

# REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA



MIEMBRO DE ASEREME

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

VOLUMEN 60

- NÚMERO 2 -

JUNIO 2007



## JUNTA DIRECTIVA 2006 - 2008

### Presidente

Dr. Jorge Zito A.

### Vicepresidente

Dr. Elio Tulio Álvarez G.

### Secretario General

Dr. Rafael Ramírez L.

### Tesorero

Dr. Rafael Bustamante Ch.

### Secretario de Doctrina

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

### Secretaria de Hospitales y de Posgrado

Dra. María Teresa Luna

### Secretaria de Organización

Dra. Zoraida Pacheco

## COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

### Edición

Dr. José Félix Vivas

### Coordinación

Dr. 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

Instrumentación laparoscópica de la vía biliar bajo control fluoroscópico.  
Análisis luego de dos años de experiencia

Rodríguez-González Omaira, Sánchez-Ismayel Alexis, Benítez Gustavo, Pujadas Zoe, Valero Rair, Sánchez Renata ..... 57

Gastrostomías por laparoscopia en pacientes con neoplasias en cabeza y cuello.  
Estudio preliminar.

Mijares-Briñez Alirio, Suárez Carmen María, Pérez Carlos Alberto, Agudo Esteban ..... 65

### ESTUDIOS RETROSPECTIVOS Y DE REVISIÓN

Apendicectomía abierta vs apendicectomía por laparoscopia. Experiencia del Servicio  
de Cirugía Uno. Hospital Vargas de Caracas.

Godoy Alí, Itriago Diego, Machado Tomás, Nieves Anne, Ramírez José ..... 71

Dilatación biliar congénita. 8 casos. Hospitales Coromoto y Universitario de Maracaibo

Hinestroza-Valbuena, Dilmo A., Colmenares, Dora M., Ferrer, Carlos A., Rosales, Ana K., Hinestroza-Finol, Dioverys ..... 78

### DOCENCIA

¿Cómo hacer una buena presentación oral? Guía para su realización

Gattorno Federico L. .... 82

### CASO CLÍNICO

Lesión del tronco venoso braquio-cefálico izquierdo por proyectil de arma de fuego.  
Reporte de un caso.

Carmona José, Lizardo Adolfo, López Justo, González José, Martínez Marilyn ..... 88

### HISTORIA DE LA CIRUGÍA EN VENEZUELA

En memoria del Dr. Vicente Barbato Ingenuo

Vivas José Félix ..... 91

Semblanza del doctor Vicente Barbato

Olivares Gonzalo ..... 92

Panegírico del doctor Francisco Montbrun

Hernández H. Carlos A. .... 94

### LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA

Próximos eventos..... 81, 87

## Junio 2007

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



# JOURNAL OF THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY

VOLUME 60 - N°2 - 2007

Editorial..... VI

## PROSPECTIVE STUDIES

Laparoscopic bile duct exploration under fluoroscopic guidance. Analysis after two years of experience

Rodríguez-González Omaira, Sánchez-Ismayel Alexis, Benítez Gustavo, Pujadas Zoe, Valero Rair, Sánchez Renata ..... 57

Laparoscopic gastrotomy in patients with head and neck neoplasm. A preliminary study.

Mijares-Briñez Alirio, Suárez Carmen María, Pérez Carlos Alberto, Agudo Esteban ..... 65

## RETROSPECTIVE AND REVISION STUDIES

Open Vs. laparoscopic appendectomy. The Surgical Service One experience at the Hospital Vargas. Caracas.

Godoy Ali, Itriago Diego, Machado Tomás, Nieves Anne, Ramírez José. .... 71

Congenital bile duct cyst, 8 clinical cases. Coromoto and Universitario Hospitals in Maracaibo

Hinestroza-Valbuena, Dilmo A., Colmenares, Dora M., Ferrer, Carlos A., Rosales, Ana K., Hinestroza-Finol, Dioverys .... 78

## TEACHING

How to conduct a good oral presentation. A guide.

Gattorno Federico L. .... 82

## CLINICAL CASE

Brachiocephalic left trunk injury by gunshot wound. A case report.

Carmona José, Lizardo Adolfo, López Justo, González José, Martínez Marilin ..... 88

## HISTORY OF SURGERY IN VENEZUELA

Dr. Vicente Barbato Ingenuo. In memoriam.

Vivas José Félix ..... 91

Biography: Dr. Vicente Barbato Ingenuo

Olivares Gonzalo ..... 92

Homage to Dr. Francisco Montbrun

Hernández H. Carlos A. .... 94

## THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY INFORMS

Coming events..... 81, 87

## BOARD OF DIRECTORS 2006 - 2008

### President

Dr. Jorge Zito A.

### Vice-president

Dr. Elio Tulio Álvarez G.

### Secretary General

Dr. Rafael Ramírez L.

### Treasurer

Dr. Rafael Bustamante Ch.

### Doctrine Secretary

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

### Hospital and Post-graduate Secretary

Dra. María Teresa Luna

### Organization Secretary

Dra. Zoraida Pacheco

### Executive Director

Dra. M. Zoraida Pacheco P.

## EDITORIAL STAFF

### Editor

Dr. José Félix Vivas

### Coordinator

Dr. Ali Peñaloza

### (Web-master)

### Colaborator

Dr. Nelson Tellez

Dra. Jenny-Ann Benotto

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

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

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

# June 2007

## JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULOS

### 1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

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

### 2. CAPÍTULO ARAGUA

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

### 3. CAPÍTULO APURE

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

### 4. CAPÍTULO BARINAS

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

### 5. CAPÍTULO BOLÍVAR

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

### 6. CAPÍTULO CARABOBO

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

### 7. CAPÍTULO FALCÓN

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

### 8. CAPÍTULO GUÁRICO

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

### 9. CAPÍTULO LARA

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

### 10. CAPÍTULO MÉRIDA

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

### 11. CAPÍTULO MONAGAS

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

### 12. CAPÍTULO NUEVA ESPARTA

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

### 13. CAPÍTULO SUCRE

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

### 14. CAPÍTULO TÁCHIRA

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

### 15. CAPÍTULO TRUJILLO

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

### 16. CAPÍTULO YARACUY

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

### 17. CAPÍTULO ZULIA

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

## SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2004-2006

### 1. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

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

### 2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

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

### 3. CIRUGÍA GINECOLÓGICA

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

### 4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

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

### 5. CIRUGÍA PLÁSTICA

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

### 6. CIRUGÍA UROLÓGICA

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

### 7. SECCIÓN DE TRAUMA

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

### 8. SECCIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

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

### 9. COMITÉ DE INFECCIONES

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

### 10. COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

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

### 11. COMITÉ DE ONCOLOGÍA

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

### 12. COMITÉ DE BIOÉTICA

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

### 13. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

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

## EX PRESIDENTES

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

## MIEMBROS HONORARIOS

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

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

## MIEMBROS EMÉRITOS

Dr. Oscar Rodríguez Grimán  
 Dr. Alberto Benschimol  
 Dr. Juan Carmona Pereira  
 Dr. Erick Eichelbaum  
 Dr. José Ángel Puchi  
 Dr. Otto Rodríguez Armas  
 Dr. Carlos Ruiz Diez.  
 Dr. Antonio Ortega.  
 Dr. Antonio Guzmán.  
 Dr. Ramón Enrique Albornoz.  
 Dr. Efraín Sequera.

## DELEGADOS AL C. N. POR LA SEDE

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

---

# INSTRUCCIONES A LOS AUTORES.

## REGLAS GENERALES

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

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

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

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

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

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

### **Organización del manuscrito**

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## EDITORIAL

---

### **PUBLICACIÓN DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS EN LA REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA**

*Hemos visto con preocupación que cada día es más difícil seleccionar los trabajos de investigación que nos llegan a la Sociedad, para que sean publicados en la revista. Para mantener un nivel adecuado de excelencia es necesario que los estudios sean de interés para el cirujano que desea informarse y actualizarse, y es la Revista Venezolana de Cirugía el máximo órgano de difusión científica de la cirugía en Venezuela. Pero en la práctica, la cantidad de estudios aptos para ser publicados ha mermado últimamente, vienen incompletos, no siguen las normas de publicación que en todos nuestros volúmenes están plasmadas, algunos vienen con errores ortográficos y de redacción y otros sencillamente carecen de interés científico.*

*Recientemente se ha optado por una preferencia a presentar la modalidad de posters o carteles científicos, que son actualmente la forma más frecuente como nos llegan estudios para ser incluidos en las jornadas y congresos que organiza la Sociedad, y es de estos eventos donde se obtiene el material con que se nutre nuestra revista. El cartel científico consideramos que es una excelente herramienta visual académica para hacer presentaciones en las que sea fundamental la documentación gráfica como apoyo didáctico. Pero es más sencillo de hacer que un trabajo científico. No requiere de una extensa revisión bibliográfica, y se prepara de una forma muy rápida. Esto lo hace muy atractivo para ser presentado en eventos, además de tener el mismo valor en el momento de obtener una credencial. Pero ha ocasionado una disminución*

*en la producción de trabajos científicos que pudiesen ser publicados en nuestra revista y tener mayor difusión.*

*La mayor fuente de estudios para publicación siguen siendo los trabajos especiales de investigación que se exigen como requisito para que los cursantes de postgrado obtengan su especialización. Estos trabajos, muy buenos la mayoría, se rigen por unas normas dictadas por las diferentes universidades que pueden ser diferentes a las normas para publicación en una revista científica, por lo cual deben adecuarse por sus autores y de esta forma hacerlo publicable. Se debe entonces consultar la normativa que presentamos en cada volumen y así enviarlo a la Sociedad listo para su publicación. Estas normas también están disponibles en el Boletín Electrónico y en la página web de la Sociedad [www.sociedadvenezolanadecirugia.org](http://www.sociedadvenezolanadecirugia.org). Las dificultades que más frecuentemente observamos para publicar un trabajo se las enumeramos aquí. El resumen debe venir estructurado, igual que traducido al inglés también estructurado, y esta traducción debe incluir el título. Lo demás lo podrán consultar en la reglamentación propia existente.*

*A todos los interesados en publicar trabajos en la Revista Venezolana de Cirugía les pedimos que consulten las normas y nos envíen el manuscrito ya revisado y listo. De esta forma será incluido con mayor facilidad. Los miembros de la Sociedad que figuren como autores deben ser los garantes de que se cumpla con todos los requisitos necesarios, ya que su nombre supone para nosotros que es un trabajo ya revisado y adecuado para su difusión. De esta forma lograremos parámetros óptimos de calidad.*

*José Félix Vivas  
Editor Revista Venezolana de Cirugía*

# INSTRUMENTACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR BAJO CONTROL FLUOROSCÓPICO. ANÁLISIS LUEGO DE DOS AÑOS DE EXPERIENCIA.

RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, OMAIRA \*  
SÁNCHEZ-ISMAËL, ALEXIS\*\*  
BENÍTEZ, GUSTAVO\*\*\*  
PUJADAS, ZOE\*\*\*\*  
VALERO, RAIR\*\*\*\*  
SÁNCHEZ, RENATA\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la experiencia en instrumentación laparoscópica de la vía biliar bajo control fluoroscópico en el Hospital Universitario de Caracas.

**Método:** Estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal, donde se incluyeron a nueve pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Universitario de Caracas a cargo del servicio de Cirugía III entre febrero de 2005 y febrero de 2007, con indicación de exploración de la vía biliar.

**Resultados:** La edad promedio fue de 45 años (29 – 78 años). El porcentaje de éxito del procedimiento fue de 66,7%, la vía de abordaje de elección fue la transcística, siendo efectiva en un 44,5% de los casos; el resto se realizó por coledocotomía. El tiempo promedio para la exploración transcística fue 102 minutos y 210 minutos para la transcoledociana. Se convirtieron tres casos por presencia de cálculo enclavado en la ampolla y cálculo en la unión cístico-coledociana. La única complicación asociada al procedimiento fue un caso de diarrea postoperatoria. El tiempo de hospitalización promedio fue de dos días para la exploración transcística y cuatro días para la exploración transcoledociana. No se presentó ningún caso de litiasis residual.

**Conclusiones:** La exploración laparoscópica de la vía biliar guiada por fluoroscopia es un procedimiento factible y seguro con bajas tasas de morbilidad y aporta los conocidos beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

**Palabras Clave:** Coledocolitiasis, Laparoscopia, Fluoroscopia.

## ABSTRACT

### LAPAROSCOPIC BILE DUCT EXPLORATION UNDER FLUOROSCOPIC GUIDANCE. ANALYSIS AFTER TWO YEARS OF EXPERIENCE

**Objective:** To describe the experience in laparoscopic bile duct exploration under fluoroscopic guidance in the Hospital Universitario de Caracas.

