizados 6 horas posteriores a una agresión física (pata de equina) en el mesogastrio.

FIGURA 1

Lesión grado III de vejiga.

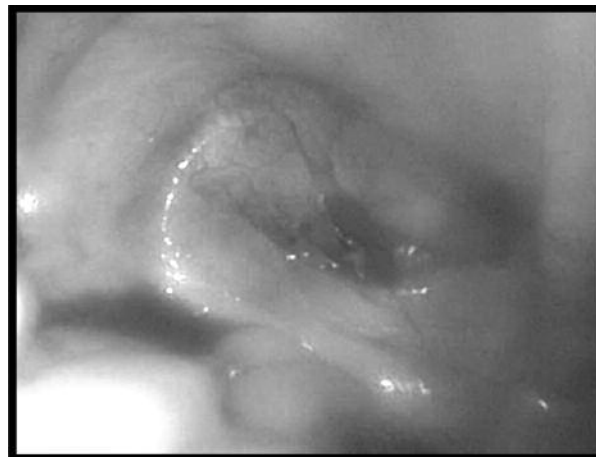


FIGURA 2

Lesión grado I de recto superior.

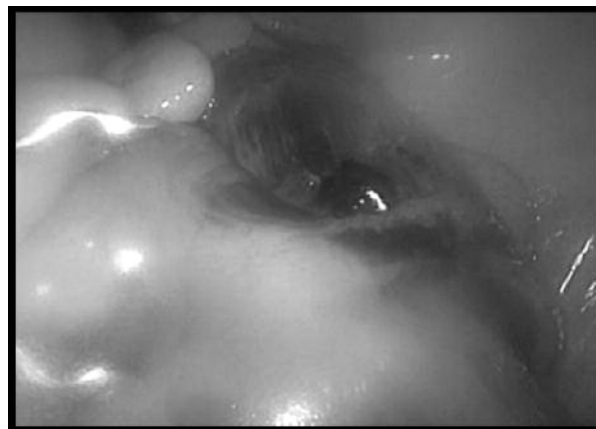


FIGURA 3

Lesión de vejiga reparada.

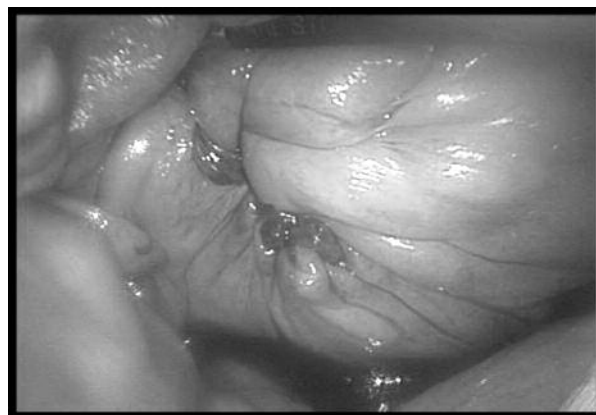
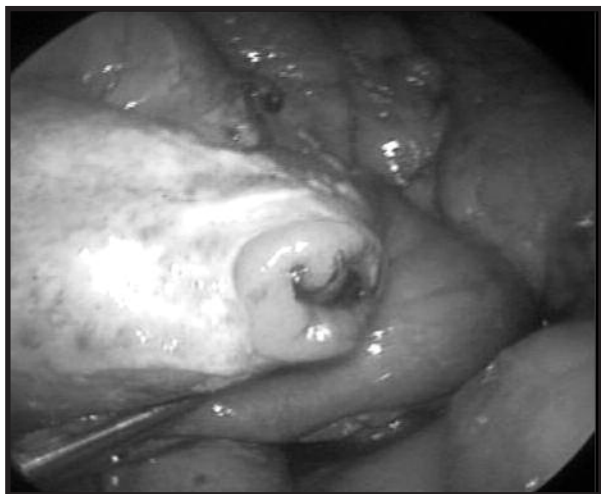


FIGURA 4

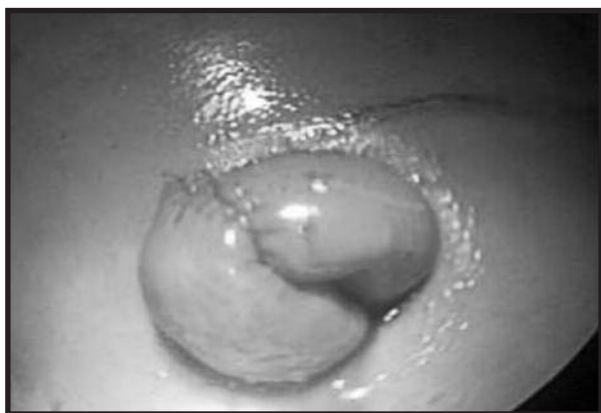
Vista laparoscópica de la lesión yeyunal.

**FIGURA 5**

Asa de yeyuno exteriorizada.

**FIGURA 6**

Lesión de yeyuno reparada.



Al examen físico se evidencia FC 110 x', FR 20 x', TA 110/70, vía aérea permeable, tórax normal, ruidos respiratorios simétricos, abdomen con equimosis en mesogastrio, doloroso en toda su extensión. Miembros sin lesiones, Glasgow de 15 puntos sin déficit neurológico.

Se realiza un ultrasonido abdominal, donde se evidencia moderada cantidad de líquido libre peritoneal, hígado y bazo normal.

Cuatro horas posteriores a su ingreso, presenta francos signos de irritación peritoneal. No se tenía disponibilidad para realizar tomografía. Se decide llevar a la mesa operatoria sospechando una lesión de viscera hueca.

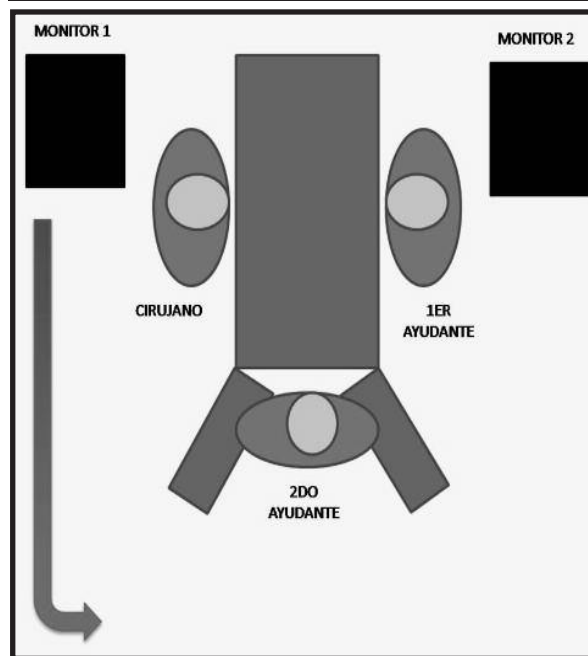
Se realiza exploración laparoscópica de cavidad, evidenciándose abundante líquido seropurulento y fibrina, hígado y bazo normal, estómago sin lesiones. Se examina el intestino delgado desde el asa fija hasta la válvula ileocecal, evidenciándose una lesión grado II a nivel del yeyuno (Figura 4). No se evidenciaron signos de lesión en el intestino grueso.

Se exterioriza el segmento de yeyuno lesionado a través del puerto umbilical, extendiendo a dos cm la incisión (Figura 5), y se realiza sutura continua en un solo plano seromuscular (Figura 6). Se reintroduce dicho segmento y se recoloca el puerto umbilical. Se lava exhaustivamente el abdomen y se drenan el espacio rectovesical y ambas correderas parietocólicas.

El paciente evoluciona satisfactoriamente, egresando a las 72 horas.

FIGURA 7

Disposición recomendada en el quirófano.



DISCUSIÓN

El uso de la cirugía laparoscópica en el manejo de lesiones intrabdominales por trauma cerrado se encuentra en desarrollo. En la medida que los cirujanos van adquiriendo experiencia en procedimientos electivos de cirugía laparoscópica avanzada, se va expandiendo el espectro del armamento laparoscópico y las posibilidades de reparar por esta vía lesiones traumáticas intrabdominales.

En reportes iniciales se utilizaba la exploración laparoscópica para detectar la presencia de hemoperitoneo, en cuyo caso la norma era convertir a laparotomía. Mucha de esta experiencia fue con anestesia local. En Venezuela, Franco y col⁽¹⁵⁾, publicaron un estudio de dos años, donde realizaron laparoscopia con objetivo diagnóstico de lesión intrabdominal en 15 pacientes con trauma cerrado, evitando la laparotomía en cinco de estos. Ningún procedimiento fue terapéutico. Por otra parte, Al Awad Jibara y col⁽¹⁶⁾, realizaron laparoscopia a 25 pacientes politraumatizados, evitando una laparotomía en el 88% de los casos.

Realizar una exploración laparoscópica de entrada para el descarte de hemoperitoneo, no tiene aplicación actualmente. El US tiene una sensibilidad y especificidad cercana al 90%, para este fin, con la ventaja de ser un procedimiento no invasivo⁽¹⁷⁾. Incluso el lavado peritoneal ofrece estadísticas similares al US en cuanto a la detección de hemoperitoneo se refiere, y es mucho menos costoso para las instituciones de salud⁽¹⁸⁾. Por otra parte, la exploración laparoscópica es muy limitada en la evaluación correcta de órganos retroperitoneales.

Estas observaciones, dejan ubicada a la cirugía laparoscópica como un complemento de exploraciones radiológicas previas en el paciente con trauma cerrado, específicamente la tomografía computadorizada abdómino-pélvica, con doble contraste, que permita descartar de forma concluyente lesiones retroperitoneales.

La mayoría de los pacientes con trauma cerrado tendrán un diagnóstico preciso de la causa de su hemoperitoneo mediante los estudios de imágenes. Pero ¿qué pasa con el paciente cuyos estudios evidencian líquido libre sin lesión de víscera sólida? Ng y col⁽¹⁹⁾, presentaron 28 pacientes con estas características, realizando laparotomía a 24. Las lesiones encontradas fueron de intestino delgado, mesenterio, colon, hígado y bazo; 76% de las laparotomías fueron terapéuticas. En otro estudio publicado por Rodríguez y col⁽²⁰⁾, se analizaron 463 pacientes con este hallazgo tomográfico, de los cuales sólo fue terapéutica la laparotomía en 27%. Las lesiones más frecuentemente encontradas fueron de asas delgadas y mesenterio.

De acuerdo a estos resultados, creemos que la exploración

laparoscópica está indicada en pacientes con líquido libre intrabdominal sin evidencia de lesión de víscera sólida, ya que en 70 % de los casos será no terapéutica y el restante tendrán lesiones que pueden ser reparadas, en su mayoría, por esta vía, evitando así el peligro de retrasar el tratamiento de las lesiones de víscera hueca.

Otros casos susceptibles a exploración laparoscópica son aquellos en que tenemos confirmación previa de lesión reparable por vía laparoscópica⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Tal es el caso de extravasación de contraste oral, cistografía que confirme la presencia de ruptura de vejiga, imagen de hernia diafragmática, etc.

Consideraciones importantes se deben tener en cuenta en los pacientes con trauma craneo-encefálico coexistente. Varios estudios han reportado que el aumento de la presión intra-abdominal incrementa la presión intracraneal, lo que sin duda puede agravar una lesión cerebral. Citerio y col⁽²⁰⁾, elevaron progresivamente la presión intra-abdominal de 15 pacientes con trauma craneo-encefálico de moderado a severo, encontrando una elevación simultánea de la presión intracraneal, por lo que sugieren restringir la cirugía laparoscópica en este tipo de pacientes. Sin embargo, este estudio también evidenció que no hubo disminución de la perfusión cerebral a expensas de un aumento de la presión arterial media, y que el aumento de la presión intracraneal fue discreto (de 12 a 15 mm Hg) y temporal; por lo que quizá no es clínicamente relevante⁽²¹⁾. En base a estas observaciones, recomendamos seleccionar adecuadamente los pacientes a ser sometidos a exploración laparoscópica, usándola con mucha prudencia en pacientes con trauma craneoencefálico concomitante.

El desarrollo de habilidad y experiencia laparoscópica ha permitido que estos procedimientos sean aplicados de forma terapéutica con seguridad. Cheely y col⁽²²⁾, publicaron 48 casos a los que se les realizó laparoscopia, 35 de los cuales fueron por trauma cerrado. No tuvieron lesiones inadvertidas ni reintervenciones. En 13% de los casos se hicieron reparaciones laparoscópicas. Mallat y col⁽²³⁾ presentaron 102 laparoscopias en trauma, de las cuales el 13% fueron terapéuticas. Tampoco tuvieron lesiones inadvertidas ni reintervenciones. Chol⁽²⁴⁾ reportó la evolución de 65 casos en los cuales se realizó reparaciones laparoscópicas, que incluyeron rafia gástrica, intestinal, resección y anastomosis, rafia de mesenterio, rafia de sigmoides, procedimientos de Hartmann, colecistectomías, pancreatomecías, y esplenectomías, entre otros. No tuvieron lesiones inadvertidas.

Todo indica que la selección adecuada de los casos, y la realización de un procedimiento que permita evaluar todos los órganos intraperitoneales, con la reparación laparoscópica o asistida de las lesiones encontradas, es seguro para los pacientes con

trauma abdominal cerrado, con el beneficio de menos complicaciones, menos estadía hospitalaria y menor dolor postoperatorio.

Desde el punto de vista operacional, el procedimiento debe ser realizado bajo anestesia general. El paciente se debe colocar en posición de litotomía con estribillos bajos, permitiendo el acceso de los asistentes al área perineal, de manera que puedan hacerse pruebas neumáticas o con azul de metileno en vejiga o recto, según considere el cirujano. Se debe fijar el paciente a la mesa con adhesivos, ya que la correcta visualización de cada uno de los espacios amerita distintas posiciones de la mesa operatoria

El cirujano puede colocarse a la derecha o izquierda del paciente, y utilizar dos puertos de trabajo⁽²⁵⁾. Es mucho más cómodo y seguro trabajar con dos monitores colocados uno a cada lado del paciente, dejando espacio suficiente en uno de estos de manera que pueda desplazarse hacia abajo si el cirujano necesita reparar una lesión pélvica (Figura 7). El asistente también debe tener uno o dos puertos para separación y aspiración. Se deben colocar tantos puertos como sean necesarios para la correcta exposición y reparación de las lesiones. La cámara se ubica en el puerto umbilical. Recomendamos comenzar la cirugía explorando el área supra-mesocólica. Comenzar en ambas cúpulas diafragmáticas, luego hígado, bazo y cara anterior del estómago. Al abrir el ligamento gastrocólico se puede evaluar cuerpo y cola de páncreas, y cara posterior gástrica. No se deben hacer esfuerzos en evaluar órganos retroperitoneales, puesto que estos ya fueron estudiados preoperatoriamente por tomografía y/o ultrasonido.

Seguidamente se puede proceder a evaluar la zona infra-mesocólica. El epiplón se desplaza completamente hacia el área supra-mesocólica y el asistente levanta el mesocolon transversal, permitiendo visualizar el asa fija. Desde aquí se evalúa en toda su extensión el intestino delgado y el colon. Por último, se explora la zona pélvica, descartándose lesiones de vejiga y recto.

En cuanto a lesiones intestinales por trauma cerrado se refiere, se encontraron varias publicaciones relacionadas. Destaca la de Sitnikov y co⁽²⁶⁾, donde se repararon lesiones de intestino delgado en 332 pacientes. Se presentaron complicaciones en 11% de los casos, sin ninguna fatalidad asociada al procedimiento laparoscópico.

La reparación de lesiones de intestino delgado puede hacerse asistida, como en el caso presentado, o totalmente laparoscópica con el uso de endosuturadoras lineales o sutura intracorpórea. Esta última es mucho más costosa y técnicamente exigente⁽²⁷⁾.

Las lesiones de vejiga se reparan mediante sutura intracorpó-

rea^(28, 29). Siempre se deben respetar los mismos principios aplicados en cirugía abierta. Cuando no hay fracturas de pelvis asociadas, la mayoría de las lesiones son a nivel de la porción intraperitoneal. En caso contrario, pueden verse lesiones extraperitoneales, donde queda a consideración del cirujano convertir a laparotomía, dependiendo de la dificultad técnica de la reparación.

A pesar de que no hay estudios comparativos al respecto, es lógico predecir que las mismas ventajas que se han obtenido de la cirugía laparoscópica en procedimientos abdominales electivos serán encontradas en los pacientes con trauma cerrado.