**Method:** A longitudinal, prospective, descriptive study of nine emergency room patients in our hospital that were admitted with indication of bile duct exploration in a two year period (February 2005 – February 2007).

**Results:** The mean age was 45 years (29-78), The technique was 66,7% successful and the transcystic approach with an efficacy of 44,5% was the first choice, the remaining cases were treated by choledochotomy. The mean operative time of the transcystic exploration was 102 minutes and 210 minutes for the transcoledocal approach. We converted three cases to open surgery due to impacted stones. There was just one case of postoperative diarrhea, no other complication was reported. The mean hospital stay was 2 days for transcystic approach and 4 days for transcholedochal. No cases of retained stones were reported.

**Conclusions:** The laparoscopic bile duct exploration under fluoroscopic guidance is a safe and effective technique with minimal morbidity, and offers the known benefits of minimally invasive surgery.

**Key words:** Choledocholithiasis, Laparoscopy, Fluoroscopy.

\* Profesor Instructor. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". U.C.V. Servicio de Cirugía III. H.U.C.  
\*\* Profesor Asistente. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". U.C.V. Coordinador del Taller de Cirugía Laparoscópica H.U.C. MASVC  
\*\*\* Profesor Agregado. Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". U.C.V. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. MASVC. SAGES Cirujano General. Servicio de Cirugía III. H.U.C.  
\*\*\*\*

La incidencia de coledocolitiasis en pacientes con litiasis vesicular varía entre un 9 y un 16%<sup>(1)</sup> y de éstos un 4 a 5% no presentan evidencia clínica o paraclínica<sup>(2)</sup>, por lo cual, la evaluación de la vía biliar es un componente esencial en el manejo quirúrgico de esta patología.

Desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica, ésta se ha establecido a través del tiempo como el tratamiento de elección para la patología vesicular benigna<sup>(3)</sup>, lo que ha generado nuevas controversias sobre el manejo ideal para los pacientes con sospecha de coledocolitiasis.

Todo paciente que presente coledocolitiasis debe ser tratado debido a que se asocia con complicaciones graves como colangitis o pancreatitis<sup>(4,5)</sup> y el método más utilizado para tal fin lo constituye la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la cual permite realizar una intervención terapéutica además de diagnóstica<sup>(6,7)</sup>. Sin embargo, en muchos pacientes con sospecha de coledocolitiasis, en el momento del estudio no hay evidencia de litiasis coledociana, lo cual significa que se aumentan los costos y se somete al paciente a un procedimiento invasivo que no es inocuo, sin obtener mayor beneficio<sup>(8,9,10)</sup>. Por tal motivo el cirujano se ha visto en la necesidad de determinar el riesgo del paciente de presentar cálculos en la vía biliar principal<sup>(11)</sup>, esta inquietud se ha incrementado en los últimos años debido a la importancia de evitar procedimientos innecesarios y dirigir el estudio del paciente hacia nuevos métodos sensibles pero menos invasivos y con menor morbilidad<sup>(12,13)</sup>.

Tomando en cuenta lo anterior los pacientes se han dividido según el grado de sospecha de coledocolitiasis en baja, intermedia y alta, recomendándose que en aquellos pacientes con sospecha alta se realice una CPRE por su opción terapéutica; cuando sea intermedia deberá realizarse un ultrasonido endoscópico (USE), o una resonancia magnética con efecto colangiográfico (RMN), ambos han demostrado ser métodos muy sensibles<sup>(6,14)</sup> y finalmente para los pacientes con baja sospecha, el procedimiento con la mejor relación costo-beneficio ha sido la colangiografía intraoperatoria (CIO)<sup>(15-19)</sup>.

En aquellos pacientes con diagnóstico preoperatorio de coledocolitiasis en quienes la CPRE no es efectiva (10%) por alguna de las siguientes razones: dificultad en el acceso y canulación de la papila, cálculos intrahepáticos, o presencia de complicaciones<sup>(2,20)</sup>, está indicada la realización de una exploración de vías biliares por laparoscopia (EVBL). Así mismo, en los individuos con sospecha baja que durante la CIO muestren imágenes de defecto compatibles con litiasis coledociana debe realizarse la EVBL, ya que el tratamiento en un tiempo (colecistecto-

mía laparoscópica (CL) y EVBL) ha demostrado ser seguro y menos costoso que el tratamiento en dos tiempos (colecistectomía laparoscópica y CPRE postoperatoria) y además evita llevar al paciente a una reintervención en los casos en que la CPRE postoperatoria no es terapéutica<sup>(21,22)</sup>.

La factibilidad de la exploración de vías biliares por laparoscopia fue demostrada en 1991 por Jacobs y colaboradores<sup>(23)</sup>, desde entonces se han publicado numerosas series confirmando su seguridad y eficacia en el tratamiento de la coledocolitiasis, con tasas de éxito de más del 90%, con bajos índices de morbilidad entre 6 y 20% y mortalidad menor al 1%<sup>(14,21,24-32)</sup>, a la vez que los pacientes se benefician de las ya conocidas bondades de la cirugía laparoscópica, es decir, menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, rápida reincorporación a actividades habituales y un óptimo efecto cosmético<sup>(33-35)</sup>.

En Venezuela hay pocos reportes sobre exploración laparoscópica de la vía biliar. En el año de 1997 el Dr. Ramírez-Lares describe el uso del coledocoscopia por vía transcística para la exploración y extracción de cálculos en la vía biliar<sup>(36)</sup>, sin embargo, el uso de éste es limitado debido al alto costo. Nosotros describimos nuestra primera experiencia en el 2005<sup>(19)</sup> y hasta el momento se han evaluado nueve casos que son objeto de este estudio.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal, donde se incluyeron a nueve pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Universitario de Caracas a cargo del servicio de Cirugía III entre febrero del 2005 y febrero del 2007 con indicación de exploración laparoscópica de la vía biliar según algoritmo propuesto por los autores en el 2005<sup>(19)</sup>.

La información se resumió en gráficos de histogramas, de sectores y a su vez los datos se tabularon en cuadros estadísticos de una y dos entradas, en el caso de las variables continuas, se calculó la media, y para las variables nominales su frecuencia y porcentaje.

### *Instrumentación laparoscópica de la vía biliar bajo control fluoroscópico*

La técnica utilizada para la instrumentación de la vía biliar fue la descrita por Sánchez-Ismayel y colaboradores en el 2005<sup>(19)</sup>. Como paso inicial realizamos una colangiografía intraoperatoria a todos los pacientes. Se considerará, de acuerdo con los criterios propuestos por Willekes y colaboradores<sup>(37)</sup>, como una colangiografía satisfactoria aquella en la cual: se dibujan los conductos hepáticos derecho e izquierdo, se visualiza el colédoco en toda su extensión y se evidencia paso de contraste hacia el duodeno.

Posterior a la colangiografía si resulta positiva se procede a explorar las vías biliares, inicialmente a través del conducto cístico debido a la menor morbilidad y menor costo cuando se compara con una coledocotomía<sup>(29,38)</sup>. El procedimiento se inicia con el paso del catéter para dilatación del cístico (QID) con la finalidad de facilitar la exploración, este catéter se introduce a la cavidad por la misma aguja del intracath® utilizada para la colangiografía. El balón debe mantenerse inflado dentro del cístico por espacio de 3 a 5 minutos (Figura N° 1).

**Figura 1**



Una vez dilatado el cístico, puede avanzarse el catéter hacia el duodeno en un intento por desplazar los cálculos hacia el intestino, lo cual se facilita con la relajación farmacológica del esfínter de Oddi que se obtiene tras la administración de 1 miligramo de glucagon vía endovenosa<sup>(4)</sup>. La extracción retrógrada mediante el uso del balón o un catéter de Fogarty está contraindicada por la posibilidad de empujar los cálculos hacia la vía biliar intrahepática.

La instrumentación de la vía biliar se lleva a cabo con una cesta helicoidal o de Dormia, bajo control fluoroscópico lo cual permite al cirujano la captura y extracción de cálculos bajo visión directa (Figura N° 2). El uso del coledocoscopio permitiría obtener una máxima eficacia<sup>(39,40)</sup>, sin embargo, su alto costo y baja disponibilidad son una limitante.

Grandes experiencias como la de Petelin<sup>(38)</sup> reportan que esta vía de exploración es exitosa en el 82% de los casos. Sin embargo, el empleo de esta técnica está contraindicada cuando se está en presencia de un conducto cístico tortuoso, con valvas obstructivas que no ceden con la dilatación, cístico friable, una

**Figura 2**



unión del cístico con el colédoco baja o posterior, presencia de cálculos intrahepáticos, cálculos mayores de 10 mm ó un número mayor de 10 cálculos<sup>(41,42)</sup>.

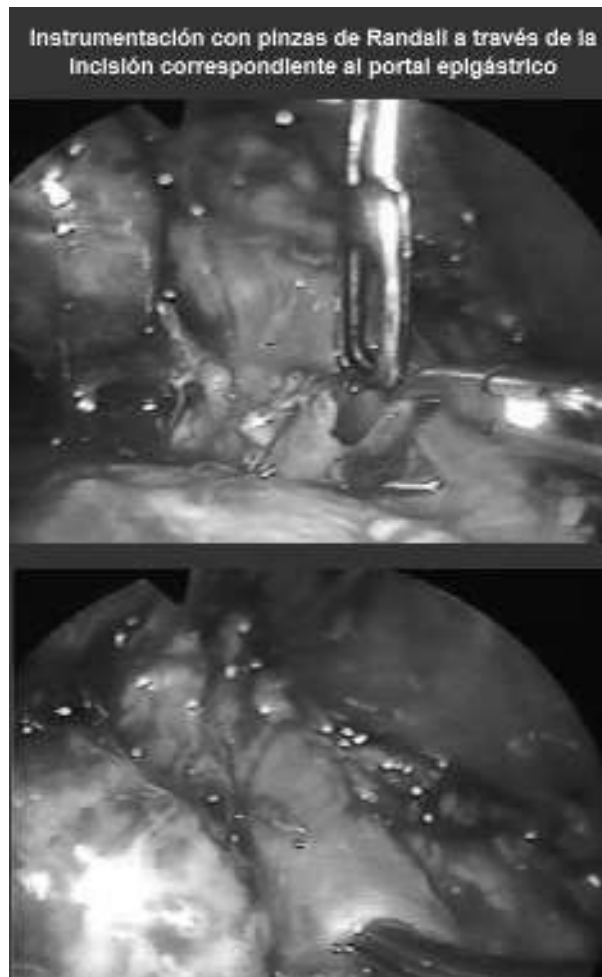
En los casos donde la exploración transcística no fue eficaz o estaba contraindicada se realizó la exploración por coledocotomía. Se inicia, con el lavado de la vía biliar con solución fisiológica a través del catéter, se puede utilizar también un catéter de Fogarty que se introduce y se extrae repetidamente en sentido proximal y distal (Figura N° 3); y posteriormente se intentará la extracción de los cálculos con la cesta de Dormia bajo control fluoroscópico.

En algunos casos ha resultado de utilidad instrumentar la vía biliar con pinzas de Randall bajo control fluoroscópico, introduciéndolas en la cavidad abdominal a través de la incisión en epigastrio (Figura N° 4). Luego de la extracción de los cálculos se cierra la coledocotomía sobre un tubo en "t" (tubo de Kehr) (Figura N° 5).

Finalmente se completa la colecistectomía laparoscópica y se coloca un drenaje subhepático. El paciente es manejado ambulatoriamente una vez que tolere la vía oral, y al décimo día se retira el tubo en "t" de Kehr, previa realización de colangiografía transkehr para descartar la presencia de litiasis residual.

## RESULTADOS

Este estudio estuvo conformado por nueve pacientes del sexo femenino con edad promedio de 45 años (29 - 78 años) que acudieron a la emergencia a cargo del servicio de cirugía III entre febrero del año 2005 y febrero del año 2007 con indicación de exploración laparoscópica de la vía biliar.

**Figura 3****Figura 4****Figura 5**

Las indicaciones para la realización de la exploración de vías biliares se resumen en el Cuadro N° 1. Se intervinieron cinco pacientes con sospecha alta de coledocolitiasis en los cuales la CPRE no fue efectiva (tres pacientes) o no estaba disponible en nuestro centro (dos pacientes). El resto de la muestra corresponde a pacientes en quienes se realizó colangiografía intraoperatoria como método para descartar coledocolitiasis por sospecha media o baja y ésta fue positiva.

**Cuadro 1**

**Clasificación de los pacientes según la indicación para la instrumentación laparoscópica de la vía biliar bajo control fluoroscópico**

Grado de sospecha	Número de pacientes	Porcentaje
<b>Sospecha Alta</b>		
CPRE no efectiva	3	33,3
CPRE no disponible	2	22,2
<b>Sospecha Media</b>		
Sin disponibilidad de USE o RMN.	2	22,2
<b>Sospecha Baja</b>	2	22,2

En todos los pacientes se realizó colangiografía intraoperatoria como paso inicial, la cual permite confirmar el diagnóstico en los casos que fueron a cirugía con sospecha de coledocolitiasis. En los pacientes que ya tenían confirmación del diagnóstico por

CPRE fallida se realizó de igual manera con el objetivo de definir adecuadamente la anatomía de la vía biliar.

En todos los casos se intentó realizar la EVBL inicialmente por vía transcística, la cual fue efectiva en el 44,5% de los casos, en el resto fue necesario la exploración por vía transcoledociana en vista de la presencia de múltiples cálculos a nivel del colédoco o cálculos impactados.

La instrumentación laparoscópica de la vía biliar fue efectiva en seis casos (66,7%), en tres casos se convirtió el procedimiento a cirugía convencional debido a la presencia de un cálculo enclavado a nivel de la ampolla (dos casos), y un cálculo retenido en la unión císticocoledociana (un caso).

No se presentaron complicaciones durante el acto operatorio, la única complicación relacionada al procedimiento fue la diarrea postoperatoria en el primer caso, tal vez, debido a la excesiva administración de contraste.

El tiempo quirúrgico promedio para la instrumentación laparoscópica de la vía biliar fue de 102 minutos para la exploración transcística y de 210 minutos para la exploración transcoledociana. Esta diferencia es debido a que la exploración transcoledociana es un procedimiento más complejo que incluye la realización de coledocotomía y colocación de tubo de Kehr con sutura y anudado intracorpóreo, siendo este último paso el de mayor dificultad (Cuadro N°2).

**Cuadro 2**

Comparación de tiempo quirúrgico según vía de abordaje	
Vía de abordaje	Tiempo quirúrgico (minutos)
Transcística	107
Transcística	105
Transcoledociana	210
Transcoledociana + conversión	240
Transcoledociana + conversión	230
Transcoledociana + conversión	225
Transcoledociana	215
Transcística	103
Transcística	90

Para evaluar el dolor post operatorio de los pacientes se empleó la Escala Visual Analógica (EVA) arrojando los siguientes resultados: los seis pacientes a los que se les realizó la exploración laparoscópica de la vía biliar presentaron un dolor aceptable (escaso o leve), que permitió una rápida recuperación y retorno a sus actividades cotidianas, lo cual contrasta con los pacientes en los que se convirtió el procedimiento, quienes manifestaron dolor moderado en el postoperatorio con mayor requerimiento de analgésicos y tiempo de hospitalización.

El tiempo promedio de hospitalización fue más corto en los pacientes a los cuales se les realizó la exploración laparoscópica de la vía biliar por vía transcística y durante un período de seguimiento promedio de 11,8 meses (6-24 meses) no se ha documentado ningún caso de litiasis residual.

## DISCUSIÓN

Entre un 9 y 16% de los pacientes con litiasis vesicular presentan coledocolitiasis<sup>(1)</sup>. Actualmente existen estudios con alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de esta patología, como el ultrasonido endoscópico (USE), la resonancia magnética con efecto colangiográfico (RNM) y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), teniendo esta última la ventaja de que también es terapéutica<sup>(6,7,14)</sup>. Es así como desde su introducción, muchos cirujanos la han utilizado de manera rutinaria ante la sospecha de coledocolitiasis. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que este procedimiento no está exento de complicaciones y puede llegar a ser innecesaria en más del 50% de los casos. Por tal motivo es necesario clasificar a los pacientes según el grado de sospecha; dirigiendo el estudio del mismo hacia métodos diagnósticos sensibles, menos invasivos y con menor morbilidad.

Muchos autores han demostrado que la exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB) es aplicable en más del 85% de los casos con tasas de éxito que se sitúan entre 86 y 100%<sup>(25-31)</sup>. En este estudio se logró realizar exitosamente ELVB en el 66,7% de los casos.

En un estudio realizado por Urbach y colaboradores se evalúa el costo-efectividad de cuatro estrategias para el manejo de cálculos en la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica: CPRE preoperatoria de rutina, colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria seguida de ELVB o CPRE postoperatoria y manejo expectante. Se concluye que la exploración laparoscópica de la vía biliar es el método con mejores resultados en cuanto a costo-beneficio y el manejo expectante es el menos costoso pero también el menos efectivo. Si el cirujano no tiene experiencia con ELVB, debe indicar-

se la CPRE la cual es preferible realizar selectivamente en el postoperatorio que utilizarla de manera rutinaria preoperatoriamente, a menos, que las probabilidades de coledocolitiasis sean muy altas<sup>(22)</sup>.

Existen diversos estudios como el realizado por Cuschieri<sup>(3)</sup>, donde se demuestra que el tratamiento en un solo tiempo es tan efectivo como el tratamiento en dos tiempos (CPRE seguido de colecistectomía laparoscópica), con morbilidad similar pero con una estancia hospitalaria más corta. Así mismo, Sarabjit y colaboradores<sup>(43)</sup>, comparan los resultados a largo tiempo de la exploración de la vía biliar laparoscópica versus endoscópica, demostrando que el manejo de la coledocolitiasis en un solo tiempo provee mejores resultados y una estadía hospitalaria más corta.

La vía de elección para la ELVB es la transcística en vista de que se asocia con menor tasa de complicaciones y menor estancia hospitalaria cuando se compara con la transcoledociana, sin embargo, no en todos los casos es exitosa. En nuestro estudio el 44,5 % de los casos se resolvió por esta vía, en los restantes fue necesario realizar coledocotomía.

Phillips<sup>(41)</sup>, ha definido ciertos criterios para realizar la exploración por coledocotomía como son: presencia de un conducto cístico tortuoso, con valvas obstructivas que no cede con la dilatación, cístico friable, una unión del cístico con el colédoco baja o posterior, presencia de cálculos intrahepáticos, cálculos mayores de 10mm, un número mayor de 8 a 10 cálculos o cuando falle la exploración transcística, constituyendo estas últimas las causas que motivaron el uso de esta vía en cuatro de nuestros pacientes.

El principal factor de conversión en esta serie lo constituyó la presencia de cálculo enclavado en la ampolla (66%), otros factores que se han descrito son: dificultades técnicas, dificultades anatómicas y sangrado incontrolable<sup>(1,4,19,27,29)</sup>.

Las complicaciones asociadas a la ELVB varían entre un 6 y un 20%<sup>(25-31)</sup>, la más temida constituye la lesión de la vía biliar que ocurre generalmente por falta de identificación de la misma, por lo que es imperativo conocer la anatomía y las variantes de la vía biliar; jugando un papel importante la colangiografía intraoperatoria que nos ayuda a determinar la configuración del sistema biliar. Otro factor asociado a lesión biliar lo constituye la falta de experiencia en la instrumentación de la vía biliar, la cual debe hacerse con mucho cuidado ya que estos instrumentos son semi rígidos y su manipulación errónea puede ocasionar daño. Complicaciones menos frecuentes son la hemorragia y la colangitis.

La experiencia del equipo quirúrgico es determinante en la tasa de éxito del procedimiento y la morbilidad. En cuanto a la curva de aprendizaje, Keeling y colaboradores<sup>(44)</sup> realizaron exploración laparoscópica de la vía biliar en 120 pacientes, determinando que a partir del caso número 60 se obtuvieron mayores tasas de efectividad (97%), además de disminución del tiempo operatorio, así como también del porcentaje de conversión. Los autores describieron un modelo inerte para el entrenamiento de este tipo de cirugía que permite además familiarizarse con el uso de los instrumentos necesarios<sup>(45)</sup>.

En esta serie se presentó un caso de diarrea postoperatoria, probablemente debido a la excesiva administración de contraste asociada con la falta de experiencia. Durante el postoperatorio se pueden presentar complicaciones como la pancreatitis por la manipulación de la vía biliar o por espasmos del esfínter de Oddi posterior a la instrumentación. La fuga biliar generalmente ocurre por fuga del muñón cístico, debido a hiperpresión de la vía biliar posterior a la instrumentación, por lo que es recomendado colocar doble clips o ligadura con endoloop® en el muñón cístico, así como también dejar un drenaje subhepático<sup>(4, 24-28)</sup>.

La litiasis residual se presenta en menos del 3% de los casos, entre los factores asociados se encuentran falta de experiencia del cirujano, cálculos enclavados, cálculos intrahepáticos y equipo inadecuado<sup>(4,25-29,45)</sup>. El uso del coledocoscopio aumenta la tasa de éxito y disminuye la incidencia de litiasis residual, sin embargo, su poca disponibilidad y alto costo son limitantes.

No cabe duda que la exploración quirúrgica de las vías biliares a través de cirugía mínimamente invasiva cumple con los conceptos fundamentales de la cirugía laparoscópica, ya que reproduce el procedimiento abierto, siguiendo los mismos principios que éste, con una morbilidad igual o menor. Sin embargo, requiere ser realizado por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, además de entrenarse para familiarizarse con el instrumental requerido para esta cirugía, como lo son la cesta de Dormia, balones de Fogarty y catéteres de polietileno, entre otros, para obtener la mayor tasa de éxito con mínima morbilidad.

## REFERENCIAS

1. Petelin, J. Treatment of Choledocholithiasis: Laparoscopic approach to common duct pathology. *Am J Surg* 1993; 165(4):487-91.
2. Álvarez L, Franco I. Exploración laparoscópica del colédoco. *Rev Colomb Cir* 1999; 14(2):85-96.
3. Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J, Mouret P, Becker H, Buess G, et al.