REFERENCIAS

1. Gibson DE. Selective nonoperative management of blunt abdominal trauma. *J Emerg Med* 2006; 31: 215-221
2. Khan JS. Pattern of visceral injuries following blunt abdominal trauma in motor vehicular accidents. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006; 16: 645.
3. Montero A, Ferrer E, Cáceres G, Gómez M, Moreno Y. Lesiones hepáticas y esplénicas en el traumatismo de abdomen: aspectos epidemiológicos y manejo. *Rev Venez Cir*; 2003; 56:79-88.
4. Riveros A, Urbina I, Díaz L, Ramírez R, Calvo V, Duran L. Revisión de traumatismos abdominales en el Hospital Central de San Cristóbal: Estado Táchira 1994-1998. *Col Med Estado Táchira* 2003; 12: 27-31.
5. Edino ST. Pattern of abdominal injuries in Aminu Kano Teaching Hospital, Kano. *Niger Postgrad Med J* 2003; 10: 56-9
6. Rose J. Ultrasound in abdominal trauma. *Emerg Med Clin North Am* 2004; 22: 581-599.
7. Stuhlfaut JW. Blunt abdominal trauma: current imaging techniques and CT findings in patients with solid organ, bowel, and mesenteric injury. *Semin Ultrasound CT MR* 2007; 28: 115-129.
8. Clarke JR, Trooskin SZ, Doshi PJ, et al. Time to laparotomy for intra-abdominal bleeding from trauma does affect survival for delays up to 90 minutes. *J Trauma* 2002; 52:420-425.
9. Sikka R. Unsuspected internal organ traumatic injuries. *Emerg Med Clin North Am* 2004; 22: 1067-1080.
10. Isenhour J, Marx J. Advances in abdominal trauma. *Emerg Med Clin North Am* 2007; 25: 713-733.
11. Iannelli A. Therapeutic laparoscopy for blunt abdominal trauma with bowel injuries. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2003; 13: 189-191.
12. Van Kerschaver O. An unusual case of blunt abdominal trauma: A bleeding and ruptured gall-bladder managed by laparoscopy. *Acta Chir Belg* 2006; 106: 417-419.
13. Wright JL. Laparoscopy and the management of blunt bladder trauma. *J Trauma* 2007; 63: 1165-1166.
14. Matthews BD. Laparoscopic repair of traumatic diaphragmatic injuries. *Surg Endosc* 2003; 17: 254-258.

15. Franco C, Ayala J. Laparoscopia diagnóstica en patología abdominal traumática. Rev Venez Cir 2000; 53:158-165.
16. Al Awad Jibara A, Dasilva J, Reyes T. Laparoscopia diagnóstica en pacientes politraumatizados. Med Crit Venez 1997; 12:19-24.
17. Helling T, Wilson J, Augustosky K. The utility of focused abdominal ultrasound in blunt abdominal trauma: A reappraisal. Am J Surg 2007; 194: 728-733.
18. Mayo A. Use of diagnostic peritoneal lavage (DPL) as a tool for minimizing nontherapeutic laparotomy rate. J Trauma 2003; 54: 204.
19. Ng A, Simons R, Torreggiani W, Ho S, Kirkpatrick A, Brown R. Intra-abdominal free fluid without solid organ injury in blunt abdominal trauma: an indication for laparotomy. J Trauma. 2002; 52:1134-1140.
20. Citerio G, Vascotto E, Villa F, et al: Induced abdominal compartment syndrome increases intracranial pressure in neurotrauma patients: a prospective study. Crit Care Med 2001; 29: 1466-1471.
21. Athanassiou L. Laparoscopy is contraindicated in neurotrauma patients? There is certainly a doubt! Crit Care Med 2002; 30: 2402.
22. Chelly MR. The value of laparoscopy in management of abdominal trauma. Am Surg 2003; 69: 957-960.
23. Mallat AF. The role of laparoscopy in trauma: a ten-year review of diagnosis and therapeutics. Am Surg 2008; 74:1166-1170
24. Chol YB. Therapeutic laparoscopy for abdominal trauma. Surg Endosc 2003; 17: 421-427.
25. Ottolino P, Vivas L, Viteri Y, Carmona J. Laparoscopia y trauma. En: Rodríguez M y col: Manejo del paciente traumatizado 2008; 3ra Edición, Editorial Panamericana, pág. 681-684.
26. Sitnikov V. The role of video-assisted laparoscopy in management of patients with small bowel injuries in abdominal trauma. Surg Endosc 2009; 23: 125-129.
27. Iannelli A. Therapeutic laparoscopy for blunt abdominal trauma with bowel injuries. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2003; 13: 189-191.
28. Bhanot A. Laparoscopic repair in intraperitoneal rupture of urinary bladder in blunt trauma abdomen. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2007; 17: 58-59.
29. Kim FI. Laparoscopic management of intraperitoneal bladder rupture secondary to blunt abdominal trauma using intracorporeal single layer suturing technique. J Trauma 2008; 65: 234-6.

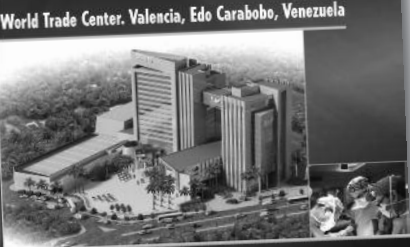
CONGRESO en MARZO



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA







World Trade Center. Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

10 al 13 de Marzo de 2010

*"Cirugía segura,
una exigencia de
los tiempos modernos"*

IV

INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

información:

SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA

Teléfono: (0212) 286-8106 / 286-8489

www.sociedadvenezolanaedicirurgia.org

email: tv_cirurgia@cnv.net

Invitados Internacionales

Alfredo Matos	Panamá	Jacinto Berloco	Italia
Antonio Arselios	España	Javier Pérez	España
Eduardo Parra	USA	Kamyar Kohnamovi	Canadá
Eliseo Berdeal	México	Leonardo Contreras	Colombia
Enio Oliveira	Brasil	Luis Fernando Lucas	Argentina
Federico Gottorno	USA	Santiago Horgan	USA
Giancarlo Rosati	Italia	Wong Youn Chung	Corea del Sur
Giordano Claros	USA		

**Fecha límite de trabajos libres,
videos y posters: 31 de enero de 2010
(SIN PRORROGA)**



COLECISTECTOMÍA TRANSVAGINAL ASISTIDA POR MINILAPAROSCOPIA. CON USO DE INSTRUMENTAL CONVENCIONAL. EXPERIENCIA INICIAL

CARABALLO MARÍA*
GONZÁLEZ ADALID **
OTTOLINO PABLO**
ARISMENDI JUAN***
CABRERA EDWARD***

RESUMEN

Objetivo: Describir la técnica quirúrgica en la colecistectomía transvaginal sin cicatriz visible con el uso de instrumental laparoscópico convencional, en el Hospital "Dr. Domingo Luciani". Caracas.

Paciente y método: Se presenta caso de paciente femenina de 52 años de edad, con litiasis vesicular sintomática a quien se le practica colecistectomía transvaginal.

Resultados: Se realizó colecistectomía transvaginal sin complicaciones intraoperatorias. No se administraron analgésicos orales ni parenterales, el alta hospitalaria se dio a las 12 horas del procedimiento. Evolución satisfactoria de la paciente con un seguimiento de 30 días.

Conclusión: La cirugía asistida por minilaparoscopia puede considerarse intermedia entre el N.O.T.E.S. y la cirugía laparoscópica. El siguiente caso demuestra la factibilidad y seguridad del procedimiento realizado por cirujanos generales con entrenamiento laparoscópico y con el uso de instrumental convencional.

Palabras clave

Colecistectomía, transvaginal.

TRANSVAGINAL CHOLECYSTECTOMY ASSISTED WITH MINILAPAROSCOPY WITH CONVENTIONAL INSTRUMENTS. INITIAL EXPERIENCE

ABSTRACT

Objective: Describe the surgical technique in the transvaginal cholecystectomy without a scar using conventional laparoscopic instruments, in the "Dr. Domingo Luciani" Hospital. Caracas.

* Cirujano General. Adjunto Servicio CIII HDL.
** Cirujano General. Adjunto Servicio Cirugía I HDL.
*** Residente de Postgrado de Servicio Cirugía III HDL.

Patient and method: Presents female patient 52 years old, with symptomatic gallstones who is practicing transvaginal cholecystectomy.

Results: Was performed transvaginal cholecystectomy without intraoperative complications. No analgesics were administered oral or parenteral, was discharged at 12 hours of the procedure. There was a satisfactory progress of the patient with a follow up of 30 days.

Conclusion: Minilaparoscopy assisted surgery can be considered intermediate between N.O.T.E.S. and laparoscopic surgery. The following case demonstrates the feasibility and safety of the procedure performed by general surgeons with laparoscopic training and the use of conventional instruments.

Key words

Cholecystectomy, transvaginal.

Desde que fue realizada la primera colecistectomía a través de orificios naturales en humanos han transcurrido varios momentos donde se evalúa constantemente la factibilidad de su realización^(1,2); debido a la tecnología necesaria, carente en la mayoría de nuestros centros asistenciales. Por ello surge la técnica intermedia entre el N.O.T.E.S. y la cirugía mínimamente invasiva, una técnica híbrida, conocida como M.A-N.O.S. por sus siglas en inglés, donde se combinan ambas técnicas⁽³⁾.

Ante la creciente era de la mínima invasión, la vía transvaginal es en la actualidad el abordaje más seguro en vista de que ofrece la menor tasa de complicaciones, además de ser fácilmente reproducible⁽⁴⁾. Es por ello que se presenta la experiencia inicial de colecistectomía transvaginal asistida por minilaparoscopia, con el uso de instrumental laparoscópico convencional, en un servicio de cirugía general.

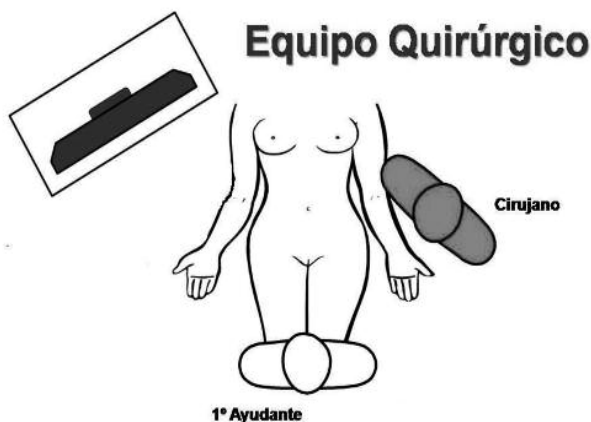
PACIENTE Y MÉTODO

Se trata de paciente femenina de 39 años de edad quien ingresa al servicio de Cirugía III con el diagnóstico de litiasis vesicular. IMC: 30 (Talla: 152cms), antecedentes de una cesárea segmentaria y ausencia de infección ginecológica.

Mediante anestesia general inhalatoria y previo posicionamiento de la paciente en posición de litotomía, se procedió al sondaje vesical y antisepsia de la pared abdominal y canal vaginal. El equipo quirúrgico se dispuso de la siguiente manera (Figura 1). Se realizó el neumoperitoneo según técnica abierta a través de la cicatriz umbilical, con una presión de 12 mm Hg, con introducción de un trócar de 10 mm. A través del mismo se introdujo un laparoscopio de 10 mm y 30° de 31 cm (estándar) para evaluar la cavidad abdominal. Luego, en posición de Trendelenburg se procedió a la realización de la colpotomía de 1 cm de diámetro en el fondo de saco vaginal posterior (Figura 2) y bajo visión directa con la óptica situada en el puerto umbilical, se introdujo un guiador romo plástico de 10 mm, utilizado tradicionalmente como conductor del trócar de Gotz-Pier (Storz) y luego introducción hacia la pelvis de un trócar de 5-12mm con la ayuda de la guía (Figura 3).

FIGURA 1

Disposición del equipo quirúrgico



El trócar de 5-12 mm colocado en vagina dio paso al laparoscopio de 30°. A través del trócar umbilical se utilizaron el disector, tijera, gancho de corriente monopolar y clipadora metálica de 10 mm. Una vez corregida la posición de la paciente (Fowler y lateralización a la izquierda) y para facilitar las maniobras de tracción del fondo de vesícula, se utilizó una sutura recta monofilamento transparietal, atravesando la vesícula a manera de rienda^(5,6) (Figura 4). A través de otro orificio en vagina (sin uso de trócar) se introdujo una pinza de agarre de 5mm para tracción del bacinete y adecuar la exposición del triángulo de Calot (Figura 5).

FIGURA 2

Realización de la colpotomía



FIGURA 3

Introducción de guiador romo de 10 mm por trócar vaginal.



FIGURA 4

Referencia del fondo vesicular con sutura monofilamento transparietal.



FIGURA 5

Disección del triángulo de Calot



La vesícula fue extraída a través del orificio dejado por el trocar vaginal y la colpotomía fue cerrada con crómico 2-0, por vía inferior (Figura 6).

FIGURA 6

Extracción de la pieza quirúrgica

**FIGURA 7**

Aspecto final



RESULTADOS

Se llevó a cabo la colecistectomía transvaginal asistida por minilaparoscopia descrita anteriormente con éxito.

El tiempo quirúrgico (desde la colocación de los trócares hasta la extracción de la pieza quirúrgica) fue de 70 minutos. La paciente evolucionó satisfactoriamente, no fue necesaria la administración de analgésicos parenterales ni orales y se egresó al cumplir las 12 horas del postoperatorio.

Las evaluaciones postoperatorias se realizaron de forma semanal hasta el cumplimiento de los 30 días, y no se registraron complicaciones.

DISCUSIÓN

Mientras el cierre hermético y seguro del acceso transgástrico descrito inicialmente en el primer abordaje de N.O.T.E.S. continúe siendo un elemento crítico y difícil, el abordaje transvaginal elimina este problema^(3,4). El cierre de la colpotomía se lleva a cabo bajo visión directa con técnicas quirúrgicas estándar.

La cirugía transvaginal no es algo novedoso si tomamos en cuenta que la primera intervención de apendicetomía vaginal; realizada de manera imprevista en el momento de una histerectomía vaginal; fue llevada a cabo por Bueno en 1949⁽⁷⁾. La experiencia de los ginecólogos en la realización de procedimientos transvaginales ha mostrado tener un grado aceptable de seguridad, con un riesgo mínimo de infección pélvica⁽⁴⁾. Las ventajas adicionales y únicas de la estrategia de técnica híbrida son el acceso directo al (los) órgano(s) afectado (s) localizado(s) en los cuadrantes superiores y el hecho de que a través de la vagina se pueden introducir instrumentos laparoscópico rígidos.

Finalmente, la principal limitación de esta técnica es que se trata de un método con especificidad sexual, y específicamente para pacientes bien seleccionadas con IMC menor de 30, a expensas de la talla baja, por aquello del uso del instrumental quirúrgico laparoscópico convencional, incluida la óptica laparoscópica estándar y no un endoscopio flexible.

Esta técnica intermedia de cirugía minilaparoscópica es aplicable y factible para su realización en nuestros centros hospitalarios, y creemos que debe ser considerada por cirujanos que, como nosotros, estamos iniciando nuestra curva de aprendizaje en abordajes cada vez menos invasivos.

REFERENCIAS

1. Zorrón R, Filgueiras M, Maggioni L, Pombo L, Lopes G, Lacerda A. NOTES transvaginal cholecystectomy: report of the first case. *Surgical Innovation* 2007; 14:278-83.
2. Marescaux J, Dallemagne B, Perretta S, Wattiez A, Mutter D, Coumaros D. Report of transluminal cholecystectomy in a human being. *Arch Surg* 2007; 142:823-826.
3. Cuesta M, Berends F, The "invisible cholecystectomy": A transumbilical laparoscopic operation without a scar. *Surg Endosc* 2008; 22:1211-1213.
4. Zornig C, Emmermann A, Waldenfels H, Mofid H. Laparoscopic cholecystectomy without visible scar: combined transvaginal and transumbilical approach. *Endoscopy* 2007; 39:913-915.
5. Dávila F, Dávila U, Montero J, Lemus J, López F, Villegas J, et al. Colectistomía laparoscópica con un solo puerto visible subxifoideo de 5mm. *Rev Mex Cir Endosc* 2001; 2:14-16.
6. Zamora F, Pérez M, Noya V, González D. Colectistomía laparoscópica con un solo puerto visible subxifoideo de 5 mm. Experiencia en Venezuela. *Rev Ven Cir* 2008; 61:119-124.
7. Bueno B. Primer caso de apendicectomía por vía vaginal. *Tokoginecol Pract.* 1949; 8:152-154.



PRÓXIMOS EVENTOS

XXX Congreso Venezolano de Cirugía

10 – 13 de marzo de 2010

World Trade Center Valencia, Venezuela

IX Congreso Mundial de la International Hepato Pancreato Biliar Association

18 - 20 de Abril del 2010

Hotel Hilton Buenos Aires

Buenos Aires – Argentina

IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE 2010

26 – 28 de agosto de 2010

Hotel Pestana Bahía

Salvador de Bahía, Brasil

IXX Annual Meeting & Endo Expo 2010 / Society of Laparoendoscopic Surgeons

1 – 4 de septiembre de 2010

Sheraton New York Hotel and Towers

New York, USA

IVC Annual Clinical Congress / American College of Surgeons

3 - 7 de Octubre de 2010

Washington DC, USA

LXXXI Congreso Argentino de Cirugía

31 de octubre – 4 de noviembre de 2010

Hotel Sheraton Retiro

Buenos Aires, Argentina

XIX Congreso Latinoamericano de Cirugía / Asociación Mexicana de Cirugía General

31 de Octubre - 4 de Noviembre del 2011

Veracruz – México

XI Congreso Cubano de Cirugía

1 – 4 de noviembre de 2010

Palacio de las Convenciones

La Habana, Cuba

XXVIII Congreso Nacional de Cirugía

8 – 11 de noviembre de 2010

Palacio Municipal de Congresos

Madrid, España

XXIII Congreso Panamericano de Trauma

10-13 de noviembre de 2010

Montevideo, Uruguay

CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

SÁNCHEZ-ISMAYEL ALEXIS *
DÁVILA HUGO**
RODRÍGUEZ OMAIRA*
KHAN DOMINGO***
VALERO RAIR****
SOSA EMELISSA *****

RESUMEN

Objetivo: Reportar la experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de la acalasia asistido por robot en el Hospital Universitario de Caracas.