- The european experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161(3): 385-7.
4. Petelin JB. Surgical management of common bile duct stones. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6 Suppl):S183-9.
  5. Sahai AV, Mauldin PD, Marsi V, Hawes RH, Hoffman BJ. Bile duct stones and laparoscopic cholecystectomy : a decision analysis to asses the roles of intraoperative cholangiography, EUS, and ERCP. *Gastrointest Endosc* 1999; 49(3): 334-43.
  6. Demartines N, Eisner L, Schnabel K, Fried R, Zuber M, Harder F. Evaluation of magnetic resonance cholangiography in the management of bile duct stones. *Arch Surg* 2000; 135: 148-52.
  7. Vitale GC, Larson GM, Wieman TJ, Cheadle WG, Miller FB. The use of ERCP in the management of common bile duct stones in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1993; 7(1):9-11.
  8. Cotton PB, Vennes J, Russel RC, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC, et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management. Attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991; 37(3):383-93.
  9. Sherman S, Ruffolo TA, Hawes RH, Lehman GA. Complications of endoscopic sphincterotomy. A prospective series with emphasis on the increased risk associated with Oddi's sphincter dysfunction and nondilated bile ducts. *Gastroenterology* 1991; 101(4):1069-75.
  10. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, Haber GB, Herman ME, Dorsner PJ, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Eng J Med* 1996; 335(13):909-18
  11. Lacaine F, Corlette M, Bismuth H. Preoperative evaluation of the risk of common bile duct stones. *Arch Surg* 1980; 115:1114-6.
  12. Cotton PB, Chung SC, Davis WZ, Gibson RM, Ransohoff DF, Strasbergs SM, et al. Issues in cholecystectomy and management of duct stones. *Am J Gastroenterol* 1994, 89(8 Suppl):S169-76.
  13. Rijna H, Borgstein PJ, Meuwissen SG, de Brauw LM, Wildenborg NP, Cuesta MA, et al. Selective preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography in laparoscopic biliary surgery. *Br J Surg* 1995; 82(8):1130-3.
  14. Sivak M. EUS for bile duct stones: How does it compare with ERCP? *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6 Suppl):S175-7.
  15. Prat F, Meduri B, Ducot B, Chiche R, Salimbeni-Bartolini R, Pelletier G, et al. Prediction of common bile duct stones by noninvasive test. *Ann Surg* 1999; 229(3):362-8.
  16. Mark DH, Flamm CR, Aronson N. Evidence-based assessment of diagnostic modalities for common bile duct stones. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6 Suppl):S190-4.
  17. Eisen GM, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Kallon AN, Petersen BT, et al. An annotated algorithm for the evaluation of choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(7): 864-6.
  18. Ganci-Cerrud G, Chan C, Bobadilla J, Elizondo J, Valdovinos MA, Herrera MF, et al. Management of choledocholithiasis found during laparoscopic cholecystectomy: A strategy based on the use of postoperative endoscopic retrograde cholangiography and sphincterotomy. *Rev Invest Clin* 2001; 53(1):17-20. Abstract.
  19. Sánchez-Ismayel A, Benítez G, Rodríguez O, Pujadas Z, Valero R, La Forgia G, et al. Exploración laparoscópica de la vía biliar. *Rev Venez Cir* 2005; 58(2):68-77
  20. Tai CK, Tang CN, Ha JP, Chau CH, Siu WT, Li MK, et al. Laparoscopic exploration of common bile duct in difficult choledocholithiasis. *Surg Endosc* 2004; 18(6):910-4.
  21. Dorman JP, Franklin ME, Glass JL. Laparoscopic common bile duct exploration by choledochotomy An effective and efficient method of treatment of choledocholithiasis. *Surg Endosc* 1998; 12(7):926-8.
  22. Urbach DR, Khajanchee YS, Jobe BA, Standage BA, Hansen PD, Swanstrom LL, et al. Cost-effective management of common bile duct stones. *Surg Endosc* 2001; 15(1):4-13.
  23. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Laparoscopic choledocholithotomy. *J Laparoendosc Surg*. 1991; 1(2):79-82.
  24. Petelin J. Laparoscopic approach to common duct pathology. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1(1):33-41.
  25. Shapiro SJ, Gordon LA, Daykhovsky L, Grundfest W. Laparoscopic exploration of the common bile duct: experience in 16 selected patients. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1(6):333-41.
  26. Phillips E, Rosenthal R, Carrol B, Fallas M. Laparoscopic trans-cystic-duct common-bile-duct exploration. *Surg Endosc* 1994; 8(12):1389-93.
  27. DePaula A, Hashiba K, Bafutto M. Laparoscopic management of choledocholithiasis. *Surg Endosc* 1994; 8(12):1399-403
  28. Berci G, Morgenstern L. Laparoscopic management of common bile duct stones: a multi-institutional SAGES study. *Surg Endosc* 1994; 8(10):1168-75
  29. Millat B, Fingerhut A, Deleuze A, Briandet H, Marrel E, et al. Prospective evaluation in 121 unselected patients undergoing laparoscopic treatment of choledocholithiasis. *Br J Surg* 1995; 82(9):1266-9.
  30. Shuchleib, Chousleb A, Mondragón A, Torices E, Licon A. Exploración laparoscópica de las vías biliares. *Rev Mex Cir Endosc* 2001; 2(1):6-10.
  31. Ebner S, Rechner J, Beller S, Erhart K, Riegler FM, Szinicz G. Laparoscopic management of common bile duct stones. *Surg Endosc* 2004; 18(5):762-5.
  32. Tang CN, Tsui KK, Ha JPY, Siu WT, Li MKW. Laparoscopic exploration of the common bile duct: 10-year experience of 174 patients from a single centre Hong Kong *Med J* 2006;12:191-6.
  33. Peters JH, Ellison EC, Innes JT, Liss JL, Nichols KE, Lomano JM et al. Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patient. *Ann Surg* 1991; 213: 3-12.
  34. Perissat J, Collet D, Belliard R, Desplantez J, Magne E. Laparoscopic cholecystectomy. The Sate of the Art. A report on 700 consecutives cases. *Word J Surg* 1992; 16: 1074-82.
  35. Southern Surgeons Club: A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med* 1991; 324(16):1073-8.
  36. Ramírez-Lares R. Coledoscopia transcística laparoscópica para la exploración y extracción de cálculos en las vías biliares. *Clin Med HCC* 1997; 2(3):153-8.
  37. Willekes CL, Edoga JK, Castronuovo JJ, Widmann WD, McLean ER, Chevinsky AH, et al. Technical elements of successful laparoscopic cholanhiography as defined by radiographic criteria. *Arch Surg* 1995; 130(4):398-400.
  38. Petelin JB. Laparoscopic common bile duct exploration. *Surg Endosc* 2003; 17(11):1705-15.
  39. Wood T, Macfadyen BV. Diagnostic and therapeutic choledochoscopy. *Semin Laparosc Surg* 2000; 7(4):288-94.
  40. Pejovic T. Residual choledocholithiasis in elective cholecystectomy and choledocholithotomy. *Acta Chir Iugosl* 2001;48(2):37-9. (Abstract)

41. Lyass S, Phillips H. Laparoscopic transcystic duct common bile duct exploration. *Surg Endosc*. 2006; 20 (2Suppl):S441-5.
42. Toscano-Méndez R. Coledoscopia por laparoscopia. Disponible en URL <http://www.seclaendosurgery.com/art05.htm>
43. Sarabjit R, Grubnik W, Kovalchuk OL, Grubnik OV. Comparison of long-term results of laparoscopic and endoscopic exploration of common bile duct. *J Min Access Surg* 2006; 2:16-22.
44. Keeling N, Menzies D, Motson R. Laparoscopic exploration of common bile duct beyond the learning curve. *Surg Endosc* 1999; 13(2):109-112
45. Sánchez-Ismayel A, Benitez G, Rodríguez O, Sánchez R, Cantele H, et al. Desarrollo de un modelo de entrenamiento para la instrumentación laparoscópica de la vía biliar guiada por fluoroscopia. *Rev Venez Cir* 2006; 59(2):66-71.



# Educación

## NOVEDAD 2007

## NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

### DESCRIPCIÓN

En los albores del tercer milenio, el apoyo nutricional se ha convertido en una rutina y los resultados obtenidos con el apoyo nutricional son ostensiblemente mejores cada día. El reto es proporcionar a cada paciente el apoyo nutricional por la mejor vía, con la mejor calidad, el menor costo, y los mejores resultados.

En este libro un equipo Internacional de expertos ha impreso su conocimiento intelectual en el proceso necesario para brindar apoyo nutricional; desde los conceptos elementales de la respuesta metabólica al estrés, e interacciones droga-nutrientes, hasta apoyo nutricional en condiciones especiales como Trasplante de Órganos, el Paciente con Cáncer, Nutrición en el Hogar y Nutrición Parenteral Periférica.

Incorpora muchos adelantos científicos recientes en apoyo nutricional, útiles para quienes de alguna suerte ya se desenvuelven en el área. Pero también proporciona los principios básicos para la atención y el cuidado de pacientes que necesitan nutrición parenteral a quienes inician su carrera en el campo de la nutrición.

Este libro es de gran ayuda para definir los materiales que deben ser aprendidos en cursos y másters sobre nutrición.

### CONTENIDO

1. Historia de la nutrición artificial. 2. Respuesta metabólica a la agresión. 3. Fisiopatología de fluidos y electrolitos. 4. Metabolismo de sustratos. 5. Requerimientos nutricionales en adultos. 6. Evaluación nutricional. 7. Composición corporal. 8. Fisiopatología de la desnutrición. 9. Proteínas en NA. 10. Carbohidratos en NA. 11. Lípidos en NA. 12. Oligoelementos en NA. 13. Vitaminas, minerales y oligoelementos en NA. 14. Interacción droga-nutriente en NA. 15. Interacción droga-nutriente en NP. 16. Inmunonutrición. 17. Bases biomoleculares de la N. 18. Probióticos y prebióticos. 19. Factores de crecimiento y antioxidantes. 20. Sistemas de mezclas en NP. 21. Acceso venoso central en NP p/corto plazo. 22. Acceso venoso central en NP p/largo plazo. 23. Nutrición parenteral central. 24. Nutrición parenteral periférica. 25. Bases fisiológicas de la NE. 26. Accesos y tipos de NE. 27. NE domiciliaria. 28. NP domiciliaria. 29. Complicaciones técnicas de la NP. 30. Complicaciones metabólicas de la NP. 31. Complicaciones infecciosas de la NP. 32. Complicaciones de la NE. 33. Terapia nutricional en el paciente crítico. 34. Terapia nutricional en enfermedad cardíaca. 35. Terapia nutricional en insuficiencia respiratoria aguda. 36. Terapia nutricional en insuficiencia respiratoria crónica. 37. Terapia nutricional en enfermedad hepática. 38. Terapia nutricional en insuficiencia renal aguda y crónica. 39. Terapia nutricional en

fístulas del aparato digestivo. 40. Terapia nutricional en trauma. 41. Terapia nutricional en quemados. 42. Terapia nutricional en pancreatitis. 43. Terapia nutricional en el paciente neurológico. 44. Terapia nutricional en cáncer. 45. Terapia nutricional en SIDA. 46. Terapia nutricional en sepsis. 47. Terapia nutricional perioperatoria. 48. Terapia nutricional en obesidad. 49. Terapia nutricional en enfermedad inflamatoria. 50. Terapia nutricional en síndrome de intestino corto. 51. Terapia nutricional en pediatría. 52. Terapia nutricional en geriatría. 53. Terapia nutricional en trasplante. 54. Cuidados de enfermería en terapia nutricional. 55. El papel de la nutricionista en NA. 56. El equipo de terapia nutricional. 57. La educación de terapia nutricional al médico. 58. La educación de terapia nutricional a la enfermera. 59. La educación de terapia nutricional a la nutricionista. 60. Investigación en terapia nutricional. 61. Economía en salud y NA. 62. Evaluación de la calidad en terapia nutricional. 63. Ética en terapia nutricional. Índice.

### AUTOR

**ARENAS MÁRQUEZ, HUMBERTO.** Licenciatura en Medicina, Universidad de Guadalajara. Pos-grado en Cirugía General, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS Guadalajara. Fundador del Servicio de Terapia Nutricional, Hospital de Especialidades, Centro Médico de Occidente, IMSS Guadalajara. Ex Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, AC. Ex Presidente de la Asociación Mexicana de Alimentación Enteral y Endovenosa. Director del grupo Cirugía y Nutrición Especializada, Guadalajara. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). Miembro de la Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral (FELANPE). Fellow del American College of Surgeons. Académico Honorario, Academia Mexicana de Cirugía.

**ANAYA PRADO, ROBERTO** Dr. en C. Especialista en Cirugía General. Maestro y Doctoren Ciencias Médicas, orientación Biología Molecular. Profesor Titular de Cirugía e Investigador Asociado D, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Investigador Nacional, Sistema Nacional de Investigadores. Director de Investigación y Educación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad, HGO, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Académico numerario, Academia Mexicana de Cirugía. Ex Presidente del Colegio de Especialistas en Cirugía General de Jalisco. Ex Fellow Michigan Transplant and Surgical Research Institute, Michigan State University. Fellow del American College of Surgeons. M la Nueva York Academy of Sciences; de la American Hernia Society y de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

# GASTROSTOMÍAS POR LAPAROSCOPIA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS EN CABEZA Y CUELLO. ESTUDIO PRELIMINAR.

MIJARES-BRÍÑEZ, ALIRIO\*  
SUÁREZ, CARMEN MARÍA\*\*  
PÉREZ, CARLOS ALBERTO\*\*\*  
AGUDO, ESTEBAN\*\*\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir una técnica fácil, segura factible de efectuar en pacientes que presentan neoplasias en el área de cabeza y cuello, realizada en el Hospital Oncológico "Padre Machado", y en el Instituto Médico La Floresta, Caracas.

**Pacientes y métodos:** Se describe un estudio preliminar, iniciado desde el año 2004, donde se describe la técnica de gastrostomía vía laparoscópica en una veintena de pacientes que la ameritan ya sea porque recibirán tratamiento con radioterapia ó quimioterapia, en los cuales se piensa que desarrollarán mucositis y no podrán alimentarse adecuadamente, ó por cirugías extensas con ó sin reconstrucción, en las cuales no se podrá usar la vía natural, ya sea temporal ó definitiva para consumir alimentos.

**Resultados:** Veinte pacientes; 16 hombres y 4 mujeres, con edad promedio de 53 años fueron incluidos en este estudio. La colocación de la sonda de gastrostomía fue exitosa en 20 de 20 (100%). Todos los pacientes fueron evaluados durante los primeros 8 días, sin fallecimientos por el procedimiento. Se presentó como complicaciones 5 % de infecciones, 5 % de equimosis y un 15 % de dermatitis periestomal. El dolor fue bien tolerado y con esta técnica quirúrgica no evidenciamos endurecimiento alrededor de la sonda, demostrando la ausencia de este signo en un 100 % de los casos.

**Conclusiones:** Es un método factible de realizar en cualquier institución en nuestro país, tanto público como privado, fácil, económico y que no amerita el uso de muchos adelantos tecnológicos para hacerlo, con mínimo riesgo de complicaciones y puede ser hecho desde el cirujano que se inicia hasta el de manos expertas.

**Palabras Clave:** Gastrostomía, Laparoscopia, Neoplasias de cabeza y cuello

## ABSTRACT LAPAROSCOPIC GASTROSTOMY IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK NEOPLASM. A PRELIMINARY STUDY

**Objective:** To describe a feasible, easy, sure technique to treat patients that present carcinomas in the head and neck area at the Hospital Oncológico Padre Machado and Insituto Médico La Floresta, Caracas.

**Patients and method:** This preliminary study has been conducted since 2004. The gastrostomy technique is the prescribed laparoscopic way in twenty patients that need it, because they will receive treatment with radiotherapy or chemotherapy; they will develop mucositis and they won't be able to feed appropriately or for extensive surgeries with or without reconstruction; since these patients can't consume food as usual.

**Results:** Twenty patients; 16 male and 4 female, with mean age 53 years old were included in this study. The gastrostomy placement was successfully in all the patients (100%). They were evaluated during the first 8 days, without deaths for the procedure. The patients presented the following complications: 5% infections, 5% haemorrhagic complications and 15% periestomal dermatitis. The pain was tolerable, and with this surgical technique we found no evidence of periestomal area hardening, demonstrating the absence of this sign in 100% of the cases.

**Conclusions:** It is a feasible method of carrying out in any institution in our country, public and private institutions It is easy, economic and does not require the use of many technological advances to implement, has minimum risk of complications and it can be performed by any surgeon.

**Key words:** Gastrostomy, Laparoscopy, Head and neck neoplasms

\* Cirujano oncólogo. Coordinador Docente del postgrado de cirugía oncológica del Hospital Oncológico Padre Machado. Instituto Médico La Floresta, Caracas.

\*\* Cirujano oncólogo. Docente del postgrado de cirugía oncológica del Hospital Oncológico Padre Machado. Instituto Médico La Floresta, Caracas

\*\*\* Cirujano oncólogo. Docente Hospital Central de Maracay, Estado Aragua.

\*\*\*\* Cirujano oncólogo. Jefe de Servicio de Cabeza y Cuello. Hospital Oncológico Padre Machado, Caracas. Instituto Urológico San Román, Caracas.

En vista de los adelantos tecnológicos, técnicas quirúrgicas, apoyo nutricional y nuevos esquemas de radioterapia y quimioterapia en pacientes que presentan neoplasias malignas en el área de cabeza y cuello, nos vemos cada día obligados a pensar en la alimentación de estos pacientes, que con frecuencia se ve interrumpida por distintas causas, ya sea por el tratamiento quirúrgico realizado, implicando quizá deformidades por cirugía primaria con ó sin reconstrucción, ó por la mucositis severa que se presentan, sobre todo en las distintas modalidades terapéuticas solas ó combinadas entre sí, cada vez más en boga, que implican en estos enfermos, un aumento importante tanto en la supervivencia, como en el período libre de enfermedad. Esto hace fundamental que usemos la gastrostomía de rutina, para cumplir con los requerimientos nutricionales y así brindar una mayor calidad de vida a las personas que padecen estas enfermedades<sup>(1)</sup>.

La gastrostomía quirúrgica ha sido usada durante los últimos 150 años<sup>(2)</sup>. Ésta es una técnica indispensable para mantener la ingesta alimentaria en aquellos pacientes que de alguna manera presentan un impedimento para alimentarse por vía natural. Este método se constituyó como parte del gran armamentario terapéutico con que cuenta el cirujano de cabeza y cuello para el tratamiento óptimo de los enfermos, ya que brinda la posibilidad de evitar el uso de sondas nasoesofágicas ó nasogástricas tan molestas, poco cosméticas y que producen problemas de infección, dermatitis, broncoaspiración en ocasiones y daños temporales ó permanentes al tabique y ala nasal en aquellos pacientes en los cuales se usa este método<sup>(3,4)</sup>.

Durante los años 80, se describieron nuevas técnicas para la gastrostomía percutánea, la cual se ha generalizado universalmente desde entonces. Sin embargo, a no todos los pacientes se les puede realizar este procedimiento debido a varios factores. El principal de ellos, es el factor económico, ya que no sólo el equipo utilizado especialmente para tal fin es costoso, sino que el uso del equipo endoscópico aunado a los honorarios profesionales que genera el procedimiento, sobre todo en la medicina privada, lo hace limitativo para muchos de nuestros pacientes<sup>(5-6)</sup>.

De allí parte el principio de que en muchos centros asistenciales sobre todo en la salud pública, se opte por la utilización de la técnica abierta, es decir cualquier técnica quirúrgica descrita de gastrostomía, abordada mediante la realización de una laparotomía.

La técnica quirúrgica más usada, es la técnica de Stamm. Aunque las gastrostomías son consideradas procedimientos relativamente "sencillos", demostrado por el hecho de que no es infrecuente ver en los hospitales de postgrado de Venezuela que es efectuado por residentes de primer ó segundo año, no están exen-

tos de complicaciones. De hecho, pueden estar acompañadas de complicaciones tanto tempranas como tardías. La más frecuente de ellas, consiste en la separación del estómago de la pared abdominal, la cual comúnmente termina en peritonitis ocasionada por el derrame de líquido intestinal dentro de la cavidad peritoneal, que puede ser causada por un reemplazo precoz de las sondas colocadas ó una técnica quirúrgica mal empleada<sup>(7)</sup>.

También podemos observar otros problemas como hematomas, la presencia de neumoperitoneo por la misma causa ó infecciones periestomales originada comúnmente porque de alguna manera se produce separación del estómago a la pared del abdomen y ensanchamiento del orificio por donde emerge del estómago la sonda en la pared del abdomen<sup>(8)</sup>. Esto es una complicación frecuente, tanto en gastrostomías realizadas por laparotomía, y aún más frecuentes en las efectuadas vía percutánea<sup>(9-14)</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Veinte pacientes formaron parte de este estudio prospectivo, descriptivo. Esta investigación fue aprobada e iniciada su ejecución en nuestro servicio y por el Comité de Ética en enero del 2004. Fue efectuado entre el servicio de cabeza y cuello del Hospital Oncológico Padre Machado y la unidad de cirugía oncológica del Instituto Médico La Floresta. Se procedió a solicitar consentimiento firmado a todos los pacientes.

Los pacientes incluidos fueron todos aquellos que presentaban algún tipo de impedimento para alimentación vía orofaríngea, ya sea por cirugías extensas del área de cabeza y cuello ó por inicio de tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia para protocolos de tratamientos de preservación de órgano. Los pacientes excluidos de este estudio, fueron pacientes embarazadas, con procedimientos de ostomías previos de cualquier tipo, que presentaran al momento celulitis ó eritema en la pared abdominal, en tratamiento con corticosteroides ó enfermedad úlcero péptica.

### *Técnica quirúrgica*

Se debe disponer de un equipo de laparoscopia que contenga sus componentes principales: monitor, fuente de luz, insuflador con medición de presión y videocámara. Debe tenerse como material mínimo a usar, pinza de Babcock, y dos trócares de diámetro mínimo de 10 mm. Debe tener a mano agujas ó cualquier otra forma de preferencia por el cirujano para la inducción de neumoperitoneo.

La técnica quirúrgica que describimos a continuación es aún más simplificada a nuestro entender, ya que implica mayor sencillez durante la realización y puede ser efectuada tanto por el cirujano con amplia experiencia en cirugía laparoscópica, como el que se inicia en ésta.

La gastrostomía por vía laparoscópica, consiste en inducción inicial de neumoperitoneo transumbilical, por el método preferido por el cirujano; y a continuación la introducción del trócar para la óptica por la misma vía. Después de hacer la revisión reglamentaria de la cavidad, que hacemos de rutina a todos los pacientes en los que hacemos cualquier procedimiento laparoscópico, luego evaluamos donde se encuentra el cuerpo gástrico y hacemos la proyección donde vamos a colocar el próximo trócar, mediante la señalización con el dedo índice del cirujano a través de la pared del abdomen, deprimiéndola donde será el sitio más cercano entre el cuerpo gástrico y la pared, que usualmente está localizado entre la apéndice xifoides y una línea imaginaria medio clavicular izquierda, que llega hasta el hipocondrio izquierdo. (Figura 1)

**Figura 1**



En ese momento, procedemos a introducir un segundo trócar, que puede ser de 10, 11 ó 12 mm en el sitio señalado. Introducimos una pinza de Babcock ó atraumática, tomando la pared gástrica en la zona del cuerpo, a 2 centímetros de los vasos gastroepiploicos, ya que si lo hacemos sobre estos, aumenta las posibilidades de complicaciones por sangrado. Tomamos entonces la pared gástrica con la pinza y retiramos suavemente junto con el trócar de la cavidad del abdomen. ( Figura 2 )

**Figura 2**



Una maniobra que ayuda a aproximar aún más el estómago a la pared en este momento, es drenar el neumoperitoneo de la cavidad del abdomen. Una vez teniendo externamente el estómago sujetado por la pinza, procedemos a efectuar doble jareta en la pared gástrica, gastrostomía e introducción de la sonda del gastrostomo a usar. ( Figura 3 )

**Figura 3**



Cerramos ambas jaretas y con las agujas que no hemos cortado de cada una de las suturas, procedemos a fijarlas a la aponeurosis del paciente para evitar, si por accidente se retira la sonda antes del trayecto definitivo que se forma entre los 7 y 10 días después colocada, no se hundirá el estómago y que por ende no implique las complicaciones descritas en estos procedimientos.

Finalmente, producimos nuevamente el neumoperitoneo y evidenciamos la correcta colocación de la sonda en la cámara gástrica, evaluándola por el portal umbilical. (Figura 4)

**Figura 4**



En este momento culmina el procedimiento, fijando la sonda a la pared si se trata de sonda de Foley®, ó ajustándolo solamente con el sujetador en caso de ser usado un gastrostomo quirúrgico.

Tenemos hasta ahora este procedimiento realizado en pacientes que hemos hecho cirugía oncológica por carcinoma de cavidad oral, laringectomías, carcinomas de orofaringe ó en pacientes que han ameritado tratamiento con combinación de radioterapia y quimioterapia en cabeza y cuello, los cuales aparte de su toxicidad van a presentar el problema de mucositis severas, que impiden ingerir alimentos en forma adecuada durante el tratamiento e inclusive meses después de concluir los mismos.

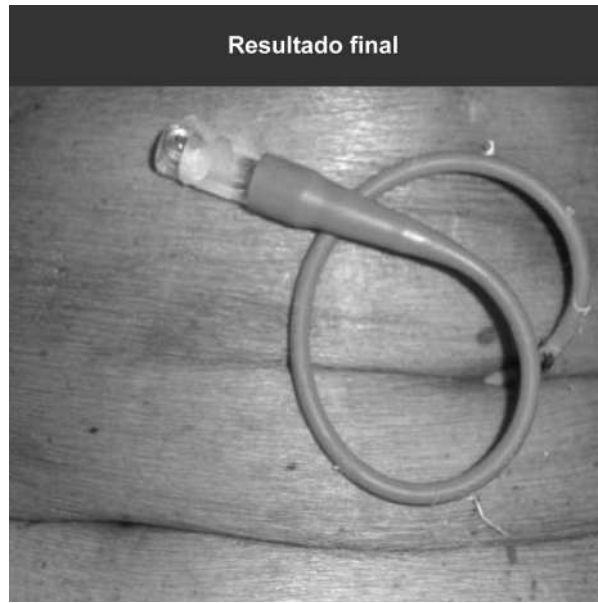
#### ***Evaluación del estoma:***

A todos los pacientes les fue evaluado el estoma entre 2 y 8 días. Ésta fue realizada basada en parámetros en cuanto a la evolución y estado del estoma y los cambios que éste presentaba; como el grado de eritema, presencia ó no de induración y secreción (Figura 5)

Todos los pacientes recibieron antibioticoterapia profiláctica.

Otro parámetros evaluados fueron relacionados con las complicaciones hemorrágicas, como hematomas ó equimosis. Se les solicitó a todos los pacientes, que refirieran el grado de dolor experimentado, en una escala del 1 al 10, donde el 1 era mínimo dolor y 10 máximo dolor.