Paciente y método: Paciente masculino de 62 años de edad quien consultó por presentar disfagia de 6 meses de evolución, la endoscopia digestiva superior no mostró hallazgos patológicos, se realizó manometría donde se observó alteración del peristaltismo y falta de relajación del esfínter esofágico inferior confirmándose el diagnóstico de acalasia. Se decide realizar tratamiento quirúrgico dentro del marco del programa de Cirugía Robótica del Hospital Universitario de Caracas.

Resultado: El paciente es llevado a mesa operatoria, donde se realizó miotomía de Heller y funduplicatura tipo Dor por vía laparoscópica asistida por robot, en un tiempo operatorio de 165 minutos, sin complicaciones asociadas al procedimiento. El paciente es egresado satisfactoriamente a las 24 horas.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo de la acalasia asistido por robot, es un procedimiento seguro y factible, que parece aportar ciertas ventajas sobre la cirugía laparoscópica convencional.

Palabras clave

Acalasia, miotomía, cirugía robótica.

ROBOTIC SURGERY IN THE TREATMENT OF ACHALASIA. FIRST EXPERIENCE AT THE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

ABSTRACT

Objective: To report the initial experience in robot assisted laparoscopic treatment of achalasia in the University Hospital of Caracas.

Patient and method: Sixty two years old male patient who presented a 6 months history of dysphagia. The superior endoscopic study was normal and the esophageal manometry showed alteration in peristalsis with absent inferior esophageal sphincter relaxation, confirming the diagnosis of achalasia. The patient is referred to the robotic surgery program of the Hospital Universitario de Caracas.

Results: A robot assisted laparoscopic treatment of achalasia was performed. The operative time was 165 minutes, with no procedure associated complication reported. The patient was discharge 24 hours after intervention.

Conclusion: The robot assisted minimally invasive surgical treatment of the achalasia is a safe and effective procedure which apparently shows some advantages over traditional laparoscopy.

Key words

Achalasia, myotomy, robotic surgery

PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA. H.U.C.

* Profesor. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.MSVC. SAGES.

** Cirujano Urólogo. Coordinador del Programa de Cirugía Robótica. Hospital Universitario de Caracas.

*** Coordinador de quirófanos. Anestesiólogo del Programa de Cirugía Robótica. Hospital Universitario de Caracas.

**** Residente del Postgrado de Urología. Programa de Cirugía Robótica. Hospital Universitario de Caracas.

***** Residente del Postgrado de Cirugía General. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas

La acalasia es un trastorno motor del esófago poco frecuente, con una incidencia aproximada de 0,001%. Se trata de una patología primaria de esta porción del tracto gastrointestinal, que tiene un doble componente dado por un trastorno en el peristaltismo y una falta de relajación en el esfínter esofágico inferior⁽¹⁾. La principal manifestación clínica es la disfagia, a lo cual se suma en ocasiones regurgitación y episodios de dolor retroesternal.

El tratamiento de la acalasia ha evolucionado en los últimos años. El manejo endoscópico mediante dilatación o la inyección de toxina botulínica a nivel del esfínter esofágico inferior produce una mejoría transitoria de la sintomatología y con frecuencia se requiere repetir la terapia para lograr un adecuado control de los síntomas, lo cual implica un riesgo cada vez mayor de perforación⁽²⁾.

La miotomía de Heller por vía laparoscópica ha probado ser un método seguro y efectivo en el tratamiento de la acalasia. Este procedimiento resuelve la sintomatología en el 77-95% de los pacientes, con excelentes resultados a largo plazo, aportando los conocidos beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, en relación con menor dolor, menor tiempo de hospitalización, rápida reincorporación a las actividades habituales y óptimo efecto cosmético. La complicación más temida a la hora de realizar el procedimiento quirúrgico es la perforación esofágica, la cual ocurre en 5 a 10% de los casos⁽³⁻⁶⁾.

El desarrollo de las técnicas de cirugía mínimamente invasiva y la incorporación de nuevas tecnologías han llevado a la cirugía de la acalasia al siguiente paso lógico, es decir, la incorporación de la cirugía robótica. Estudios recientes han demostrado que el uso de esta tecnología ha llevado a alcanzar resultados comparables al abordaje laparoscópico convencional, pero con una menor incidencia de perforación de la mucosa esofágica^(7,8).

Recientemente se dio inicio en nuestro centro al Programa de Cirugía Robótica, constituyéndose en el único hospital público en Latinoamérica en ofrecer las bondades de esta tecnología a pacientes de bajos recursos. El objetivo del presente trabajo es reportar nuestra experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la acalasia asistido por robot.

PACIENTE Y MÉTODO

Se trata del paciente J.R. de 62 años de edad quien acudió a consulta por presentar clínica caracterizada por disfagia de aproximadamente seis meses de evolución, la cual evoluciona hasta producir importante intolerancia a la vía oral. Sin

antecedentes de importancia. Al examen físico, signos vitales dentro de límites normales y presenta un índice de masa corporal de 19 Kg/mt², sin anormalidades en el examen abdominal.

Debido a lo mencionado se decide realizar un estudio endoscópico superior, sin hallazgos patológicos, con lo cual se descarta la presencia de patología orgánica. Posteriormente se realiza un estudio contrastado del esófago, donde se evidencia un esófago ligeramente dilatado y en el extremo distal se evidencia una importante disminución del calibre, hallazgos compatibles con acalasia.

Se realiza manometría esofágica, donde se evidencia una importante alteración del peristaltismo esofágico, con ondas de muy baja amplitud y no coordinadas, así como una falta de relajación del esfínter esofágico inferior lo cual confirma el diagnóstico de acalasia.

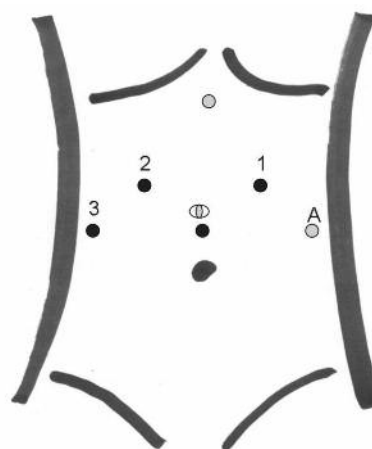
En vista de lo descrito se decide planificar intervención quirúrgica laparoscópica para la resolución de la patología: miotomía de Heller y funduplicatura de Dor asistida por Robot.

Descripción de la técnica

El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia general, con el paciente en decúbito supino, se realiza neumoperitoneo por técnica de Hasson en la línea media supraumbilical, el resto de los portales se coloca bajo visión directa. Los portales para los brazos 1 y 2 del robot se colocan en la línea medio claviclar dos traveses de dedo bajo el reborde costal derecho e izquierdo respectivamente, el portal para el tercer brazo se coloca en línea axilar anterior izquierda, también bajo el reborde costal y el portal del asistente se coloca en este mismo punto del lado derecho. Finalmente se coloca un quinto portal en el epigastrio donde se colocará el separador hepático (Figura 1).

FIGURA 1

Ubicación de los portales.



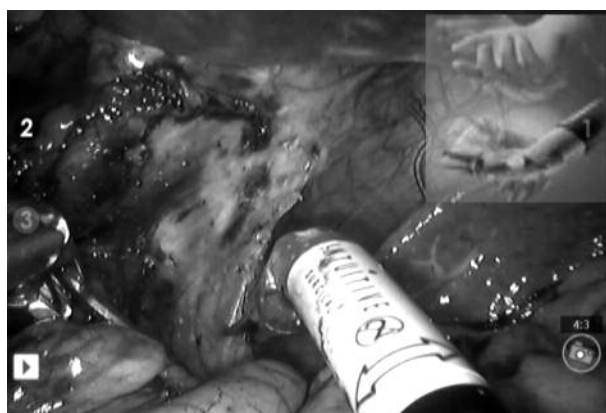
Una vez acoplado el robot, el cual entra en sentido céfalo-caudal, se inicia el procedimiento a nivel de la pars flácida, continuando la disección hasta disecar toda la cara anterior de la membrana frenoesofágica, en este punto el mayor grado de libertad aportado por el robot permite al cirujano disecar y separar adecuadamente el esófago del pilar izquierdo del diafragma (Figuras 2 y 3).

FIGURA 2

Apertura de la pars flácida y disección de la membrana frenoesofágica.

**FIGURA 3**

Disección del pilar izquierdo del diafragma



Se procede a la disección del pilar derecho del diafragma, para la realización del túnel retroesofágico, a través del cual se pasa una hiladilla que permite la tracción del esófago en sentido caudal, tracción que se realiza con el tercer brazo del robot.

Expuesta de esta manera la cara anterior del esófago, se realiza la miotomía con movimientos de tracción y contratracción, desgarrando las fibras musculares longitudinales y transversales del esófago. En este punto la buena visibilidad aportada por el sistema Da Vinci da una gran precisión al cirujano (Figura 4). La miotomía se realiza 6 cm en sentido proximal y 2 cm distal desde la unión esofagogástrica, esta disección en sentido distal, es un paso fun-

FIGURA 4

Miotomía anterior

**FIGURA 5**

Sistema Da Vinci®



damental para un buen resultado postoperatorio, pero a su vez es el sitio de mayor incidencia de perforación de la mucosa.

Finalmente se concluye el procedimiento realizando una funduplicatura parcial tipo Dor, colocando tres puntos a cada lado.

RESULTADOS

Se realizó el procedimiento propuesto, es decir, miotomía de Heller y funduplicatura de Dor por vía laparoscópica asistida por robot. Con un tiempo quirúrgico de 165 minutos (colocación de portales y acoplamiento 45 minutos, tiempo de consola 120 minutos). La óptima visión del sistema Da Vinci® permitió realizar la miotomía anterior con gran precisión y seguridad, y la gran maniobrabilidad de los instrumentos facilitó la realización de los puntos y el anudado intracorpóreo al momento de realizar la funduplicatura tipo Dor. No hubo complicaciones intraoperatorias, la pérdida estimada de sangre no superó los 20 cc.

Durante el postoperatorio, el paciente evoluciona satisfactoriamente, egresa a las 24 horas en buenas condiciones generales, refiere franca mejoría de la disfagia.

DISCUSIÓN

Si bien la acalasia es el trastorno motor primario más frecuente del esófago, es una enfermedad infrecuente en la población⁽¹⁾. El objetivo del tratamiento es aliviar la disfagia, lo cual se logra disminuyendo la resistencia del esfínter esofágico inferior. Las opciones varían entre tratamiento endoscópico con dilatación neumática, inyección de toxina botulínica y la cirugía, siendo esta última la que produce los mejores resultados a largo plazo^(9, 10).

La primera descripción del tratamiento quirúrgico de la acalasia data de 1913, cuando Heller describe la miotomía anterior y posterior del esófago en el tratamiento de esta patología⁽¹¹⁾. Ésta fue posteriormente modificada en 1923 por Zaaier, quien propone la realización de únicamente la miotomía anterior⁽¹²⁾. La evidencia actual sugiere que es necesario realizar una funduplicatura parcial (Dor o Toupet) con la intención de reducir la incidencia de reflujo postoperatorio⁽¹³⁾.

La introducción de la cirugía mínimamente invasiva al tratamiento de la acalasia con los primeros reportes de Cuschieri y Pellegrini y colaboradores^(14,15), ha proporcionado los muy conocidos beneficios de la cirugía laparoscópica, es decir, menor dolor, menor tiempo de hospitalización, rápida reincorporación a las actividades habituales y un óptimo efecto cosmético.

Sin embargo, al realizar cirugía laparoscópica avanzada el equipo quirúrgico debe afrontar dificultades propias de la técnica como: **1.** Visión en dos dimensiones, lo cual conlleva una pérdida de la percepción de profundidad, **2.** Disminución en el rango de movimientos de los instrumentos (grados de libertad), **3.** Disminución de la sensación táctil, **4.** La disparidad entre la retroalimentación visual y propioceptiva, que se produce debido a que los movimientos de la mano en una dirección llevan a un resultado contrario en el extremo opuesto del instrumento, conocido como efecto fulcrum.

La incorporación de la cirugía robótica, definida como el uso de una unidad electromecánica asistida por computadora como interface entre el cirujano y el paciente, pretende expandir las capacidades del cirujano, ya que permite superar algunas de las dificultades, al mejorar la visión del cirujano (visión tridimensional), aumentar los grados de libertad y evitar el efecto fulcrum; aportando además otras ventajas como la estabilización de los instrumentos en el campo quirúrgico, a la vez que ofrece una muy superior ergonomía al cirujano.

Estudios recientes sugieren que la incidencia de perforación esofágica es menor cuando se realiza el procedimiento con asis-

tencia del robot. Iqbal y colaboradores reportan una serie inicial de 19 casos realizados con asistencia del robot, sin perforación⁽⁴⁾. Así mismo, Melvin y colaboradores reportan la experiencia en 104 pacientes con acalasia a los cuales se les realizó una miotomía esofágica asistida por robot sin casos de perforación⁽⁸⁾. Más recientemente, Horgan y colaboradores, en un estudio multicéntrico, prospectivo y comparativo demostraron una significativa diferencia entre el procedimiento laparoscópico convencional y el asistido por robot con una tasa de perforación de 16% y 0% respectivamente⁽⁷⁾.

La óptima visión aportada por el sistema Da Vinci, la eliminación del temblor y el incremento en los grados de libertad de los instrumentos explican la menor tasa de perforación de la mucosa esofágica. Estos mismo factores facilitan la realización de la funduplicatura tipo Dor, como han demostrado Chang y colaboradores⁽¹⁶⁾, la asistencia del robot lleva al cirujano con experiencia en cirugía laparoscópica a realizar un anudado intracorpóreo más rápido y seguro.

Entre las desventajas de incorporar la cirugía robótica al tratamiento quirúrgico de la acalasia, tenemos el incremento en el tiempo quirúrgico dado por la preparación y el acoplamiento del robot, sin embargo, ésta es una variable que se mejora en la medida que se adquiere experiencia, llegando a obtener un tiempo quirúrgico comparable a la laparoscopia convencional⁽⁸⁾. Pensamos que la desventaja producto de la falta de sensación táctil en especial al momento de realizar la miotomía, se compensa con la óptima visión (3D) aportada por el sistema binocular del robot.

En definitiva los resultados de la miotomía de Heller asistida por robot son comparables a la laparoscopia convencional en el control de los síntomas de la acalasia, con una menor tasa de complicaciones. Sin embargo, es necesario recordar que el cirujano debe entrenarse en habilidades específicas relacionadas con el manejo y dominio de la consola del Da Vinci, así mismo, debe estar capacitado para acoplar y remover el robot de manera rápida y segura. Según las recomendaciones del consenso en cirugía robótica de SAGES-MIRA, el cirujano debe entrenarse previamente mediante prácticas "hands-on" con el uso de modelos animales o inertes con el fin de realizar procedimientos más efectivos y seguros.

El tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo de la acalasia asistido por robot, es un procedimiento seguro y factible, que parece aportar ciertas ventajas sobre la cirugía laparoscópica convencional, al disminuir la tasa de complicaciones intraoperatorias.



REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA

Urbanización Los Dos Caminos,
Edif. Centro Parque Boyacá, Torre
Centro, piso 17, oficina 173, Avenida
Sucre, Caracas 1070, Venezuela.
Telf. 286.81.06 Fax: 286.84.59.

www.sociedadvenezolanadecirugia.org
sv_cirugia@cantv.net

**JOURNAL
OF THE
VENEZUELAN
SOCIETY
OF SURGERY**

REFERENCIAS

1. Mayberry JF. Epidemiology and demographics of achalasia. *Gastrointest Clin North Am* 2001; 11:235-248
2. Spiess A, Kahrilas P. Treating achalasia: from whale-bone to laparoscope. *JAMA* 1998; 280:638-642
3. Cowgill S, Villadolid D, Boyle R, Al-Saadi S, Ross S, Rosemurgy A. Laparoscopic Heller myotomy for achalasia: results after 10 years. *Surg Endosc* 2009; 23:2644-2649
4. Iqbal A, Haider M, Desai K, Garg N, Kavan J, Mittal S, et al. Technique and follow-up of minimally invasive Heller myotomy for achalasia. *Surg Endosc* 2006; 20:394-401
5. Patti M, Pellegrini C, Horgan S, Arcerito M, Omelanczuk P, Tamburini A, et al. Minimally invasive surgery for achalasia: an 8 year experience with 168 patients. *Ann Surg* 1999; 230:587-594
6. Zaninotto G, Constantini M, Molena D, Buin F, Carta A, Nicoletti L, et al. Treatment of esophageal achalasia with laparoscopic Heller myotomy and Dor partial anterior fundoplication: prospective evaluation of 100 consecutive patients. *J Gastrointest Surg* 2000; 4:282-289
7. Horgan S, Galvani C, Gorodner M, Omelanczuk P, Elli F, Moser F, et al. Robotic-assisted Heller myotomy versus laparoscopic Heller myotomy for the treatment of esophageal achalasia: multicenter study. *J Gastrointest Surg* 2005; 9:1020-1029
8. Melvin W, Dundon J, Talamini M, Horgan S. Computer-enhanced robotic telesurgery minimizes esophageal perforation during Heller myotomy. *Surgery* 2005;138:553-558
9. Csendes A, Braghetto I, Burdiles P, Csendes P. Comparison of forceful dilatation and esophagocardiomyotomy in patients with achalasia of the esophagus. *Hepatogastroenterology* 1991; 38:502-505
10. Csendes A, Velasco N, Braghetto I, Henriquez A. A prospective randomized study comparing forceful dilatation and esophagomyotomy in patients with achalasia of the esophagus. *Gastroenterology* 1981; 80:789-795
11. Brewer L. History of surgery of the esophagus. *Am J Surg* 1980; 139:730-743
12. Zaaier J. Cardiospasm in the aged. *Ann Surg* 1923; 77:615-617
13. Burpee S, Mamazza J, Schlachta C, Bendavid Y, Klein L, Moloo H, et al. Objective analysis of gastroesophageal reflux after laparoscopic Heller myotomy. An antireflux procedure is required. *Surg Endosc* 2005; 19:9-14
14. Shimi S, Nathanson L, Cuschieri A. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *J R Coll Surg Edinb* 1991; 36:152-154
15. Pellegrini C, Wetter L, Patti M, Leichter R, Mussan G, Mori T, et al. Initial experience with a new approach for the treatment of achalasia. *Ann Surg* 1992; 216:291-296
16. Chang L, Satava R, Pellegrini C, Sinanan M. Robotic Surgery: Identifying the learning curve through objective measurement of skills. *Surg Endosc* 2003; 17:1744-1748

NOTES: COLECISTECTOMÍA TRANS-VAGINAL VIDEO ASISTIDA, CON INSTRUMENTOS LAPAROSCÓPICOS CONVENCIONALES.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

RESUMEN

Las vías de abordaje para la realización de la colecistectomía han cambiado dramáticamente en los últimos 20 años, desde la cirugía abierta hasta la cirugía de invasividad mínima y ahora desde 2007 se comienza a realizar cirugía a través de orificios naturales. Con la ausencia de instrumentos ideales, puede ser posible crear accesos seguros a través del abordaje trans-vaginal con el uso de instrumentos laparoscópicos convencionales en pacientes bien seleccionados.