**Figura 5**



## **RESULTADOS**

Veinte pacientes; 16 hombres y 4 mujeres, con edad media de 53 (21-81 años) fueron incluidos en este estudio. La colocación de la sonda de gastrostomía fue exitosa en 20 de 20 (100%). Se usó sonda de Malecot® # 24 French en 11 pacientes, gastrostomos quirúrgicos en otros 7 y sondas de silastic de tres vías # 24 French en otros 2. No hubo dificultad técnica alguna en la colocación de las diferentes sondas. El procedimiento fue bien tolerado y todos los pacientes fueron evaluados durante los primeros 8 días.

No se presentaron fallecimientos por el procedimiento. Un paciente presentó infección de la zona operatoria, manifestándose con secreción periestomal y eritema a los 3 días de su colocación; lo cual ameritó antibioticoterapia vía sistémica durante 7 días, con un cultivo positivo para E. Coli; se instaura antibióticos de acuerdo a cultivo evolucionando posteriormente en forma satisfactoria y egresando luego, lo cual representó el 5 % de los casos. El resto de los pacientes, es decir el 95 % de los casos no ameritó terapia antimicrobiana alguna adicional.

La secreción periestomal, no fue evidenciada en ninguno de los 20 pacientes en forma inicial, pero al 7o. día, 3 pacientes pre-

sentaban discreta salida de contenido intestinal periestomal; de éstos, todos estaban relacionados con el gastrostomo quirúrgico, ya que el mismo tendía a introducirse dentro de la cavidad gástrica y el aro que se encuentra sobre la piel no hacía el suficiente contrapeso, para impedir que se introdujera dentro del estómago la sonda y por lo tanto evitar así la dermatitis química, que se produce al estar en contacto el ácido estomacal con la piel.

En cuanto a las complicaciones hemorrágicas, es decir, aquellas en las cuales se presentaron hematomas ó hemorragia, ocurrieron en un paciente donde se observó equimosis periestomal al segundo día post operatorio, no ameritando terapia alguna ya que no presentó descenso de sus índices hematométricos realizados en forma periódica. Sólo se observó.

Cuando evaluamos el parámetro dolor, el promedio indicado por los pacientes en una escala del 1 al 10 fue del 1.83 (rango entre 1 - 6). Al transcurrir los 7 días, 18 de los 20 pacientes, no estaban bajo tratamiento analgésico alguno, ya que no referían dolor. Los demás referían dolor en escala de 3 y 4 respectivamente. El mismo se manejó durante 5 días más (es decir, el 10% de los casos) con el uso de AINES (analgésicos no esteroideos) vía oral; cediendo completamente el dolor.

Con esta técnica quirúrgica, no evidenciamos endurecimiento periestomal alguno, demostrando la ausencia de este signo en un 100 % de los casos.

## DISCUSIÓN

Hay autores que desde el punto de vista quirúrgico han descrito distintas técnicas operatorias para efectuarlas. Una de ellas es la gastrostomía percutánea asistida por laparoscopia. Con esta técnica, muchos pacientes de edad avanzada presentan ciertas ventajas que permite que el procedimiento en estos pacientes sea exitoso<sup>(15-17)</sup>. La diferencia de este procedimiento con el descrito por nosotros es que sólo usamos 2 portales, más sencillo, lo cual redundará en menos costo y menos incomodidad en el post operatorio.

Tradicionalmente, se ha percibido que una incisión mayor en la pared abdominal puede aumentar el riesgo para la infección cuando se comparó con las incisiones más pequeñas, aunque no hay ningún trabajo publicado en las gastrostomías que evalúe esto directamente.

Nuestros hallazgos sugieren que la probabilidad de infección es menor durante estos primeros 8 días con la disminución de la incisión. Una posible razón para esto es la menor agresión a la barrera epidérmica protectora que disminuye la ruta potencial para la infección.

Finalmente, las complicaciones referidas al sangrado y al dolor se analizaron como parte de este estudio. La incidencia fue mínima, comparable a las reportadas en la literatura para procedimientos percutáneos efectuados por los gastroenterólogos. Aunque la incidencia de ésta ha sido muy baja en nuestra investigación, pensamos que en la medida que continuemos el estudio y sensibilicemos a los demás especialistas a desarrollar trabajos en esta línea; estas complicaciones serán absolutamente tolerables y manejables desde el punto de vista médico.

Igualmente otra ventaja que se pueden mencionar con este método es el hecho de la probabilidad de disminución de lesiones y accidentes al personal de pabellón, la disminución en gastos operativos, sobretodo referidos a la hospitalización ya que este procedimiento se puede efectuar de manera ambulatoria y la vía alimentaria puede usarse sin problema alguno varias horas después de la colocación del gastrostomo.

## REFERENCIAS

1. Cosentini EP, Sautner T, Gnant M, et al. Outcomes of surgical, percutaneous endoscopic, and percutaneous radiologic gastrostomies. *Arch Surg.* 1998; 133:1076-1083.
2. Moller P, Lindberg CG, Zilling T. Gastrostomy by various techniques: evaluation of indications, outcome, and complications. *Scand J Gastroenterol.* 1999; 34:1050-1054.
3. Galavís V, Lugo J, Dolfo W, Vethencourt T, Rojas J, Brito E. Gastrostomía endoscópica percutánea en pacientes con patología oncológica de cabeza y cuello / Percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with head and neck malignancies. *Rev Venez Oncol.* 1996;8(2):72-3.
4. Dolfo W, Vethencourt T, Bombala I, Fernández C, Fuentes D, Montserrat R, Gumina C, Bronstein M, Salazar J. Gastrostomía endoscópica percutánea en pacientes con tumores de cabeza y cuello: evaluación de un nuevo gastrostomo. *GEN.* 1995; 49(4):278-85.
5. Gauderer MW, Stellato TA. Gastrostomies: evolution, techniques, indications, and complications. *Curr Probl Surg.* 1986; 23:657-719.
6. Sanders GB, Alzikafi F. Trauma causing separation of gastric wall and peritoneum in healed gastrostomy. *Am Surg.* 1976; 42:579-580.
7. Bender JS, Levison MA. Complications after percutaneous endoscopic gastrostomy removal. *Surg Laparosc Endosc.* 1991; 1:101-103.
5. Jowett S, Midwinter M, Tapson J, et al. Gastric wall haematoma as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. *Endoscopy.* 1999; 31: 548.
8. Haslam N, Hughes S, Harrison RF. Peritoneal leakage of gastric contents, a rare complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *J Parenter Enteral Nutr.* 1996; 20: 433-4.
9. Petersen TI, Kruse A. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Eur J Surg.* 1997; 163: 351-6.
10. Abuksis G, Mor M, Segal N, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: high mortality rates in hospitalized patients. *Am J Gastroenterol.* 2000; 95: 128-32.
11. Tan W, Rajnakova A, Kum CK, et al. Evaluation of percutaneous endoscopic gastrostomy in a university hospital. *Hepatogastroenterol.* 1998; 45: 2060-3.

12. Chowdhury MA, Batey R. Complications and outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy in different patient groups. *J Gastroenterol Hepatol* 1996; 11: 835-9.
14. Galat SA, Gerig KD, Porter JA, et al. Management of premature removal of the percutaneous gastrostomy. *Am Surg* 1990; 56: 733-6.
15. Nozoe T, Anai H. Laparoscopy-Assisted Replacement of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34(2): 144-146.
16. Ramírez R. Gastrostomía mediante tubo continente. *Rev Venez.Cir* 1992; 45(2):49-53.
17. Gamica E, Barrios R, Montserrat R, Bronstein M, Poleo R, Zaidman I. Estomas percutáneos guiados por laparoscopia. *GEN*; 1986; 40(1):42-6.



# Educación

## NOVEDAD 2007

## MANUAL DE PRINCIPIOS DE CIRUGÍA DE SCHWARTZ

### DESCRIPCIÓN

El recurso líder, conciso y con orientación clínica en cirugía general, el Manual de Schwartz ofrece resúmenes elegantes y precisos del ampliamente reconocido Principios de Cirugía de Schwartz y más.

La octava edición del manual añade un extenso repertorio de características de acceso inmediato para ayudar a los cirujanos con presiones de tiempo.

Enfoque en las técnicas quirúrgicas. Diagnóstico diferencial y tablas de estadificación.

### CONTENIDO

PARTE I CONSIDERACIONES BÁSICAS. 1. Respuesta sistémica a las lesiones y apoyo metabólico. 2. Tratamiento hidroelectrolítico del paciente quirúrgico. 3. Hemostasia, sangrado quirúrgico y transfusiones. 4. Choque. 5. Infecciones quirúrgicas. 6. Traumatismos. 7. Quemaduras. 8. Cicatrización de heridas. 9. Oncología. 10. Trasplantes. 11. Seguridad del paciente, errores y complicaciones en la cirugía. 12. Monitoreo fisiológico del paciente quirúrgico. 13. Cirugía mínimamente invasiva. 14. Células, genómica y cirugía molecular. PARTE II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS. 15. Piel y tejido subcutáneo. 16. La mama. 17. Trastornos de la cabeza y el cuello. 18. Pared torácica, pulmones, mediastino y pleura. 19. Cardiopatías congénitas. 20.

Cardiopatías adquiridas. 21. Aneurismas aórticos torácicos y disección aórtica. 22. Arteriopatías. 23. Enfermedades venosas y linfáticas. 24. Esófago y hernia diafragmática. 25. Estómago. 26. Tratamiento quirúrgico de la obesidad. 27. Intestino delgado. 28. Colon, recto y ano. 29. Apéndice. 30. Hígado. 31. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. 32. Páncreas. 33. Bazo. 34. Pared abdominal, omento, mesenterio y retroperitoneo. 35. Sarcomas de tejido blando. 36. Hernias inguinales. 37. Tiroides, paratiroides y suprarrenales. 38. Cirugía pediátrica. 39. Urología. 40. Ginecología. 41. Neurocirugía. 42. Ortopedia. 43. Cirugía plástica y reconstructiva. 44. Consideraciones quirúrgicas en los adultos mayores. 45. Anestesia del paciente quirúrgico. 46. Capacidades fundamentales ACGME.

### AUTOR

Brunicki, F. Charles, MD, Department of Surgery, Baylor College of Medicine.

Anderson, Dana K, MD, Department of Surgery, University of Massachusetts Memorial Medical School.

Billiar Timothy, R, MD, Department of Surgery, University of Pittsburgh School of Medicine.

Dunn, David L, MD, University of Minnesota Medical School.

Hunter, John G., MD, Department of Surgery, Oregon Health & Science University.

Pollock, Raphael E., MD, The University of Texas MD Anderson Cancer Center.

# APENDICECTOMÍA ABIERTA VS APENDICECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA UNO. HOSPITAL VARGAS DE CARACAS.

GODOY, ALÍ\*  
 ITRIAGO, DIEGO\*  
 MACHADO, TOMÁS\*\*  
 NIEVES, ANNE\*\*\*  
 RAMÍREZ, JOSÉ\*\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Presentar la experiencia del Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas en el manejo de la apendicitis aguda, comparar el tipo de abordaje quirúrgico y evaluar la morbi-mortalidad asociada.

**Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, de 253 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. Se hizo la revisión de las historias clínicas del archivo de nuestro hospital, entre enero del 2000 y diciembre 2005.

**Resultados:** De 253 apendicectomías, 210 se realizaron por técnica abierta y 43 laparoscópica. Un 59,28% tenían edades entre los 21 y 30 años. El sexo femenino fue afectado en un 60,86%. El 27,66% presentaban antecedentes médicos. En todos los pacientes el dolor fue el motivo de consulta. En el 100% del abordaje laparoscópico se utilizó anestesia general, mientras que en el 60,47% del abordaje abierto se utilizó anestesia general. En 83% el hallazgo intraoperatorio fue una apéndice flegmonosa. En 79,05% de los casos la antibioticoterapia utilizada fue para anaerobios y Gram negativos. El promedio de días de hospitalización fue de 2 días en 74,76% en la técnica abierta y del 100% para un promedio de 2 días en el abordaje laparoscópico. Conclusión: La apendicectomía laparoscópica es un excelente tratamiento alternativo a la cirugía abierta para tratar a los pacientes con apendicitis aguda, siempre que se cuente con el material, equipo y cirujanos entrenados para realizar la cirugía laparoscópica.

**Palabras clave:** Apendicitis aguda, Apendicectomía abierta, Apendicectomía laparoscópica.

## ABSTRACT OPEN VS LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY. EXPERIENCE OF SURGICAL SERVICE ONE. HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

**Objective:** To evaluate the experience of Service One of Surgery at the Hospital Vargas in Caracas treating acute appendicitis, to compare the type of surgical access and the morbi-mortality associated.