Objetivos: Describir una nueva técnica quirúrgica para la realización de colecistectomía transvaginal video asistida con instrumentos laparoscópicos convencionales.

Método: Descripción de la técnica: con la paciente bajo anestesia general, colocada en posición ginecológica, accedemos a la cavidad abdominal a través de la cicatriz umbilical. Insertando un trocar de 10mm bajo visión directa, a través de este se vigilará la entrada a través de la colpotomía, a través de la vagina se introducirá una pinza de grasper de 5mm y la óptica de 30°. Con el grasper transvaginal se sujetará la vesícula y a través del portal umbilical el cirujano realizará la disección de los elementos de triángulo de Calot, extrayendo la pieza por vía vaginal.

Conclusión: El acceso trans-vaginal es factible y seguro con material laparoscópico convencional, para la realización de colecistectomía. Es indispensable el entrenamiento en laparoscopia convencional. El cirujano debe adaptarse a los ángulos de visualización ofrecidos.

Palabras clave

NOTES, trans-vaginal, colecistectomía

-
- * Servicio de Cirugía II Hospital Vargas Caracas, Clínica Briceño Rossi.
 ** Servicio de Cirugía II Hospital Vargas Caracas, Instituto Diagnóstico.
 *** Adjunto Cirugía II Hospital Universitario de Caracas.
 + Servicio de Cirugía General Hospital Pérez de León Caracas.
 ++ Especialista Cirugía General Hospital de Clínicas Caracas.
 Ilustraciones: Prof. Leonardo Almau.

MEJÍAS JOSÉ*,
 ALMAU HÉCTOR**/+,
 GARCÍA NAYDELI***,
 ARELLANO JOSÉ+,
 DE LA FUENTE RAFAEL++

NOTES: VIDEO ASSISTED TRANS-VAGINAL CHOLECYSTECTOMY WITH CONVENTIONAL LAPAROSCOPIC INSTRUMENTS. A DESCRIPTION OF SURGICAL TECHNIQUE

ABSTRACT

The access to perform a cholecystectomy has changed dramatically in the last 20 years, from open surgery to minimal invasive surgery such as laparoscopy and now since 2007, starting to perform through natural orifices. In the absence of ideal instruments, it could be possible to create safe access through trans-vaginal way with regular laparoscopic instruments in well selected patients.

Objective: Describe a new surgical technique to perform a trans-vaginal cholecystectomy video assisted, with common laparoscopic instruments.

Method: Technical description: With the patient under general anesthesia, placed her in gynecological position, we get access to the abdominal cavity through umbilicus, inserting a 10mm trocar, then under direct vision we perform the trans-vaginal access inserting one grasping forceps and 30° scope. The vaginal grasping forceps will hold the gallbladder between the fundus and the infundibulum, exposing the Calot triangle. Through the umbilicus trocar the surgeon dissect cystic duct and artery, then it will be separated from its bed. The gallbladder is taken outside from the abdomen through vaginal way.

Conclusion: The trans-vaginal access is a feasible way to perform cholecystectomy with common laparoscopic instruments. It is indispensable to dominate basic laparoscopic techniques, and before start practicing this procedure, it has to perform under animal's models.

Key words

NOTES, transvaginal, cholecystectomy.

La evolución en la realización de la colecistectomía ha cambiado drásticamente en los últimos 20 años, en cuanto a las vías de abordajes se refiere. Se ha pasado desde la colecistectomía abierta 1897 a la colecistectomía laparoscópica 1987, estableciéndose esta última como el estándar de oro para este tipo de cirugía. Sin embargo, en la búsqueda de técnicas que disminuyan la injuria en el abordaje y con el propósito de realizar "cirugías sin cicatriz", los cirujanos a nivel mundial comenzaron a pensar en utilizar como vías de abordajes los orificios naturales. Es entonces cuando para el año 2007 se realizan las primeras colecistectomías trans-vaginales a nivel mundial, siendo el Dr. Bessler en Nueva York y el Dr. Marescaux en Estrasburgo con el proyecto ANUBIS. En Brasil el grupo del Dr. Zorron y el del Dr. Ramos y Galvao realizan para el mismo año la primera experiencia en Latinoamérica.^(1, 2, 3, 4)

Estos modelos de cirugía han empleado como instrumentos de visión y trabajo endoscopios flexibles. Volcado al desarrollo de instrumental experimental que permitan hacer más ergonómico y seguro el procedimiento. Ante la carencia de este instrumental y la dificultad en muchos centros de trasladar endoscopios y gastroenterólogos al quirófano, se comienza a realizar este tipo de cirugía con instrumentos rígidos angulados, reportando Burghardt su experiencia en Alemania para febrero de 2009, en la realización de colecistectomía trans-vaginal video asistida con instrumentos rígidos.⁽⁵⁾

En mayo de 2009 el equipo coordinado por el Dr. Mejías realiza la primera colecistectomía trans-vaginal con instrumentos laparoscópicos convencionales y con asistencia de un portal de 10mm por vía umbilical, presentando su experiencia inicial en el XVIII Congreso Latinoamericano de Cirugía⁽⁶⁾.

El propósito del presente trabajo es publicar la técnica quirúrgica diseñada bajo el nombre de colecistectomía trans-vaginal video asistida con instrumentos laparoscópicos convencionales.

MÉTODO

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Organización del quirófano

Paciente:

La paciente es colocada en posición ginecológica, con la variación de que la flexión del muslo sobre la cadera es mínima y la abducción máxima, esto permitirá la utilización ergonómica del portal umbilical. El brazo derecho se coloca junto al paciente a fin de facilitar el acceso de la torre de laparoscopia, mientras que el brazo izquierdo es colocado en ángulo de 90° en relación al tórax.

Una vez posicionado, el campo operatorio es preparado de

la manera habitual, incluyendo lavado de cavidad vaginal con soluciones fisiológicas y yodadas.

Equipo quirúrgico: (ver Figura 1)

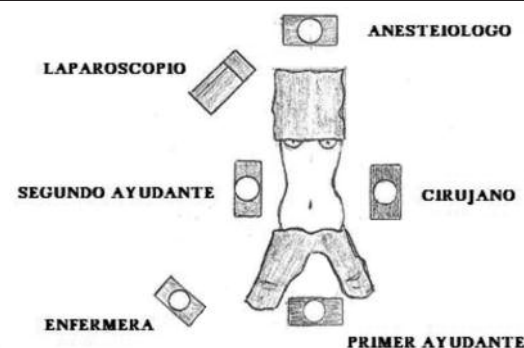
- Cirujano: ubicado al lado izquierdo de la paciente.
- Primer ayudante: ubicado entre las piernas de la paciente.
- Segundo ayudante: colocado al lado derecho de la paciente.
- Instrumentista: lado derecho de la paciente.
- Anestesiólogo: cabecera de la paciente.

Equipo:

- Torre de laparoscopia: lado derecho del paciente.

FIGURA 1

Ubicación del equipo quirúrgico



[Firma manuscrita]

Instrumental

- Óptica de 30°.
- Disector de Maryland de 5mm
- Grasper de 5mm.
- Clipadora de 10 mm.
- Cauterio monopolar en forma de gancho.
- Tijera Metzemaum de 5mm.
- Irrigación-succión de 5mm.
- 1 trócar de 10mm.

Acceso

Trócar umbilical:

Este acceso es realizado a través de incisión longitudinal trans-umbilical, con introducción de trocar de 10mm bajo visualización directa (técnica de Hasson).

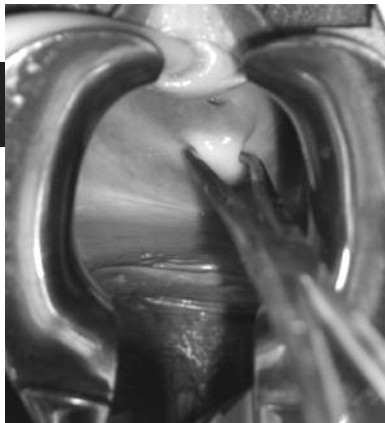
Abordaje transvaginal:

Con la introducción de espéculo de Collin y colocación de la paciente en Trendelenburg forzada, se tracciona el cuello uterino sujetándolo por el labio inferior con pinza de Pozzi, seguidamente se realiza la colpotomía a través de incisión transversal

en fondo de saco vaginal posterior de aproximadamente 1,5cm, con disección roma se logra el abordaje a la cavidad abdominal a través del fondo de saco de Douglas (Fotos 1 y 2). El ingreso a la cavidad abdominal es vigilado por vía laparoscópica a través del portal umbilical.

FOTO 1

Cuello uterino traccionado con pinza de Pozzi.

**FOTO 2**

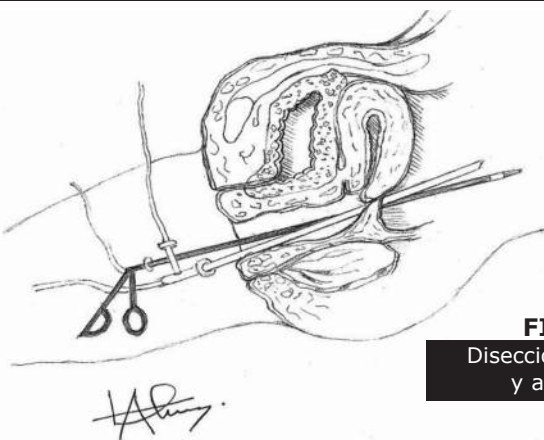
Colpotomía.



Una vez realizada la colpotomía se introduce pinza de grasper de 5 mm y se traslada el lente del portal umbilical al acceso trans-vaginal (Figura 2 y Foto 3). Por lo que se transforma el acceso umbilical en el portal de trabajo para el cirujano.

FIGURA 2

Abordaje trans-vaginal.

**FOTO 3**

Acceso del instrumental trans-vaginal.



Exposición:

Al encontrarse el instrumental de acceso trans-vaginal dentro de la cavidad peritoneal, se cambia la posición a Fowler y lateral izquierdo. En este instante el cirujano presenta la vesícula biliar que es sujeta con el grasper trans-vaginal a una distancia próxima al bacinete; traccionando la vesícula en dirección anterior y discretamente caudal. Así queda expuesto triángulo de la colecistectomía, que en esta circunstancia su visualización será de abajo hacia arriba, cambiando la visión a la que se está acostumbrado por vía umbilical (Foto 4).

FOTO 4

Exposición de la vesícula biliar.



Disección:

Expuesto el triángulo de colecistectomía, se dispone el cirujano a través del portal umbilical a realizar la disección de sus elementos, para ser clipados y seccionados. Alternando el ingreso del instrumental a través del portal umbilical (Figuras 3 y 4, Fotos 5 y 6).

FIGURA 3

Disección del conducto y arteria cística

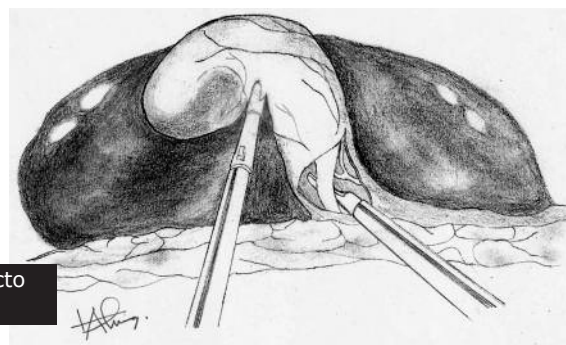


FOTO 5

Disección del conducto cístico.

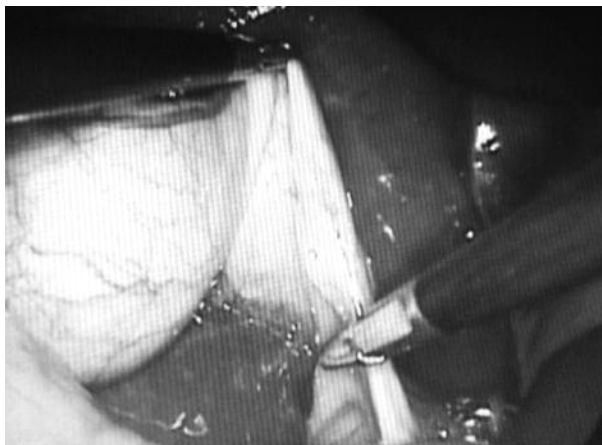


FIGURA 4

Clipaje del conducto cístico.

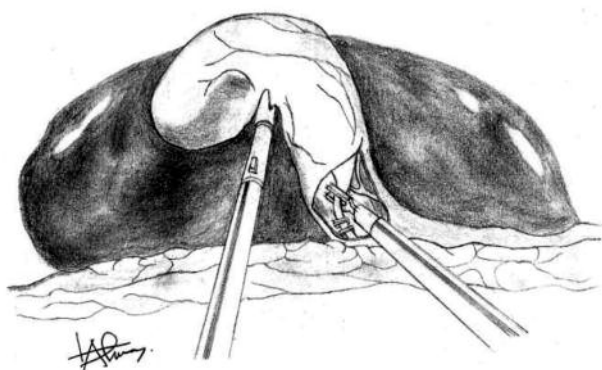


FOTO 6

Disección de arteria cística.

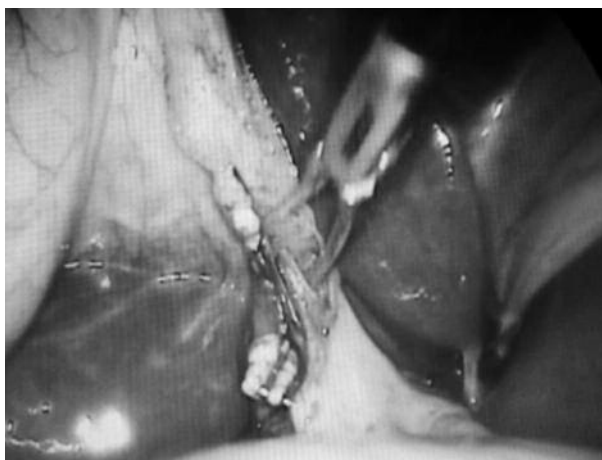


FIGURA 5

Disección de la vesícula de su lecho.

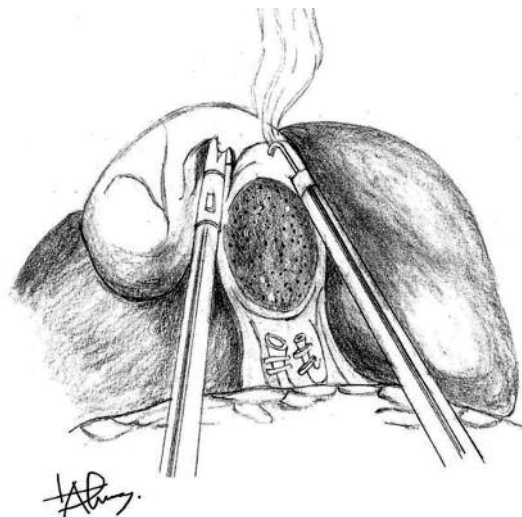


FOTO 7

Diéresis de la vesícula biliar.



FOTO 8

Extracción de pieza por vía vaginal.



Paso siguiente se procede a la diéresis de la vesícula de su lecho con el empleo del cauterio monopolar en forma de gancho (Figura 5).

Extracción de la pieza:

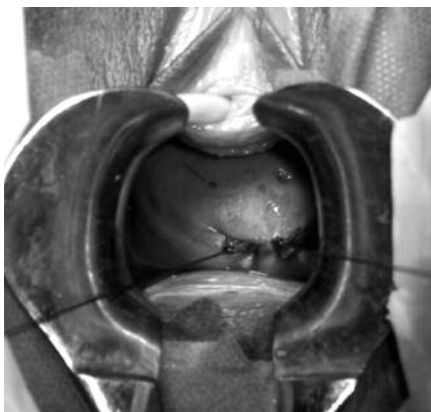
Realizada la colecistectomía se sujeta la pieza por su bacinete con el grasper trans-vaginal, conduciéndola así hacia la colpotomía y salida trans-vaginal (Foto 7).

Cierre de la cúpula vaginal y portal umbilical:

La incisión de colpotomía es cerrada con el uso de material de sutura poliglactin910 número cero, bajo técnica de sutura continua (Foto 7).

FOTO 9

Cierre de la colpotomía.



El portal umbilical es cerrado de igual manera con material de sutura poliglactin910 número cero, con dos puntos separados.

REFERENCIAS

1. Bessler M, Stevens PD, Milone L, Parikh M, Fowler D. Transvaginal laparoscopically assisted edoscopic cholecystectomy: a hybrid approach to natural orifice surgery. *Gastrointest Endosc* 2007; 6:1243 - 1245.
2. Marescaux J, Dellemagne B, Perretta S, Wattiez A, Mutter D, Coumaros D. Surgery without scars: report of transluminal cholecystectomy in a human being. *Arch Surg* 2007; 9:823-826.
3. Zorron R, filgueiras M, Maggioni LC, Pombo L, Lopes Carvalho G, Lacerda Oliveira A. NOTES transvaginal cholecystectomy: report of the first case. *Surg Innov* 2007; 14:279-283.
4. Ramos AC, Murakami A, Galvao Neto M, Galvao MS, Silva AC, Canseco EG, Moyses Y. NOTES transvaginal video-assisted cholecystectomy. First serie. *Endoscopy* 2008; 40:572-575.
5. Burghardt J. NOTES with rigid laparoscopic instrumentation. Epublication 2009;9:URL:<http://www.eats.fr/doi103enburghardt001.htm>
6. Mejías J, De la Fuente R, Almau H, García N, Kriger A. NOTES: Apendicectomía y colecistectomías transvaginales en humanos con instrumentos rígidos convencionales. Reporte preliminar de serie de casos. XVIII Congreso Latinoamericano de Cirugía 2009; <http://www.asevent.com/felac2009/trabajos.php>

CONCLUSIONES

- El acceso trans-vaginal es factible y seguro con material laparoscópico convencional, para la realización de una colecistectomía.
- Es indispensable el entrenamiento en laparoscopia convencional.
- El cirujano debe adaptarse a los ángulos de visualización ofrecidos.
- Es necesario el reentrenamiento en modelos inanimados y animales de experimentación.

SEMBLANZA DEL DR. DOMINGO LUCIANI



VIVAS, JOSÉ FÉLIX*
FRANCO, RANDY**

Cuando observamos todo lo que nos rodea, tenemos que darnos cuenta que hay que rendir tributo a los que nos precedieron, quienes con su esfuerzo lograron que podamos disfrutar los frutos de su trabajo, y nos hicieron el camino más fácil para que nosotros sigamos en la búsqueda del conocimiento y la perfección.

Nuestros hospitales, centros de salud, ambulatorios, escuelas de medicina, llevan los epónimos de ilustres médicos y profesores, que con su destacada labor dejaron huella en la Historia de la Medicina en Venezuela, haciéndose merecedores de tan honrosa distinción. Sin embargo, muchos de los que pasan o trabajan en estos centros desconocen la trayectoria y los méritos de estos maestros, por lo que tenemos el deber de mostrar a las nuevas generaciones quienes fueron estos epónimos y mantener viva su presencia, convalidando la clásica sentencia que dice: “no muere aquel que tiene quien lo recuerde”. Considerando estas premisas nos propusimos realizar una semblanza del Dr. Domingo Luciani, cuyo nombre distingue uno de los hospitales más importantes de Caracas.

Maracaibo a finales del siglo XIX, era una apacible y próspera ciudad, de amplias y altas casas con patios internos para suavizar la calidez del clima. Su ubicación a orillas del lago la privilegia con un activo puerto, donde llegaban gran cantidad de productos agropecuarios provenientes del sur del lago y el café de los Andes, destinados al comercio exterior. Del mismo

modo, también recibía múltiples importaciones que eran distribuidas por los grandes almacenes ingleses y alemanes que ya existían en la ciudad. En este ambiente de prosperidad floreció la cultura y la ciencia, al punto que a Maracaibo se le empezó a llamar la “Atenas” del occidente, título que los maracaiberos se tomaron muy en serio, colocándole a sus hijos extravagantes nombres griegos, tales como Anaxágoras, Epaminondas, Temístocles, Hermócrates, nombres estos que en Venezuela son con seguridad una identificación del gentilicio marabino.



Maracaibo. La vieja plaza Baralt.

El doctor Domingo Luciani nace el 8 de diciembre de 1886 en la ciudad de Maracaibo. Fue su padre Juan Nepomuceno Luciani Álvarez, de ancestro genovés, hijo del comerciante don Giovanni Luciani, casado con doña Nepomucena Álvarez, colombiana; abuelos paternos de Domingo. Juan fue un exitoso hombre de negocios, dedicado la exportación de café hacia Europa, se radicó en Maracaibo, donde conoció a su esposa Casimira Edwards, de ascendencia irlandesa y cuyo apellido fue sufriendo modificaciones por el uso hasta convertirse en Eduardo.

Domingo Leonardo de la Concepción Luciani Eduardo fue el cuarto hijo de los nueve que tuvo el matrimonio, dos de los cuales murieron a muy temprana edad. Entre sus hermanos se destacó Lucila Luciani de Pérez Díaz, de dilatada trayectoria intelectual y amplia cultura, escritora, historiadora, sensible artista que cultivó también la música y la pintura. Jorge Luciani, hermano

* *Director del postgrado de Cirugía General. Hospital Domingo Luciani, IVSS.*

** *Residente del postgrado de Cirugía General. Hospital Domingo Luciani, IVSS.*

menor de Domingo, fue escritor y periodista, además de acérrimo opositor al régimen de Juan Vicente Gómez, lo que le ocasionó cárcel y destierro.

En enero de 1887, cuando Domingo Luciani apenas tenía unos 40 días de nacido, la familia se muda a Caracas donde instalan residencia. En la capital cursa sus estudios de primaria y secundaria en el Colegio Católico Alemán y en el Instituto Católico Americano, hasta terminar el último año de la secundaria en la Universidad Central de Venezuela, de acuerdo a la normativa de la época y donde obtuvo el título de Bachiller en Filosofía en julio de 1904. A la edad de 17 años comienza sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

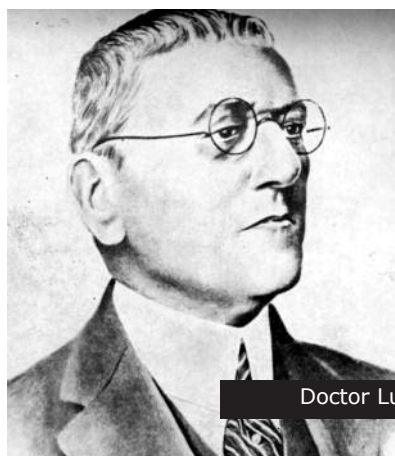


Universidad Central de Venezuela.
Antigua sede en la esquina de San Francisco.

En la Facultad de Medicina se encuentra entre los mejores estudiantes obteniendo siempre las más altas calificaciones. Sus compañeros de curso eran trece en total, entre los que se destacaron ilustres médicos, tales como José Izquierdo, Cruz Lepage, Henrique Toledo Trujillo, Salvador Córdoba, Temístocles Carvallo, Tomás Landaeta y Diego Carbonell, entre otros. Maestros de la talla de Pablo Acosta Ortiz, José Gregorio Hernández y Luis Razetti, contribuyeron a forjar en Domingo Luciani una sólida formación científica y humanista.



Doctor Pablo Acosta Ortiz,
el Príncipe del Bisturí



Doctor Luis Razetti



Doctor José Gregorio Hernández

Durante el desarrollo de sus estudios universitarios el doctor Luciani fue interno y externo en los hospitales civiles de Caracas, además de preparador en las cátedras de Histología y Bacteriología bajo la dirección del doctor José Gregorio Hernández. El 10 de enero de 1911, Domingo Luciani recibe el título de Doctor en Ciencias Médicas de manos del Rector de la Universidad, doctor Alejo Zuloaga. Para tal fin presentó su tesis doctoral "Contribución al estudio de la elefantiasis de los árabes en Venezuela". El jurado para evaluar este trabajo estuvo constituido por los doctores Pedro Herrera Tovar, Juan Bautista Pérez y José Gregorio Hernández. En la tesis del doctor Luciani se hace un análisis de la enfermedad, cuyo nombre es una traducción del vocablo árabe dahl-el-pil, con que fue designada la afección por el médico Rhazés, en el año 850 de nuestra era. En el trabajo se describen siete casos clínicos, a los cuales se les aplicó tratamiento médico o quirúrgico con resultados satisfactorios.

Una vez culminados sus estudios y por la experiencia adquirida en el laboratorio del doctor Hernández, comienza a trabajar a petición del Ministro del Interior, doctor Francisco Linares Alcántara, en el diagnóstico y seguimiento de casos en una epidemia de peste bubónica que se había presentado en

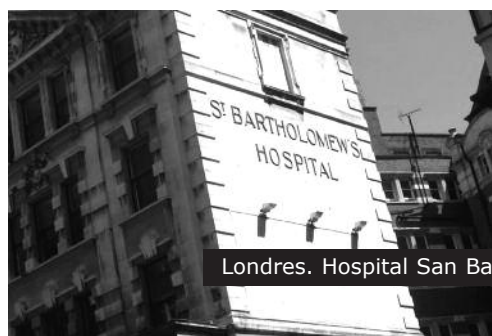
Caracas, siendo designado a la Parroquia San Juan. Ante un brote de esta enfermedad en la población de Baruta, es comisionado para que hiciera también el trabajo de campo en el estudio de los bubones. Su fama en la ciudad como experto en peste bubónica la ilustra la siguiente anécdota: una enferma era estudiada por dos colegas de Luciani, quienes solicitaron a éste la fuera a ver para dar su opinión. La paciente al ver al doctor Luciani exclamó: Dios mío ! Lo han traído! Tengo peste !

Luego de esta experiencia en Caracas y sus alrededores, decide viajar hacia el interior del país para ejercer la medicina rural en la región de Guayana, donde trabajó con la Compañía Canadian Venezuelan Ore, empresa dedicada a la explotación minera de la zona. Es así como llega a la remota población de Imataca, donde estaba instalada la compañía. Después de tres años de graduado y con 27 años decide trasladarse a Europa para continuar estudios de especialización. Su meta era París, ciudad donde ya había vivido en su infancia por lo que dominaba el idioma francés.



Paris hacia 1914

En los inicios del año 1914 se embarca hacia Francia en el vapor Guadalupe, pero en agosto de ese mismo año estalla la I Guerra Mundial, presentándosele serias dificultades económicas para la realización de sus estudios, por lo que viaja a Londres, donde realiza una pasantía de cuatro meses en el Hospital San Bartolomé, pero aquí los costos de los cursos de cirugía resultaban excesivos, regresando a París en diciembre.

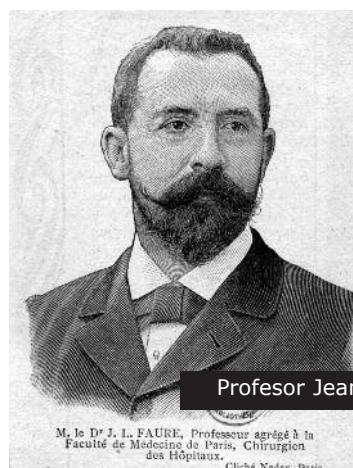


Londres. Hospital San Bartolomé.

En la Ciudad Luz comienza estudios en el Hospital Cochin con el profesor Jean Louis Faure, uno de los cirujanos más grandes de la época



París. Hospital Cochin



Profesor Jean Louis Faure.

En su recorrido por los más afamados hospitales de París realiza estudios en el Hospital Necker con el profesor Nebet. Asiste a la Clínica Pisini donde tiene la oportunidad de ver operar al eminente cirujano Eugene Doyen. Visita también el Hospital Saint Louis donde entabla amistad y se nutre de los conocimientos del célebre cirujano militar Hippolyte Morestin.



Paris hacia 1914



Demostración de una intervención quirúrgica por el profesor Eugene Doyen.



Hospital Saint Louis. París



Hippolyte Morestin. Célebre cirujano militar francés y jefe de la Unidad de Cirugía Plástica del ejército, durante la I Guerra Mundial.

En el año 1917 regresa a Venezuela Domingo Luciani, después de culminar satisfactoriamente su entrenamiento en Francia como cirujano. Ya instalado de nuevo en Caracas, comienza el ejercicio privado en una casa ubicada entre las esquinas de Romualda y Manduca, trasladándose posteriormente a un espa-

cio más grande, donde podía realizar intervenciones quirúrgicas ubicado de Cruz Verde a Velázquez. A este sitio se le conoció como la Clínica del Dr. Domingo Luciani, la cual funcionó hasta el año 1936. El personal de esta clínica lo conformaban, además del doctor Luciani, los doctores Jesús Rhode, León Mir y Gustavo de la Plaza. El radiólogo era el doctor César Flamerich.

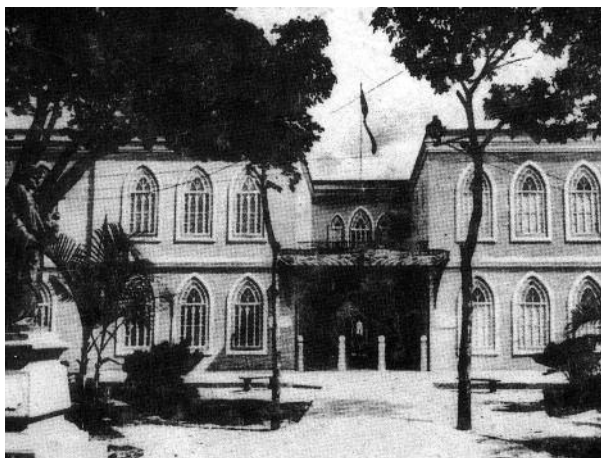


Personal de la Clínica del Doctor Domingo Luciani. Sentado: Domingo Luciani. Parados de izquierda a derecha: Gustavo de la Plaza, León Mir y Jesús Rhode.

La fructífera y dilatada vida académica del doctor Luciani transcurre en el Hospital Vargas de Caracas, en diversas cátedras de la Facultad de Medicina, donde estuvo al frente de diversas asignaturas tales como: Histología, Bacteriología, Anatomía, Patología Quirúrgica, Medicina Operatoria y Clínica Quirúrgica. El doctor Jiménez-Arriaza lo recuerda en 1923 cuando estuvo encargado de la cátedra de Anatomía por ausencia del titular, José Izquierdo. Al tener noticias de que el profesor Luciani era muy duro en los exámenes, lo protestaron y hasta le hicieron una huelga de ausencia a clases. Cuando llegó el momento del examen muchos temieron una supuesta venganza; sin embargo no fue así, todos aprobaron el curso, incluso dos sobresalientes con 20 puntos. De él se expresa su antiguo alumno Jiménez-Arriaza: "Lo admiré en la cátedra, como fácil expositor que logró en todo momento hacerse comprender del alumnado: lo he admirado en su ejercicio profesional, que ha estado siempre pleno del concepto sacerdotal que se le pide al médico; lo admiré en su vida ciudadana, vertical siempre su columna"

Consolidando una destacada trayectoria docente, el doctor Domingo Luciani ingresa a la Academia Nacional de Medicina en marzo de 1922, con apenas once años de graduado. Su trabajo de incorporación fue "Acerca de la trombosis arterial traumática". Luciani con sólo 35 años era el más joven de los

Individuos de Número de la Academia, ocupando el sillón XVIII. En la Academia estuvo al frente de la Gaceta Médica de Caracas como editor, cuando por motivos políticos su fundador Luis Razetti tuvo que abandonar el país en 1924, continuando Luciani la labor de su dilecto maestro, como Secretario de Redacción y Director de Administración durante 14 años.



Hospital Vargas de Caracas. Fachada

El profesor Luciani trabajó en el Hospital Vargas durante más de cuarenta años, donde ingresó en 1924 como Jefe de la Consulta Externa de Cirugía. Fue profesor interino de Patología Externa en 1929, auxiliar de Clínica Quirúrgica, 1930-31, Medicina Operatoria en 1932, y sucedió a Luis Razetti en la Cátedra de Clínica Quirúrgica desde 1932 hasta 1958. Fue uno de los primeros profesores por concurso de oposición de la Facultad de Medicina en la Cátedra de Clínica Quirúrgica desde 1937. Su clase inaugural luego de ganar el concurso fue toda una lección de ética hacia sus alumnos de 6º año cuando les aconsejó: "Buena fe hacia nosotros mismos, pues ella nos enseña a valorar nuestras aptitudes en determinadas circunstancias; buena fe hacia los enfermos encomendados a nuestros cuidados; hacia nuestros colegas, hacia nuestros antepasados quirúrgicos"

El doctor Domingo Luciani tuvo el merecido honor de ser el primer presidente que tuvo la Sociedad Venezolana de Cirugía. Un grupo de jóvenes cirujanos que celebraban los cargos ganados por concurso como cirujanos del Hospital Vargas, se propusieron la tarea una Sociedad de Cirugía digna de nuestro país. Este grupo lo conformaban entre otros: Francisco Montbrun, Ricardo Baquero, Fernando Rubén Coronil, Jorge González Celis dilecto discípulo de Luciani, y José de la Trinidad Rojas Contreras quien aún vive. Quien más indicado para dirigir la naciente Sociedad que el ilustre maestro de todos ellos, Domingo Luciani, de alto prestigio científico, moral y profesional, asumiendo la presidencia el 21 de marzo de 1945.