**Patients and method:** Retrospective, descriptive and analytic study of 253 patients admitted in Surgery Service One at Hospital Vargas de Caracas, with diagnosis of acute appendicitis and that were treated surgically, between January 2000 to December 2005.

**Results:** 210 appendectomies were performed by conventional techniques and 43 by laparoscopy. 59.28% of patients had 21 to 30 years. Females were more affected in 60.86%. 27.66% had medical antecedents; pain in all patients was the cause of consulting. General anesthesia was used in all cases of laparoscopic appendectomy, in the conventional technique it was used in 60.47%. The intraoperative finding was a phlegmonous appendix in 83% of cases. The antimicrobial therapy used was for anaerobiosis and Gram negative bacteria. Hospitalization rate was 2 days with open way in 74.76% and a 100% in laparoscopy way.

**Conclusion:** The laparoscopic appendectomy is an excellent alternative treatment for the open surgery to treat patients with acute appendicitis, provided that all the materials and equipment are available and a well trained surgeon is at hand for laparoscopic procedures

**Key word:** Acute appendicitis, Open appendectomy, Laparoscopic appendectomy

\* Adjunto del Servicio  
 \*\* Residente de 3er año de Cirugía General  
 \*\*\* Residente de 1er año de Cirugía General. Servicio de Cirugía Uno, Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela. Septiembre de 2006.

La apendicitis aguda es un proceso inflamatorio del apéndice cecal y constituye la entidad quirúrgica más frecuentemente intervenida por el cirujano general en los servicios de emergencias<sup>(1)</sup>.

Está descrita una incidencia anual de 1,33 casos por 1000 hombres y de 0,09% casos por 1000 mujeres, afectando ambos sexos con una proporción hombre-mujer de 2:1 y 3:2 con un pico máximo entre los 10 y 30 años<sup>(2)</sup>.

La primera apendicectomía la realizó en 1735 Claudius Amyand<sup>(3, 4, 5)</sup>. Charles Mc Burney realizó su primera apendicectomía por apendicitis no perforada en 1888, publicando al año siguiente su experiencia en esta patología, describiendo la incisión que lleva su nombre<sup>(6)</sup>.

En Venezuela el primero en realizar una apendicectomía fue el Dr. Miguel R Ruiz en 1898, ese mismo año el Dr. Pablo Acosta Ortiz hizo la segunda<sup>(6, 7)</sup>.

La era moderna de la cirugía laparoscópica ha traído importantes cambios en el tratamiento de las enfermedades quirúrgicas. La posibilidad de realizar la cirugía de mínimo acceso o cirugía mínimamente invasiva, ha inclinado a los cirujanos generales a estudiar muy de cerca la conversión de cualquier tipo de intervención quirúrgica a vía laparoscópica. La rapidez con que han ocurrido estos drásticos cambios, no tiene precedentes en la historia de la cirugía<sup>(6)</sup>.

La apendicectomía abierta es considerada la técnica de elección en el tratamiento de la apendicitis aguda. Aunque es una intervención quirúrgica menor, va asociada a dolor en el postoperatorio, morbilidad y demora en la incorporación a la actividad física normal. Diferentes series han presentado mejores resultados con la apendicectomía laparoscópica que con la apendicectomía abierta pero en otras, no se ha podido concluir que la apendicectomía laparoscópica sea mejor que la abierta<sup>(7)</sup>.

En 1981, Kurt Semm realizó en Alemania la primera apendicectomía laparoscópica. Pronto se reportaron las primeras series y se posicionó como una alternativa a la cirugía abierta. Si bien el procedimiento laparoscópico de la apendicectomía se realizó antes que la colecistectomía, su práctica sólo se extendió cuando se comprobó el éxito de esta última. Precisamente debido a los beneficios de menor dolor e incapacidad y hospitalización más corta de la colecistectomía laparoscópica comparada con la técnica abierta, es razonable que los cirujanos apliquen estas técnicas para tratar otras patologías, entre ellas la apendicitis. En Venezuela la primera apendicectomía por laparoscopia fue reportada en 1991 por el Dr. Miro Quintero<sup>(6, 7)</sup>.

En el presente trabajo se compara la apendicectomía abierta versus la apendicectomía laparoscópica con la finalidad de poder reconocer las ventajas del abordaje laparoscópico, ya que ésta es una de las intervenciones que se realizan con mayor frecuencia en los hospitales de los diferentes países del mundo desarrollado, por lo que la integración del entrenamiento laparoscópico dentro del plan de estudio de los residentes de postgrado, será lo que garantice la sana propagación de la cirugía mínimamente invasiva.

## PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio realizado es de carácter retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron a todos los pacientes con apendicitis aguda, en el servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas.

Los datos fueron obtenidos de las historias médicas revisadas en los archivos de nuestra institución, en el período comprendido entre enero del 2000 y diciembre del 2005, presentando clínica de dolor abdominal y que posteriormente fueron llevados a mesa operatoria para la realización de apendicectomía abierta o laparoscópica. Fueron excluidos todos los pacientes con intervenciones realizadas pasado este intervalo.

Los datos obtenidos fueron organizados en tablas, expresados en valores absolutos y porcentuales para ser analizados y representados en forma visual en gráficos columnares y circulares.

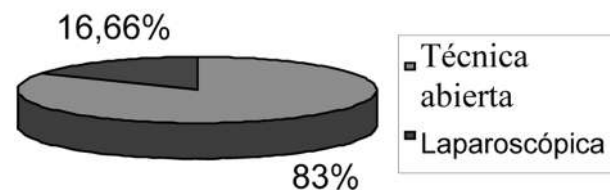
## RESULTADOS

El total de pacientes durante el período de estudio (enero 2000 - diciembre 2005) fue 253, en los cuales se realizó apendicectomía, en el servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas.

De un total de 253 apendicectomías, 83% se realizaron por técnica abierta y 16,66% laparoscópica (Gráfico 1).

**Gráfico 1**

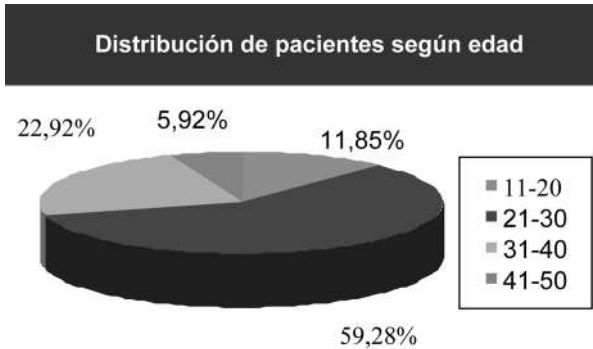
**Distribución de pacientes según el tipo de técnica utilizada**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

Del total del número de pacientes, los grupos etarios más afectados fueron el de 21 a 30 años (59,28%) y el de 31 a 40 años (22,92%) (Gráfico 2).

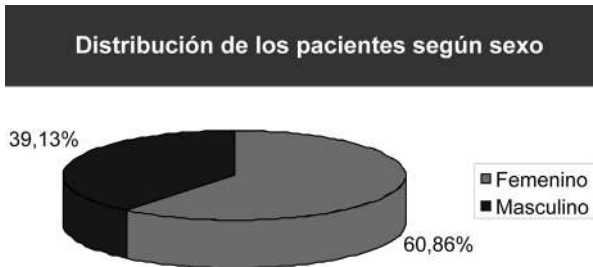
**Gráfico 2**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

En relación al sexo, se evidenció un claro predominio del sexo femenino, en 60,86% de los casos (Gráfico 3).

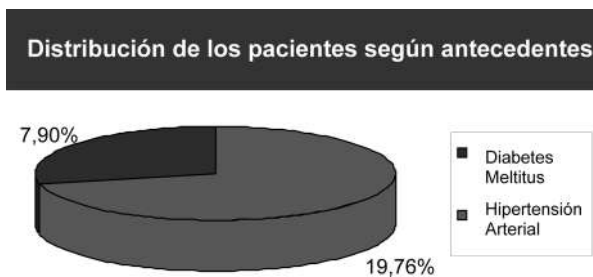
**Gráfico 3**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

El 27,66% de los pacientes presentaban antecedentes médicos, representado por hipertensión arterial en 19,76% y diabetes mellitus en 7,90% (Gráfico 4).

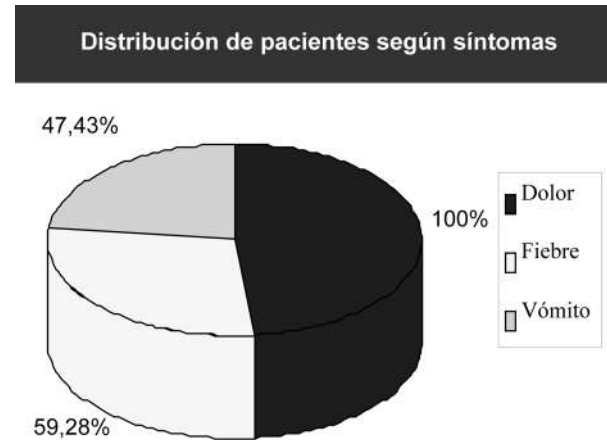
**Gráfico 4**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

El dolor fue el motivo de consulta en 100% de los casos, asociado a fiebre 59,28% y vómitos 47,43% (Gráfico 5).

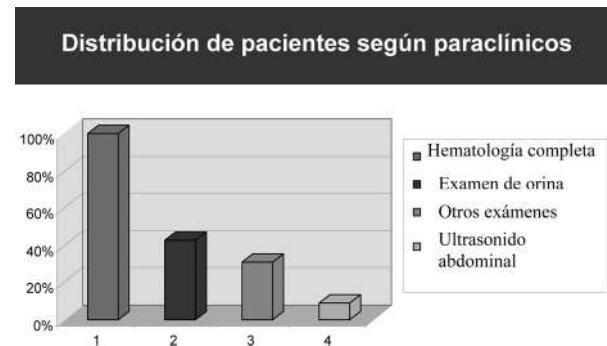
**Gráfico 5**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

A todos los pacientes se les realizó hematología completa, a 42,68% examen de orina y a 30,83% se les realizó otros exámenes como VSG, PT, PTT, sólo a un 9,09% se les realizó ultrasonido abdominal (Gráfico 6).

**Gráfico 6**



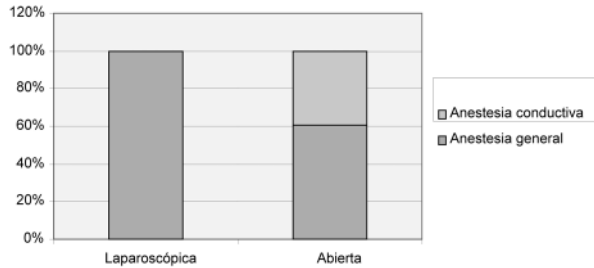
Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

En el 100% del abordaje laparoscópico se utilizó anestesia general, mientras que en el 60,47% del abordaje abierto se utilizó anestesia general (Gráfico 7).

En relación al tiempo quirúrgico, en un 59,28% de las apendicectomías abiertas el promedio estuvo representado por un tiempo de 90 minutos; mientras que el promedio del tiempo quirúrgico en el abordaje laparoscópico en el 100% estuvo representado por 120 minutos G (Gráfico 8).

**Gráfico 7**

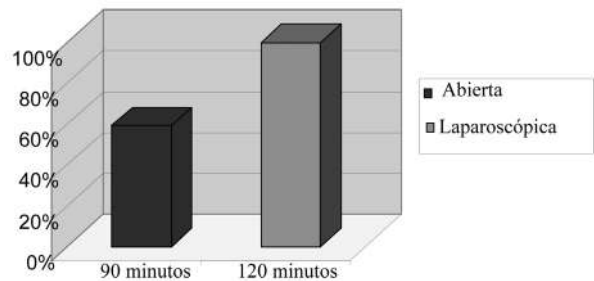
**Tipo de anestesia según el abordaje utilizado**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

**Gráfico 8**

**Tiempo quirúrgico**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

En un 83% el hallazgo intraoperatorio macroscópico fue: apéndice flegmonosa, 6,71% catarral, 5,92% perforada, necrosada en 3,95% y absceso localizado en 0,39% (Gráfico 9).