Reunión en el Club Paraíso donde se gestó la fundación de la Sociedad Venezolana de Cirugía. De pie los doctores: JT Rojas Contreras, Juan Yáñez, Francisco Montbrun, Ricardo Baquero, Juan José Gutiérrez, Leopoldo López y Fernando Rubén Coronil. Sentados: Guillermo Negrete de Windt, Manuel Méndez Gimón, Luis Ramos Sucre, Jorge González Celis y Rafael Zamora Pérez.

Ese largo trascurrir académico del doctor Luciani, estuvo pleno de grandes logros, entre los cuales a los ya mencionados podemos agregar Jefe del Servicio de Cirugía 1 en el Hospital Vargas (salas 4 y 5 de hombres, 16 y 17 de mujeres); profesor titular de la Universidad Central, donde llegó a ser vicerrector; y director de Asistencia Social del Ministerio de Sanidad. Fue autor de numerosos trabajos de investigación publicados principalmente en la Revista del Hospital Vargas, la Gaceta Médica de Caracas, la Revista de Medicina y Cirugía, y el Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Es larga la lista de trabajos científicos, teniendo entre los más importantes: "Algunas consideraciones sobre la cirugía del cáncer", 1916; "Acerca de la hora quirúrgica de la apendicitis", 1924; "Anomalías anatómicas: I costilla cervical. Atresia vaginal congénita", 1925; "El cáncer del seno", 1932; "La hernia estrangulada en la etiología de las fístulas estercorales" 1932; "Estado actual de la cirugía del cáncer gástrico en Venezuela, 1936; "Estenosis segmentaria aislada de origen poradénico en el colon descendente, 1941; "Gangrena de la mano por arteritis. Arterectomía de la axila. Curación, 1951; "Parotidectomía total por tumor mixto con conservación facial, 1952; "Primer caso de divertículo gástrico hallado en Venezuela y operado con éxito, 1958. Es una extensa bibliografía la del doctor Luciani y donde se puede evidenciar el amplio dominio de la Cirugía General, trabajando con éxito en cualquier región del cuerpo, con especial dedicación en la cirugía gastrointestinal. Entre los hechos más relevantes realizados en este campo, el doctor Luciani realizó en Venezuela la primera gastropilorectomía por cáncer de píloro en 1933, y junto con el doctor Alejandro

Baroni Rivas, operó el primer caso de divertículo gástrico en la región prepilórica, en el año 1955. Fue miembro de la Société Internationale de Chirurgie de Bruselas, Fellow of the International College of Surgeons, Fellow of the American College of Surgeons, Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad Médica del Hospital General de México y Miembro Emérito de la Sociedad Internacional de Cirugía. Tan importante es la figura del doctor Luciani en el ámbito quirúrgico nacional, que fue considerado por el ilustre cirujano e historiador Francisco Plaza Izquierdo, la sexta cumbre quirúrgica del país, a saber: José María Vargas, Eliseo Acosta, Santos Michelena, Francisco Bustamante, Pablo Acosta Ortiz y Domingo Luciani. En un discurso pronunciado en 1932 con motivo de la inauguración del busto de Acosta Ortiz en el Hospital Vargas, Luciani refiriéndose a Acosta nos hace una magistral disertación de lo que debe ser un cirujano general: "Fue un cirujano general en toda la acepción del vocablo: operaba en el cuello con la misma destreza que en el abdomen o en las extremidades y sus características como operador fueron la rapidez y la precisión. No era un temerario, en el sentido de que, lo mismo en la clientela particular que en el hospital, no se arriesgaba en un caso difícil si no veía un porcentaje aceptable de probabilidades de éxito; pero una vez tomada la resolución e iniciado el acto operatorio, su sangre fría no lo abandonaba y proseguía sereno en medio de las dificultades imprevistas. Su pericia llegó a ser verdaderamente notable y su sentido clínico no igualado".



Clínica Luis Razetti. Caracas

A la par de su carrera académica hospitalaria, Domingo Luciani también desarrolló un extenso ejercicio de la medicina privada. En su clínica trabajó hasta el año 1938, cuando se trasladó a la recién inaugurada Clínica Luis Razetti, uno de los centros médicos más importantes de Caracas, aún en funcionamiento en la esquina de Puente República. En esta clínica hizo el resto de su ejercicio privado.

Durante su larga y meritoria existencia el profesor Luciani fue objeto de muchos honores y reconocimientos, entre los que se pueden citar: Medalla de Honor de la Instrucción Pública; Orden del Libertador, Cruz de la Beneficencia de la Municipalidad del Distrito Federal, Orden al Mérito en el Trabajo "José María Vargas", Medalla de Oro de la Federación Médica Venezolana, Orden "Andrés Bello". Fue el Padrino de la Promoción "Dr. Domingo Luciani" egresada en el año 1940, y de la egresada en 1947, promoción de hermosa camaradería y cariño hacia su padrino, a quien siempre le guardaron fervor y consideración, visitándolo cada vez que cumplían años de graduados. La Promoción 1940 tuvo el muy noble y humanitario gesto en 1965, cuando celebraron sus Bodas de Plata, de reunir entre todos un dinero, para pagarle la hipoteca de su vivienda en Sabana Grande, calle García, Villa Luisa, ya que el doctor Luciani siempre vivió en forma modesta y austera sin contar con medios de fortuna.



Doctor Jorge González Celis,
"hijo espiritual"
del profesor Luciani

Casado con Doña Ana Matilde Hurtado durante muchos años, quien sufrió una severa artritis reumatoide que la llevó a la invalidez total, el profesor Luciani le prodigó los más especiales cuidados hasta el momento en que enviudó. No tuvo descendencia, pero sus numerosos discípulos le brindaron un afecto inquebrantable de hijos agradecidos hasta el último día de su existencia. Merece especial referencia el notable cirujano Jorge González Celis, a quien se le consideró su "hijo espiritual", quien tuvo siempre especial afecto y dedicación a su maestro. El 1º de noviembre de 1979 fallece el doctor Domingo Luciani, a la edad de 93 años.

La vida del doctor Domingo Luciani fue un ejemplo de rectitud y dedicación, de filantropía. Severo con sus alumnos, pero muy justo y caritativo, lo que le ganó el respeto y la admiración, a través de múltiples manifestaciones de afecto y reconocimiento que recibió durante su larga existencia. Hombre de fuertes convicciones y verticalidad inquebrantable. Recuerdo una graciosa



El doctor Luciani en uno de los múltiples homenajes a los que fue merecedor.

anécdota del profesor Luciani que nos contó el doctor Savelli Maldonado: "Un día pasa el doctor Luciani hacia su cátedra por el patio central del Hospital Vargas, con el sombrero calado al estilo de la época. Cuando pasa frente a la estatua de Vargas, el director del hospital lo increpa: doctor Luciani ! debe quitarse el sombrero cuando pase frente a Vargas. Al doctor Luciani no le gustó la actitud prepotente y hasta absurda del director y le contesta: pues no me lo quito! Entonces lo voy a multar con 5 bolívares, le dice el funcionario. El doctor Luciani, saca 5 bolívares de su bolsillo, se los da al director, se cala más el sombrero y sigue su camino. Esta escena se repitió varias veces y los estudiantes entre los que estaba Savelli Maldonado, esperaban todas las mañanas que llegara Luciani, el cual pasaba por la estatua con el sombrero puesto, sacaba un fuerte, se lo daba al director, que por supuesto lo estaba esperando, se calaba aún más el sombrero y seguía hacia su cátedra, lo que generaba la hilaridad de los estudiantes.

Como un muy justo homenaje a la extraordinaria trayectoria de nuestro biografiado, y para que su nombre fuera recordado permanentemente en la sociedad venezolana, se designó al Dr. Domingo Luciani como el epónimo del Hospital General del Este, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, ubicado en El Llanito, Caracas; uno de los hospitales más grandes e importantes del país, sede de 20 cursos de postgrado. Este hospital fue inaugurado el 10 de abril de 1987, por el Presidente de la República, doctor Jaime Lusinchi, miembro de la Promoción Dr. Domingo Luciani 1947.



Hospital Dr. Domingo Luciani, 1987



El presidente Lusinchi, durante la inauguración del Hospital Domingo Luciani, firma la primera historia clínica del hospital. Lo acompaña el doctor Rubén Darío Jelambi, primer director del hospital.



Busto del doctor Domingo Luciani en el patio central del hospital.

LAS ESQUINAS DE CARACAS Y SU RELACIÓN CON LA HISTORIA DE LA MEDICINA

ESCALONA ROGER*
ESCALONA GABRIEL**

Todos los sitios, esquinas y edificios de la antigua Caracas se encuentran relacionados, de una u otra forma, a sucesos históricos, al recuerdo de ciertos personajes, a detalles o motivos relacionados con la ciudad. Algunos, quizás intrascendentes, pero que se vincularon a hechos de mayor jerarquía en el pasado turbulento de nuestra urbe. Algunos de estos sitios subsisten, otros han desaparecido sin dejar rastro, pero perduran en el recuerdo de los caraqueños⁽¹⁾. O al menos, de algunos.

La historia de la ciudad, a decir de Enrique Bernardo Núñez, puede leerse en los nombres de sus calles y esquinas⁽²⁾, pues desde antes de su fundación, ellas se comenzaron a delinear a partir de la Plaza Mayor, siguiendo las indicaciones dadas por la Metrópolis para la edificación de ciudades⁽³⁾. Todo, en su conjunto, desde líricos destellos de poesía, novela, historia⁽⁴⁾.

Muchas de estas ubicaciones han adquirido sus nombres al azar, o porque en ellas, o en sus cercanías, vivieron personajes célebres en determinadas épocas de la historia; apellidos que fueron ilustres durante la Colonia o la Independencia. O simplemente por la presencia de determinados árboles, o el nombre que recordó gratamente el sentimiento de algunos personajes destacados de pasadas generaciones. Otras, tienen nombres populares que recuerdan el ingenio, alegre y picaresco, del pueblo venezolano⁽⁵⁾.

Caracas es una ciudad que está íntimamente ligada a la evolución social y política del país, pero la particularidad de la nomenclatura de sus direcciones no sólo es única en el territorio nacional, sino que lo es también en el mundo. No existe otra urbe cuyas direcciones se basen en las intersecciones o esquinas. Y no es que no se ha tratado de cambiar en varias oportunidades, como en 1778, por el obispo Diego Diez Madroñero; en 1802 por el lic. Miguel Sanz; 1811 por el Tribunal de Policía; 1821 por el Consejo Municipal; y la actual que data de la época de Guzmán Blanco⁽⁶⁾.

No pocas situaciones ligadas con la salud, han tenido influencia en esta nomenclatura que, a pesar de los intentos repetidos de cambiarla, siempre el caraqueño se encarga de devolverla a su tradición, que prevalece sobre el modernismo⁽⁴⁾ y es en este sentido que se pretende relacionar esta característica peculiar con aquello que halla tenido que ver con la salud de la ciudad.

Y... ¿POR DONDE EMPEZAR?

Lo lógico sería comenzar en el origen geográfico de la capital que hoy conocemos, que Aristides Rojas – Quien también era médico – denominó, el CUADRILATERO HISTÓRICO, área comprendida entre la plaza de Altagracia, la esquina de Maturín, la de Traposos y La Bolsa, y que incluye las doce cuadras donde se han dado los hechos fundamentales de nuestra historia⁽⁷⁾.

Esquina de las Madrices

Clemente narra que en este lugar se erigió la casona de la Esquina de las Madrices, construida en 1693 por Don Domingo Rodríguez de la Madriz, Caballero de la Orden de Cristo, para celebrar sus bodas con Doña Juana Liendo. Rodríguez de la Madriz fue Capitán de Infantería de los Reales Ejércitos de Su Majestad, acantonados en la capital de Provincia⁽⁵⁾.

Actuales esquinas de Madrices a Torre



* Director del postgrado de Cirugía General. Hospital General del Oeste "José Gregorio Hernández". Miembro de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. MSVC.

** Residente del postgrado de Cirugía General. Hospital Universitario de Caracas.

Refieren las crónicas que en aquella mansión se celebraron bacanales y fiestas que dieron fama no muy santa al sitio. Además, al ser una de las más lujosas y hermosas, la segunda en categoría en Caracas, fueron llegando los altos representantes de su Majestad, quienes presentaron brillantez y prestigio a la mansión.

La habitó el Mariscal de Campo Don Vicente Emparan, Gobernador y Capitán General, y en la misma se mantuvo detenido hasta partir hacia España, luego de los sucesos del 19 de abril de 1810. También fue ocupada por la Orquesta Caracas, unos hoteleros, unas agencias musicales y hasta un teatro. Por último se convirtió en una "casa de pensión", cuya patrona era una señora llamada "Doña Dorotea", de gratos recuerdos para los caraqueños de aquellos tiempos.

Y este es el origen de la Esquina de "Las Madrices", llamada así en recuerdo de las bellas hijas del Capitán Domingo Rodríguez de la Madriz⁽⁸⁾, en la que se levantó "La Botica Indiana"; cuyo dueño fue el conocido Telmo Romero, considerado el Brujo Nacional en el gobierno de Joaquín Crespo y cuya destrucción a pedradas por parte del movimiento estudiantil, que exigía un desagravio al mundo científico por las exageradas consideraciones dadas a Romero por el gobierno, constituyeron el principio del fin para este personaje. Es de recordar que le fue entregada la dirección de Hospitales y hasta fue candidato a rector de la Universidad Central de Venezuela⁽⁹⁾.

Esquina de Camejo

La esquina de "Camejo" ha desaparecido en la Caracas moderna. Estuvo situada más abajo de Sociedad y en ella estaba la gran casa que habitaba Don Miguel de Jáuregui con su familia, quien acostumbraba reunir cada año, por los días de

Diciembre, a algunos tipos populares, a fin de ensayarlos en la caracterización de las fiestas en la Bajada de los Reyes Magos.

Al frente de esa regia mansión vivía un humilde alfarero de nombre Pedro Antonio Camejo, quien se ocupaba en fabricar ladrillos y loza de tierra vidriada -la primera cerámica hecha en Caracas- que luego vendía a bajos precios a las clases populares de los alrededores. De aquel sitio y de la casa de los Jáuregui salían las cabalgatas enjaezadas lujosamente montadas por los Tres Reyes Magos el 6 de Enero de cada año, en ocasiones prestigiadas con la asistencia del General Páez, de Don Carlos Soublette o de Don José María Vargas, quien posteriormente fijó su residencia en este lugar, y es donde habitaba cuando se dio la llamada "Revolución de las Reformas". Su dirección exacta era de Camejo a Colon, número 17. En ella vivieron también, entre otros, el General José Antonio Páez, el General Santiago Mariño; el General José María Carreño y nuevamente el Dr. Vargas cuando regresó hasta su renuncia en abril de 1836; el Doctor Narvarte, el Gral. José María Carreño, el General Carlos Soublette y el Gral. José Antonio Páez, durante su segunda presidencia. En 1842 se trasladó el Gobierno a la casa de la Esquina de El Principal, construida para despacho del Ejecutivo Nacional y conocida con el nombre de "Casa Amarilla".

Entre los años comprendidos de 1842 a 1851, la casa fue habitada por notables familias de Caracas y más tarde sirvió de almacén de frutos de la Casa Blohm. También estuvo en ella la Compañía de Accionistas y el Banco de Venezuela. Hasta su destrucción, funcionó allí el Banco Mercantil y Agrícola. Pero indudablemente que lo que mayor nombre popular dio a la Esquina de Camejo, fue que se congregase allí el pueblo para ver las fiestas de la Bajada de los Reyes Magos.^(10,11)

Esquina de Camejo y la antigua sede del Banco Mercantil, 1926



Esquina de Carmelitas

Dentro del Cuadrilátero Histórico se encuentra este lugar, hoy atravesado por la avenida Urdaneta. En el sitio donde se levanta el edificio del Banco Central de Venezuela, fue erigido el Convento de las Monjas Carmelitas, quienes trabajaban en viandas y confituras para las familias caraqueñas de la época, hasta que Guzmán Blanco, en el año de 1874 decretó la extinción de las congregaciones religiosas en todo el país⁽¹²⁾.

Su inclusión en este trabajo se debe a que, probablemente, hayan podido servir de hospicio u hospital a mujeres pobres y enfermas en determinadas ocasiones, como parte de su trabajo social; pero no pasa de ser una especulación.

Diagonalmente al convento, donde hoy esta la oficina de Correos, se levantó la mansión del Marques de Tovar, que según informe del Dr. José Domingo Díaz, en sus funciones de Inspector de Hospitales, sirvió de hospital en vista de las condiciones paupérrimas de las instituciones de la época^(3,13).

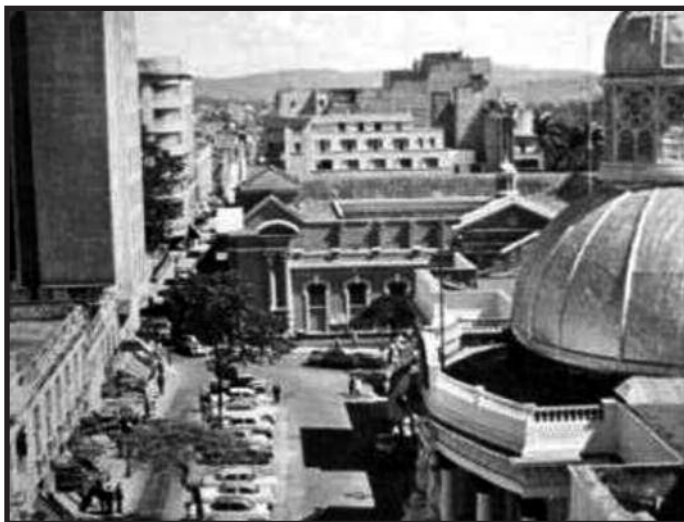


Esquina de Carmelitas. Oficina de Correos

Esquina de Las Monjas

Debe su nombre al Convento de las Monjas Concepciones que existió en aquel lugar en los tiempos de la Colonia. Este claustro fue fundado en una casa de dos pisos a expensas de la Señora Juana de Villela, viuda del Capitán Don Lorenzo Martínez,

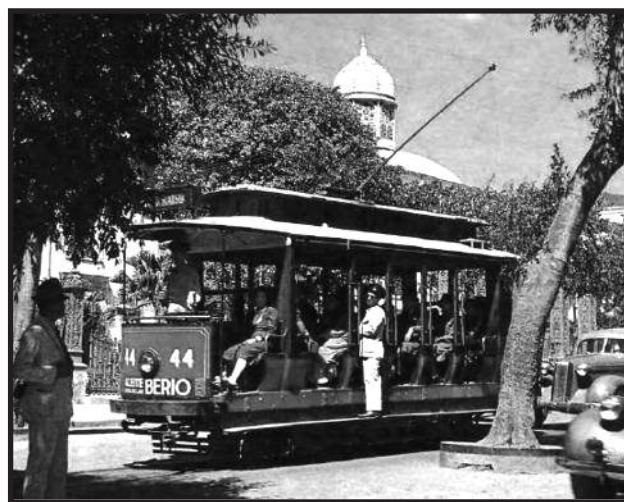
Esquina de Las Monjas



ambos de origen español, a principios del siglo XVII. Sólo se aceptaban mujeres blancas y era el único que poseía una biblioteca. Cuando llegaron los tiempos de lucha por la Independencia, la Capitanía General de Venezuela obligó a la superiora del convento a convertir aquel sitio en prisión improvisada para Luisa Cáceres de Arismendi. Estuvo en actividad hasta el decreto de extinción de los conventos de 1874⁽¹⁴⁾. Al igual que en el caso de las Carmelitas, se plantea la posibilidad no sustentada por bibliografía, que haya podido servir a mujeres pobres. Sin embargo, y a decir de Herrera Luque, es posible que haya servido no sólo de reclusorio de jóvenes adineradas de la capital colonial, sino de maternidad improvisada en casos particulares⁽¹⁵⁾.

Esquina de San Francisco

Monjas a San Francisco. 1939



Esquina de San Francisco. Antigua Universidad Central de Venezuela, hoy Palacio de las Academias.



También ubicada dentro del histórico cuadrado, esta esquina toma su nombre, como es bien sabido, del templo o iglesia de San Francisco, que fue la capilla del convento franciscano que luego sirvió de sede de la Universidad de Caracas, Universidad Central de Venezuela posteriormente. En esta iglesia no sólo se le dio a Bolívar el título de Libertador, también recibió su grado el primer médico venezolano, el Dr. José Francisco Molina, en 1778⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Según algunas referencias, en este convento también se debió dar algún tipo de asistencia hospitalaria⁽³⁾.

Esquina de San Jacinto

Al igual que los dos conventos mencionados, el de San Jacinto, construido en el siglo XVI de los dominicos, otorgó su nombre a la famosa esquina⁽¹⁹⁾, y sobre sus ruinas, producto del terremoto del 26 de marzo de 1812, se dio la celebre respuesta de Bolívar a la perorata del padre Sosa contra el movimiento independentista. Su relación con este trabajo se basa en una noticia publicada por el diario "El Independiente", del 12 de febrero de 1867 donde se reclamaban los malos olores procedentes de esta institución⁽³⁾. Sin embargo, vale la pena acotar que en la plaza frente al convento, que era sede del mercado, también se realizaban procedimientos quirúrgicos por los barberos, que para este fin montaban sus tenderetes⁽¹⁸⁾.

Esquina de San Jacinto



Esquina de Padre Sierra

Esta es una de las pocas cuyo nombre ha perdurado sin cambio alguno desde los tiempos de la colonia, en los días devotos del Obispo Diez Madroñero, tiempo en que las calles de la ciudad fueron bautizadas con nombres de santos. Ya existía, entonces, la esquina con el nombre del ilustre sacerdote académico que allí tuviera su mansión, el padre Don José de Sierra, Capellán de las Monjas Concepciones, quien vivió en este sitio en 1766. Se incluye en este estudio por que este personaje se

distinguió por sus acciones humanitarias y por sus sacrificios personales durante el terremoto y la epidemia de viruela que azotó la ciudad, muriendo víctima de esta enfermedad que contrajo cuando se dedicaba a curar y proteger a los enfermos. También es célebre porque en ella vivió Francisco de Miranda⁽²⁰⁻²²⁾.

El Capitolio visto desde la Esquina de Padre Sierra



Esquina de Socarrás

Aquí se encontró la casa de habitación del Lic. Francisco Javier de Socarrás, médico cubano, conocido más por su altercado con las autoridades –por cobro de honorarios durante una epidemia de viruela y en la que se vio involucrado el Dr. Campins y Ballester – que por otra cosa. El académico de la historia Héctor Parra Márquez, en su famoso libro "Sitios, sucesos y personajes caraqueños", cuenta como la viruela, la sífilis y la fiebre amarilla azotaban a Caracas durante la Colonia cuando un médico, Rafael Elleker, a quien le decían "Don Rafael, el Inglés" estableció una farmacia en Caracas. Este médico vendió luego dicha botica por setecientos pesos a Don Javier de Socarrás, quien fijó su residencia en una casa grande situada al lado del establecimiento que

Carretas. Salvador de León a Socarrás. 1933



había comprado⁽²³⁾. La gente comenzó a hablar de "la botica de Socarrás", para indicar cualquier dirección en el centro de Caracas. Aquella esquina quedó consagrada para siempre como "una de esas deliciosas vitrinas de la entrañable crónica caraqueña", según las palabras del hoy injustamente olvidado gran periodista y escritor Ramón Díaz Sánchez⁽²⁴⁾.

Esquina de La Misericordia



Este lugar tomó su nombre por la presencia de la Casa de la Misericordia, institución que funcionó como hospicio y fue el primero de la ciudad en tener alguna "facilidad" para la atención de personas con desordenes psiquiátricos. Fue también – y por largo tiempo– lugar de reclusión de Joaquina Sánchez, cónyuge de José María España, y que según una leyenda, fue la que manufacturó la primera bandera nacional. Esta institución ocupa lo que es hoy en día el Parque Carabobo⁽³⁾.

Otra referencia anecdótica es que en esta esquina vivió Beatriz Peña, hija de un médico y quien fue la Reina de la Semana del Estudiante de 1928⁽²⁵⁾.

Esquina de San Pablo

Esta esquina ya no existe, y su nombre se originó del templo de San Pablo, erigido en 1580, a raíz de una de las tantas epidemias de viruela que asolaron la ciudad. Este templo fue el lugar donde de custodiaba la famosa imagen del Nazareno de San Pablo. Su relación con la Medicina surge de la construcción a su lado, del primer hospital de la ciudad llamado Hospital de

Teatro Guzmán Blanco, actual Teatro Municipal en la Esquina de San Pablo



San Pablo, el ermitaño – construido por Martín Rolon y Pedro de Sanjuán – considerado el principal de la Provincia de Venezuela. A su lado, y años más tarde, se levantó el Hospital de Caridad de Mujeres, o de Nuestra Señora de la Caridad, con recursos otorgados por María Marín de Narváez⁽³⁾.

Tanto el templo como el Hospital de San Pablo fueron derruidos en el gobierno de Guzmán Blanco, y actualmente se levanta en ese sitio el Teatro Municipal. En esa área se encontraba también la casa solariega de los Salias y de los Monagas, así como el famoso Hotel Majestic, donde se construyó el Centro Simón Bolívar. El hospital de mujeres, aparentemente sobrevivió hasta la inauguración del Hospital Vargas de Caracas, al trasladarse las pacientes⁽³⁾.

Esquina de San Lázaro

Nombre tomado por el primer hospital para pacientes especiales, como fue el de San Lázaro, construido en el siglo XVIII



Puerta del Hospital de Lázaro, Esquina de San Lázaro, actualmente La Hoyada

para la atención – o aislamiento – de los portadores de lepra. Y no sólo por el hospital tiene méritos para incluirla, pues en la vieja casona estuvo el Instituto de Medicina Experimental. Hoy en día forma parte de la avenida Bolívar y de los terrenos frente al Nuevo Circo, pero persiste el nombre de la esquina⁽³⁾.

Esquina de Hospital

En la Esquina que antecede a la tristemente célebre Esquina de la Cárcel, conocida popularmente como "La Rotunda", estuvo situado el hospital anexo al convento de los Padres Neristas, y como en otras ocasiones, dio nombre a la "Esquina de Hospital". Se llamó, en los tiempos de la Colonia, esquina de "La Cárcel". Luego el pueblo la bautizó "La Rotunda" y hoy se llama "La Plaza de la Concordia"^(3,26). Posteriormente, Guzmán Blanco ordenó la construcción del Hospital de Caridad para Hombres, en un inmueble en la misma localidad⁽³⁾.

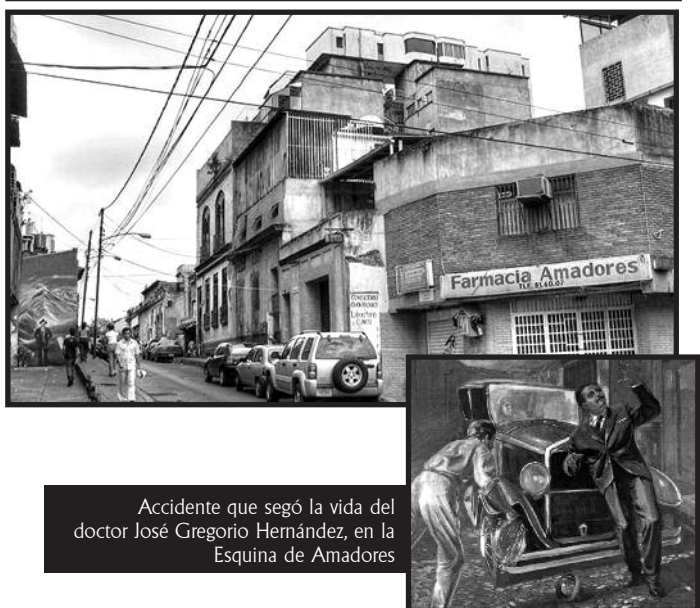
Hospital de San Pablo. Siglo XIX



Esquina de Amadores

En La Pastora, sitio donde ocurrió el accidente que llevó a la muerte al Dr. José Gregorio Hernández, personaje más conocido por la leyenda popular que por su capacidad profesional y científica⁽²⁷⁾.

Esquina de Amadores



Accidente que segó la vida del doctor José Gregorio Hernández, en la Esquina de Amadores

Santuario Nacional Expiatorio, de Glorieta a Hospital



COMENTARIOS FINALES

Existen otras relaciones de las esquinas de Caracas con la Medicina, como Lazarinos, Capuchinos y otros, que no se han incluido.

A manera de colofón, se podría dejar patente como esta tradición única en el mundo, se ha mantenido a pensar de los intentos – antiguos y recientes – de tratar de romper esa relación con algunos aspectos históricos para, muy probablemente, manipular y cambiar la "Historia Oficial". Ejemplos que tenemos todos los días.

Aún hoy en día, los nombres de las esquinas de Caracas tienen defensores y detractores. Unos consideran estos nombres expresión de la historia popular, del carácter y espíritu de la ciudad, nombres inseparables de su arquitectura. Otros creen que son rémora, testimonio de atraso, sinónimo de ridículo ante propios y extraños. Varios de esos nombres tienen una comicidad que rompe con la cotidianidad de la ciudad. Y terceros aparecen resplandecidos por cierto halo de misterio. Otros tienen olor de vida picaresca.

La vida de la ciudad deja impresa sus huellas en esos nombres de calles, plazas y esquinas. Una vez se intentó colocarle números a estas esquinas para prescindir de la tradición, y hoy en día y también, pero todas las tentativas parecen orientadas al fracaso, pues los habitantes de Santiago de León no lo han permitido.

REFERENCIAS

1. Parra M, H: A propósito de la esquina de Dr. Díaz. Recuerdo de dos antipróceres. Bol AHV 176(49) 1961 pags. 538-563
2. Núñez E.B: Capítulo I En La Ciudad de los Techos Rojos. Monteavila editores 1988 págs. 17-44
3. Escalona, R: Los antiguos hospitales de Caracas Rev Soc Ven Hist Med 2006 (55 1-2) Serie Histórica 89-90 pags. 25-41.
4. <http://www.caracasvirtual.com/subsecciones.asp?sec=1&bot=4&pos=50>
5. Clemente, Carmen: Las esquinas de Caracas. Sus nombres, sus orígenes. Sus cambios. En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27 Editorial CEC I 2001 págs. 27-31
6. Valery R: Caracas y sus esquinas El Desafío de la Historia 2008 (2) pág. 80-3
7. Rojas A: El Cuadrilátero Histórico En Crónicas de Caracas Los libros de El Nacional colección Ares. Editorial CEC S.A. Caracas 2001,págs. 100-11
8. Travieso C: Esquina de Las Madrices. En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27 Editorial CEC I 2001 págs. 84-86
9. Escalona R: Telmo Romero Angel o Demonio. Conferencia presentada en la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina 2007.
10. Travieso, Carmen: Las esquinas de Caracas. La esquina de Camejo En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27Editorial CEC I 2001 págs. 76-79
11. Salom G: Vargas: Sabiduría y Justicia 1986.
12. Travieso, Carmen: La esquina de Las Carmelitas. En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27Editorial CEC I 2001 págs. 136-38
13. Archila R: Orígenes de la Asistencia hospitalaria en Caracas Gac Med Caracas LXXXIII (1.2.3) 1975 pág: 35-100
14. Travieso, Carmen: La esquina de Las Monjas. En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27Editorial CEC I 2001 págs. 51-54
15. Herrera L; F: Manuel el afortunado En: Piar, Caudillo de dos colores. 2ª edición Caracas Editorial Pomaire 1987 pags. 47-57
16. Travieso, C: La esquina de San Francisco. En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27 Editorial CEC I 2001 págs. 58-62.
17. Briceño-Iragorry, L. Grandes maestros de la cirugía venezolana. Gac Méd. Caracas. [online]. jan. 2005, vol.113, no.1 [citado 25 Julio 2008], p.65-71. ISSN 0367-4762. Disponible en World Wide Web: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036747622005000100008&lng=pt&nrm=iso
18. Plaza I, F: Período Colonial En: Cirugía Privada en Caracas (Relación Histórica, Social y Científica) Trabajo de Incorporación como Individuo de Número de la Sociedad de Historia de la Medicina 1979. Págs. 17-21
19. Clemente, C: La esquina de San Jacinto. En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27 Editorial CEC I 2001 págs. 108-11.
20. Esquina de Padre Sierra. Las Esquina de Caracas. Disponible en Wide World Web: <http://www.caracasvirtual.com/subsecciones.asp?sec=1&bot=4&pos=59>
21. Esquina de Padre Sierra. Las Esquina de Caracas. Disponible en Wide World Web: http://www.caracas.gob.ve/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=94
22. Clemente C: Esquina de Padre Sierra En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27 Editorial CEC I 2001 págs. 73-5
23. Clemente C: Esquina de Socarrás En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27 Editorial CEC I 2001 págs. 153-5
24. Yáñez O: De boticas y boticarios. Disponible en Wide World web: <http://www.burodevenezuela.com/newspub/story.cfm?ID=20158>
25. Pérez, O: En la roca de crear. En: Jovito Villalba Biblioteca Biográfica Venezolana 2008 pags.11-14
26. Clemente, C: La esquina de La Cárcel. En: Las Esquinas de Caracas Colección Ares nº 27Editorial CEC I 2001 págs. 51-54.
27. José Gregorio Hernández. Disponible en Wide World Web: http://mipagina.cantv.net/dantexier/jgh_muerh

PALABRAS DE BIENVENIDA AL XVIII CONGRESO DE CIRUGÍA DE LA FELAC

DOCTOR NASSIM TATÁ SALDIVIA

Distinguida audiencia, buenas noches y sean todos bienvenidos.

No quiero comenzar mis palabras sin antes agradecerle a Dios Nuestro Señor, toda la misericordia y todas las bendiciones que ha tenido con nosotros, para poder llegar hasta este momento.

Hace casi seis años en un acto protocolar como este cuando fui investido como Presidente de la Sociedad dije: cito. "En estos momentos de nuestra vida republicana, cuando se nos hunde el piso y se nos desaparece el horizonte, la fortaleza humana no es suficiente sin la voluntad de Dios, ésta sería como una brizna de paja en la tormenta", fin de la cita. Actualmente las condiciones no han cambiado, por ello, sin la bendición divina nuestra fortaleza no hubiese sido suficiente

Por eso Señor, Dios Padre, te expreso públicamente mi agradecimiento y el de todos nosotros por tu infinita misericordia y todas bendiciones recibidas y te rogamos nos sigas acompañando para poder llevar a feliz término este compromiso que la Sociedad Venezolana de Cirugía adquirió con la FELAC y con ustedes.

Antes de continuar quiero expresar públicamente mis disculpas por todos los inconvenientes surgidos a última hora que de una u otra forma los hayan podido incomodar, son los imponderables que se nos escapan, a los cuales esperamos su comprensión y nos disculpen. También quiero presentar mis excusas a las delegaciones de de la hermanas repúblicas de México y Paraguay, por las omisiones en el programa.

Seguidamente quiero recordar algunas fechas:

-El próximo domingo FELAC, cumple 36 años. Fue fundada el 19 de julio de 1973.

-El próximo mes de octubre la SVC estará cumpliendo 65 años.

-A fines del pasado mes de mayo se cumplieron 20 años del anterior congreso de FELAC, realizado en Caracas.

Ahora entro en materia:

Lo que en Ciudad de Panamá en 2.003 era un sueño, se convirtió en un compromiso en Cartagena de Indias en el 2.005,



cuando se designó a Venezuela sede de este evento, luego en la ratificación de la sede en 2.007 en Santiago de Chile se convirtió en un reto, y de allí nació el lema del congreso, "RETOS CON LA CIRUGÍA DEL FUTURO"; lema este que llevaba implícito el reto de adquirir y difundir los conocimientos de la Cirugía del futuro y además el reto de superar todos los escollos de lo que significa realizar un congreso internacional en nuestro país en las condiciones actuales como ya lo he expresado. Hoy día este sueño, este compromiso y este reto, se hacen realidad.

Con el apoyo del comité organizador y gracias al concurso y aporte de todos ustedes hemos logrado conformar este magno evento, que reúne a más de ochenta profesores internacionales invitados y más de ciento ochenta nacionales, donde se incluyen todos los tópicos de la cirugía moderna.

Se conformaron siete cursos precongreso, los cuales se desarrollaron en el decurso del día de hoy. Para los siguientes tres días de congreso están planificadas dos sesiones plenarias con tres conferencias cada una, cincuenta y cuatro simposios, donde participan todas la secciones de especialidad y comités de la Sociedad Venezolana de Cirugía y de F.E.L.A.C. Treinta sesiones de discusión para preguntas y respuestas, quince mesas redondas y más de doscientas conferencias en total, algunas de ellas con traducción simultánea, temario este distribuido en los cuatro días de trabajo.

El Comité de Damas de la Sociedad Venezolana de Cirugía, coordinado por mi esposa Ligia de Tatá y la Sra. Alba de Alvarez, esposa del Presidente de la Sociedad, han conformado un

agradable programa social de acompañante, para disfrute y esparcimiento de todos vuestros familiares que tuvieron a bien acompañarlos y dentro del programa social general tendremos para el día lunes la presentación del Sistema Nacional de Orquestas Sinfónicas de Venezuela, con la participación de la Orquesta Sinfónica del Núcleo de San Agustín, Sistema este que es orgullo de Venezuela y patrimonio cultural. Inmediatamente después tendremos el brindis de la confraternidad y finalmente el día martes el acto de clausura a la 4,30 pm, donde se entregarán los premios a los mejores trabajos presentados en el Congreso, se recibirán los nuevos miembros de la Sociedad y hará acto protocolar de cambio de junta directiva de FELAC.

Con este trabajo que ponemos a consideración de todos ustedes, esperamos no haber defraudado la confianza que la asamblea de FELAC decidió darnos.

Sean todos bienvenidos a Caracas, tierra de profundos afectos, cuna de bravos caciques y de nuestro Libertador, Simón Bolívar, con su cerro Ávila "Guaraira Repano", que situado al norte de la ciudad nos identifica y orienta en nuestro espacio cardinal. Caracas capital de nuestra querida Venezuela, "UN PAÍS PARA QUERER".

No quiero despedirme de ustedes sin antes agradecerles a todos el apoyo que nos brindan, a los profesores invitados internacionales y nacionales que nos acompañan, que venciendo dificultades pusieron su voluntad y sentido fraterno para cruzar el espacio y llegar hasta aquí.

Y en este momento quiero recordar a los que debían estar con nosotros y que lamentablemente no están:

Los ex Presidentes de FELAC, Dres. Francisco Montbrun, Alejandro García Gutiérrez, y el Dr. Mario Rueda Gómez, ex Director Ejecutivo de FELAC. Ellos se encuentran en compañía del Señor. A los Drs. José Félix Patiño y Eugenio Bueno Ferreira, ex Presidentes de FELAC, y a todos nuestros ex Presidentes y miembros honorarios de la Sociedad, quienes por motivos de salud no pudieron acompañarnos, todos ellos en sus momentos

cumplieron con sus funciones en FELAC y en la Sociedad Venezolana de Cirugía, y gracias al legado dejado por ellos, han podido estas dos asociaciones continuar en el tiempo. Todos merecen que los recordemos con un caluroso aplauso.

Agradezco también a todas las casas comerciales que nos acompañan, ya que sin su decidido aporte las cosas hubiesen sido más difíciles.

Al equipo de compañeros del comité organizador de la Sociedad desde el Presidente de la Sociedad Dr. Elio Tulio Álvarez, hasta nuestras secretarías que junto a mí trabajaron denodadamente para conseguir el objetivo, quiero hacer especial mención del Secretario General Dr. Jesús Velázquez y del Tesorero Dr. Jesús Tatá, quienes compartieron estrechamente conmigo jornadas de agotador trabajo y momentos de verdadera angustia.

Reconocimiento especialísimo debo hacer a mi familia, quienes han sido mi soporte y auxilio, quienes generosa y desinteresadamente me obsequiaron el tiempo de hogar que por naturaleza y derecho les corresponde y me acompañaron en mis largas jornadas de trabajo y noches de insomnio, trabajando junto a mí; gracias Naylin, gracias Ligia, mi querida esposa, de ti me sigo declarando tu eterno enamorado.

La convergencia de todos estos factores permitió conformar y desarrollar este congreso el cual como su Presidente Ejecutivo declaro en este momento formal y oficialmente instalado, para compartir con todos ustedes ciencia y amistad.

Reciban un fraterno abrazo y sean todos bienvenidos a su casa.

Muchas Gracias.

Dr. Nassim M. Tatá Saldivia.
Presidente del XVIII Congreso FELAC
Caracas; 11 al 14 de julio de 2.009.

PALABRAS DE APERTURA XVIII CONGRESO FELAC POR EL DR. ELIO T ÁLVAREZ GONZÁLEZ

El verdadero espíritu del empuje realizado por los fundadores de FELAC en 1973 se hace presente esta noche en la instalación de la LXVI Jornada Nacional de Cirugía con esta XVI-II versión de los Congresos de FELAC, que ha convertido a este foro en un evento obligatorio de la expresión de lo mejor y una muestra del progreso que ha experimentado la cirugía latinoamericana, que permite se realice cada dos años este encuentro de confraternidad y camaradería, en el que se comparten experiencias y se debaten los avances en el campo de la cirugía con la motivación principal de mantener la actualización y la competencia de sus miembros. Es un reto para las nuevas generaciones de cirujanos el tomar la bandera del progreso para colocar a la FELAC con el devenir del tiempo en un alto pedestal.

Me ha correspondido como esas sorpresas gratas que nos depara el destino, de tener el honor de ser el actual Presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía, y como país sede convertirme al lado del Dr. Nassim Tatá, Presidente Ejecutivo del Congreso y de todos los cirujanos venezolanos, ser los anfitriones de los cirujanos latinoamericanos, así como de los invitados internacionales procedentes de otros continentes.

Compartimos un mismo idioma con las modalidades que cada país o región tiene propias de su identidad, tenemos una idiosincrasia similar y una ambición por la consecución del crecimiento, la integración y consolidación de todas las naciones que forman este novel continente de América, siempre bajo la



égida de plena libertad, por ello se hace indispensable mantener una participación activa en los eventos de FELAC para su total desarrollo futuro.

Los directivos actuales de la SVC con el Dr. Nassim Tata y el comité organizador han realizado un ingente esfuerzo, no sólo en la confección de un excelente programa científico, sino igualmente en todas las diligencias para cubrir los gastos de organización de este Congreso, que se ha logrado gracias a la participación entusiasta y el apoyo recibido de las casas comerciales y otras instituciones privadas.

Los integrantes de la SVC le extienden a todos los visitantes, un puente de fraterna amistad para darles la más cordial bienvenida, con el deseo que disfruten de nuestra hospitalidad durante su permanencia en Venezuela. Tenemos la aspiración que este nuevo encuentro de FELAC sirva para estrechar los lazos de confraternidad, cooperación y amistad para el pleno desarrollo de la Cirugía en todas las naciones que forman parte de la FELAC.

Termino estas palabras invocando al Todopoderoso para que envueltos en su manto protector alcancemos el éxito de este congreso. Muchas gracias.

Dr. Elio T Álvarez González
Presidente Sociedad Venezolana de Cirugía

DISCURSO CEREMONIA INAUGURAL DEL XVIII CONGRESO DE CIRUGÍA DE LA FELAC

DR. ÍTALO BRAGHETTO
PRESIDENTE FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE CIRUGÍA

Sr. Presidente del Congreso de la Federación Latinoamericana de Cirugía
Dr. Nassim Tatá
Sr. Director Ejecutivo de FELAC
Dr. Samuel Shuschleib
Sr. Presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía
Dr. Elio Tulio Álvarez
Sres. Miembros del Consejo Directivo de FELAC
Sr. Ministro de Salud de Venezuela
Sres. Presidentes de la Sociedad de Cirugía Latinoamericana miembros de FELAC y Coordinadores FELAC de los respectivos países.
Miembros Honorarios de la Sociedad Venezolana de Cirugía de FELAC
Autoridades invitadas
Esposas que nos acompañan, amigas y amigos...

Sean mis primeras palabras de agradecimiento a todos los cirujanos de Latinoamérica que representados por los altos ejecutivos de FELAC, que me han precedido, me han otorgado el gran honor de organizar el anterior congreso de FELAC en Santiago de Chile y luego ejercer la presidencia de nuestra Federación en estos últimos 2 años.

Agradezco también, la presencia y participación de todos Uds. en las actividades de FELAC, su participación es muy valiosa pues es la única manera de trabajar juntos, integrándonos para intercambiar ideas, experiencias y tratar problemas comunes que tenemos los países latinoamericanos en el manejo de la patología quirúrgica.

La Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC) se fundó el día 19 de julio de 1973 en el Salón B del Centro de Convenciones del Hotel Gloria de Río de Janeiro, en una reunión celebrada bajo la Presidencia del Dr. Joao de Lorenzo, Presidente del Colegio Brasileño de Cirujanos, en la cual participaron, en representación de las Sociedades, Asociaciones, Colegios, o Academias de Cirugía de sus respectivos países cirujanos de Latinoamérica.

Desde su inicio, la FELAC tuvo como misión la promoción y perfeccionamiento de la investigación, la enseñanza y la prác-



tica de la cirugía, así como el fomento de la convivencia fraterna de los cirujanos de América Latina Como principal medio para lograr estos objetivos, se acordó realizar congresos periódicos con la participación de los miembros de todas las asociaciones quirúrgicas de la región, los cuales se realizaron cada dos años, a la cual se sumaron progresivamente distintas actividades administrativas y académicas en los años siguientes.

De esta manera se han efectuado 18 congresos FELAC contando el que hoy inauguramos en distintos países, todos ellos cumpliendo el mandato de nuestros fundadores.

Para cumplir más adecuadamente su misión docente y académica, en 1996 se creó el Boletín FELAC, aprovechando las ventajas y facilidades que nos otorga el soporte electrónico. Este boletín cual tiene una periodicidad trimestral y ha mantenido una información actualizada sobre los aspectos más importantes de las actividades, proyectos y principios de la Federación, que ha tenido gran aceptación, ya que ha alcanzado más de un millón de visitantes hasta el momento actual. A partir del mes de octubre del año 2002 este Boletín se ha publicado en el sitio web de FELAC (www.felacred.org).

Entre otras actividades de importancia de la FELAC desde su creación, mencionaremos las siguientes:

- Publicación de libros
- Constitución de comités para estimular el estudio y

difusión de los principales problemas que interesan a nuestra especialidad.

-Programa Latinoamericano de Intercambio de Residentes (PLIR), que ha obtenido becas de 3 meses de duración para 14 residentes, hasta el momento actual.

En 1999, en el Congreso de La Habana, se acordó realizar Congresos Regionales y Simposios de FELAC, conjuntamente con los Congresos Nacionales de los países miembros, en los años en que no se programaran Congresos Latinoamericanos, para aumentar la presencia y la acción de nuestra Federación en el ambiente quirúrgico latinoamericano.

En el curso de estos años la FELAC ha establecido relaciones de colaboración y de participación con las principales asociaciones quirúrgicas internacionales y especialmente con la Sociedad Internacional de Cirugía (ISS/SIC), de la que es miembro participante en sus congresos; con la Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica (ALACE), con la que conjuntamente integra la representación de Latinoamérica (FELAC-ALACE) ante la Federación Internacional de Cirugía Endoscópica (IFSES) y con el Colegio Americano de Cirujanos (ACS) y la Sociedad Americana de Cirujanos Endoscopistas Gastrointestinales (SAGES), de las que somos invitados permanentes a sus sesiones.

Como se puede observar, la FELAC la presencia de FELAC en el ámbito quirúrgico internacional es importante como importante son Uds. para FELAC. en los aspectos científicos, docentes y éticos, en beneficio de la salud de las poblaciones de todos nuestros países.

Sin embargo, no todo lo mencionado es fácil de realizar. Existen tremendas dificultades de comunicación, financieras y organizativas que limitan el desarrollo y la presencia de FELAC en el medio quirúrgico latinoamericano.

¿Conocemos la realidad latinoamericana en cuanto a resultados de la cirugía?

¿La oportunidad de tratar adecuadamente nuestros pacientes latinoamericanos?

¿Tenemos acceso a la tecnología que Europa, EEUU o Japón nos muestra en sus congresos con numerosos avances que dan mejores resultados?

De lo que he visto en los diferentes países que he visitado de Latinoamérica, la situación no es igual entre los países y menos pensar que dentro de un país en las cuales estas posibilidades de acceso oportuno a estos avances en cirugía no son igualitarias. En Buenos Aires, Sao Paulo, México o incluso en

mi país, hay centros de primer nivel, pero creo no equivocarme al decir que en hospitales regionales o provinciales la brecha con estos centros es tremenda. De ahí se desprende mi reflexión, y lo que pienso del rol docente de FELAC es justamente esa: llegar a esos lugares para enseñar, ayudar a nuestros cirujanos a adquirir conocimientos y destrezas quirúrgicas, propiciar el apoyo de las empresas para que nos ayuden a que en esos lugares se practique la cirugía de manera digna, eficiente y eficaz.

Todos tenemos que trabajar, no es sólo la tarea del Director Ejecutivo o del Presidente de turno, es tarea de todos, cirujanos líderes, cirujanos locales, y profesores para que con su experiencia bajo el amparo de FELAC apoyen los lugares más postergados. Creo que los comités del que hice mención anteriormente tienen un tremendo rol y espacio para ejecutar estas obras. No es fácil, pero con voluntad y esfuerzo podremos lograrlo. Las iniciativas tienen que partir de nuestros propios cirujanos que deben organizar y solicitar el soporte científico de FELAC en sus lugares de trabajo.

En estos días, dejaré mi presidencia pero gracias a la oportunidad que FELAC me dio, he aprendido mucho observando la realidad de nuestros países, creo que no basta un congreso cada 2 años, sino que se necesite mayor presencia permanente en cursos, visitas, artículos, videos, etc. Nuestro Boletín Científico debe ser una herramienta a usar por todos nosotros para comunicarnos, enseñar y aprender de una manera interactiva. Nuestra responsabilidad como ejecutivos de FELAC es ofrecerles esta herramienta al mejor nivel con contenidos actualizados, en todos los ámbitos del conocimiento teórico y práctico, ese es al menos nuestro deseo.

Quiero finalizar mis palabras felicitando al Dr Nassim Tatá, presidente del actual Congreso al Dr. Elio Tulio Álvarez y a todo su equipo organizativo por el tremendo esfuerzo que ha significado organizar el presente Congreso, venciendo un sin número de dificultades que todos ustedes deben conocer. Gracias amigos por la gran acogida que nos brindan aquí en Venezuela un país para querer como lo ha dicho el Dr. Nassim Tatá, presidente del presente Congreso. Espero que ustedes gocen del programa científico preparado, que cumpla con las expectativas esperadas deseando el mayor de los éxitos al evento que hoy se ha iniciado.

Un abrazo para todos.