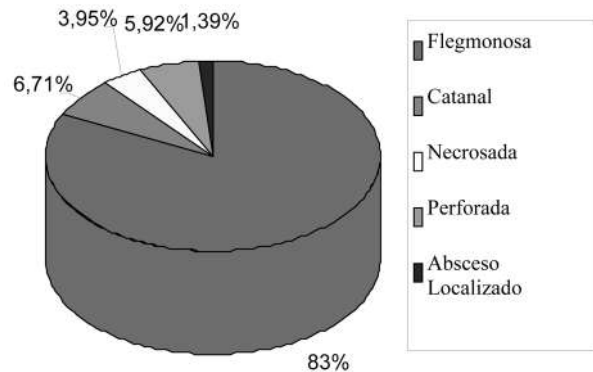
La antibioticoterapia utilizada fue para anaerobios y Gram negativos en 79,05% y cefalosporinas en 20,94% (Gráfico 10).

El promedio de días de hospitalización en las apendicectomías abiertas fue de 2 días en el 79,05%, 3 días 15,01% y en el 5,92% 4 días. En las apendicectomías laparoscópicas en el 100% de los casos el promedio de hospitalización fue de 2 días (Gráfico 11).

En las apendicectomías abiertas el seroma representó el 20,94% de las complicaciones post operatorias; mientras que en las apendicectomías por laparoscopia el 2,32% presentó necrosis del sigmoides, realizándose posteriormente hemicolectomía derecha (Gráfico 12).

**Gráfico 9**

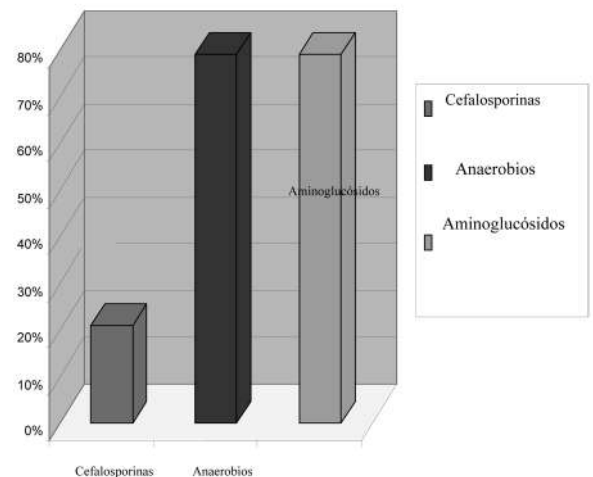
**Hallazgos intraoperatorios**



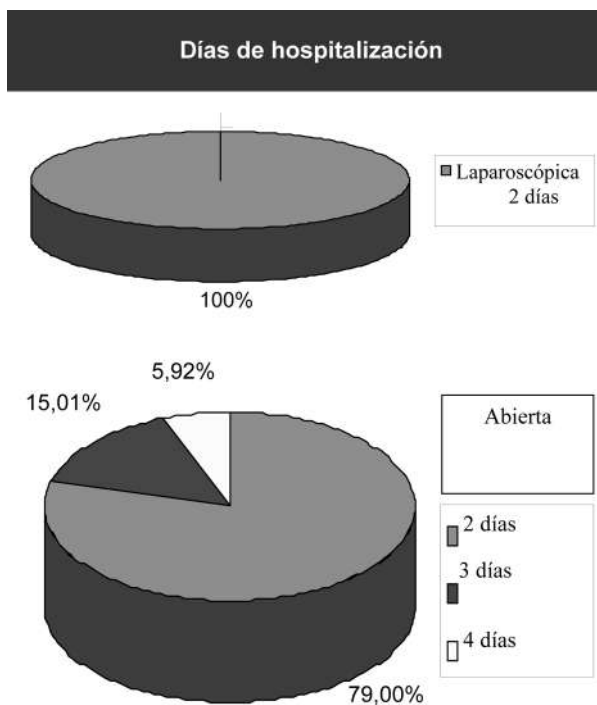
Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

**Gráfico 10**

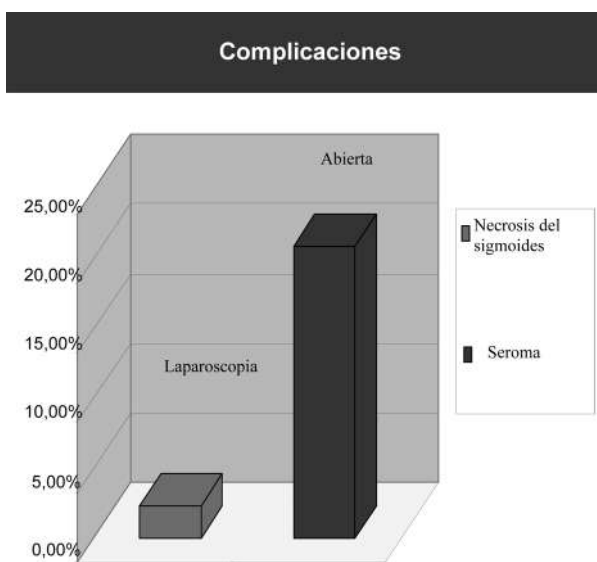
**Antibioticoterapia**



Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

**Gráfico 11**

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

**Gráfico 12**

Fuente: Archivos del Hospital Vargas de Caracas

## DISCUSIÓN

Al comparar la cirugía laparoscópica con la cirugía a cielo abierto se puede demostrar que la primera reduce la morbilidad, que está específicamente relacionada con las respuestas fisiológicas adversas del paciente hacia la cirugía.

Múltiples estudios clínicos han comparado la apendicectomía realizada por vía laparoscópica con la hecha por vía convencional y han demostrado claramente una reducción significativa en el dolor postoperatorio, la estadía hospitalaria, la morbilidad transoperatoria y la convalecencia.

Los estudios sobre los cambios fisiológicos de la cirugía laparoscópica sustentan el beneficio de esta y contribuyen a entender la relación entre daño y recuperación<sup>(8,9)</sup>.

La reducción en la manipulación de las vísceras abdominales puede ser un importante factor especialmente con respecto a la función gastrointestinal en el postoperatorio.

El 27,66% de los pacientes presentaban antecedentes médicos, representado por hipertensión arterial en el 19,76% y diabetes mellitus en el 7,90%. El 38,73% presentaban antecedentes quirúrgicos. Los antecedentes personales del paciente son de gran importancia en la apendicectomía laparoscópica ya que los efectos cardiopulmonares del neumoperitoneo por CO<sub>2</sub> acusan riesgos significativos para todos los pacientes que se someten al mismo y especialmente a aquellos con enfermedades que afectan la hemodinamia<sup>(10)</sup>.

Estas alteraciones hemodinámicas pueden ser explicadas por dos mecanismos totalmente diferentes; uno de ellos es el incremento de la presión intraabdominal y el otro es el efecto fisiológico del CO<sub>2</sub> absorbido. El aumento de la presión intraabdominal puede reducir o impedir el retorno venoso reduciendo así la precarga y llevando a una reducción del gasto cardíaco<sup>(11)</sup>, igualmente existen otros factores que pueden afectar la respuesta hemodinámica del paciente como son el tipo y la dosis del anestésico utilizado y su función cardiopulmonar. El 100% de los pacientes ingresaron hemodinámicamente estables.

Históricamente las estrategias para reducir la morbi-mortalidad operatoria relacionada con la respuesta al estrés, se han basado en el control de los efectos secundarios de la cirugía con el uso de antibióticos, mejoras en la nutrición, deambulación precoz y uso de anticoagulantes, entre otros. Los laparoscopistas intentan reducir esta morbi-mortalidad minimizando los efectos negativos de la cirugía<sup>(11,12)</sup>.

Los cirujanos laparoscópicos se centran en la reducción del

trauma a la pared abdominal. Por ejemplo, en la colecistectomía a cielo abierto se realizan virtualmente dos operaciones: la laparotomía y la exéresis de la vesícula biliar. Gracias a los avances en las técnicas de mínimo acceso, las operaciones abdominales pueden realizarse con una marcada disminución del daño a la pared abdominal comparado con las técnicas tradicionales. Todo esto conlleva a una reducción de la morbilidad postoperatoria<sup>(12)</sup>.

El total de pacientes durante el período de estudio (enero 2000 – diciembre 2005) fue 253, en los cuales se realizó apendicectomía abierta en el 83% y apendicectomía laparoscópica en el 16,66%, en el servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas. El bajo porcentaje del uso de la laparoscopia se explica debido a que en la institución no se cuenta con un equipo propio, por lo que el paciente lo debe arrendar fuera de la institución. De igual manera el uso de la laparoscopia se ve limitado por los escasos recursos económicos con que cuenta el tipo de pacientes que se atiende en la institución.

Del total del número de pacientes se observó que las edades fluctúan entre 11 y 50 años. Los grupos etarios más afectados fueron el de 21 a 30 años (59,28%) y el de 31 a 40 años (22,92%). La apendicitis es rara en lactantes, se hace cada vez más frecuente durante toda la infancia y alcanza su incidencia máxima en el segundo y tercer decenios de la vida. Luego disminuye, si bien ocurre apendicitis durante toda la vida adulta y la ancianidad.

En lo referente al sexo, se evidenció un claro predominio del sexo femenino, en el 60,86% de los casos. En adolescentes y adultos jóvenes, la proporción entre varones y mujeres es de cerca de 3:2. Después de los 25 años, la incidencia mayor en hombres disminuye gradualmente, hasta igualarse la proporción en uno y otro sexo.

El dolor abdominal existe en todos los pacientes con apendicitis, el cual primero es visceral y luego somático. El dolor fue el motivo cardinal de consulta (100%), asociado a fiebre (59,28%) y vómitos (47,43%).

Es de gran utilidad los estudios de laboratorio en el diagnóstico de apendicitis aguda. El número de leucocitos y el recuento diferencial suelen ser generalmente anormales en la apendicitis. El 100% se les realizó hematología completa, 42,68% presentaban examen de orina, 30,83% se les realizó otros exámenes como VSG, PT, PTT; y el 9,09% se les indicó ultrasonido abdominal como apoyo al diagnóstico diferencial.

En el 100% del abordaje laparoscópico se utilizó anestesia general, mientras que el 60,47% del abordaje abierto fue con anestesia general.

Se le realizó apendicectomía abierta a 83% y apendicectomía laparoscópica a 16,99% de los pacientes, a pesar que hoy en día la laparoscopia es un avance hacia la tecnología, no se cuenta con el equipo en la institución, aparte de que los pacientes son de muy bajo recursos.

El promedio del tiempo quirúrgico en las apendicectomías abiertas estuvo representado en el 59,28% por un tiempo de 90 minutos; mientras que en la apendicectomías por laparoscopia el tiempo fue 120 minutos en el 13,83% de los casos. El mayor tiempo en el procedimiento por laparoscopia se atribuye a la curva de aprendizaje de los residentes de postgrado.

El principal hallazgo estuvo dado por una apéndice flegmonosa en el 83%, catarral en 6,71%, perforada en 5,92%, necrosada en 3,95%, absceso localizado en 0,39%.

Los estudios controlados en los que se ha comparado antibióticos con placebos, muestran de manera constante que los antibióticos eficaces contra anaerobios, sean solos o combinados, reducen el riesgo de infección de la herida. Los antibióticos con actividad primaria sólo contra aerobios no siempre fueron eficaces. Este es un dato curioso, ya que el microorganismo que con mayor frecuencia se aísla de las infecciones de heridas que complican la apendicectomía es *Escherichia coli*, un aerobio. No obstante al parecer la actividad antianaeróbica es indispensable en la eficacia de un antibiótico en la apendicitis aguda.

Se utilizó el metronidazol y los aminoglucósidos en el 79,05% y cefalosporinas en el 20,94%.

El promedio de hospitalización en el procedimiento abierto fue en el 79,05% de 2 días, y en el 100% de 2 días en el procedimiento laparoscópico. No se evidenció diferencias en cuanto a este parámetro entre los dos procedimientos.

Ocurren complicaciones postoperatorias en el 5% de los pacientes si se extrae intacto el apéndice perforado, pero en el 30% de los pacientes con apendicitis gangrenosa o perforada. Las complicaciones más frecuentes de las apendicectomías incluyen infección de la herida, abscesos frénicos, pélvicos e intraperitoneales, fístula fecal, obstrucción intestinal. En las apendicectomías abiertas el seroma representó el 20,94% de las complicaciones post operatorias; mientras que en las apendicectomías por laparoscopia en el 2,32% se evidenció en el post operatorio mediato necrosis del sigmoides, realizándose posteriormente una hemicolectomía derecha, proceso debido presumiblemente a la onda expansiva del electrobisturí.

Las ventajas e inconvenientes de la laparoscopia frente a la cirugía abierta en la urgencia son muy difíciles de analizar en general, dado que hay múltiples factores que inciden en los resultados, siendo el principal la gran variedad de procedimientos y diagnósticos. Sólo estudios aleatorios sobre cada diagnóstico y cada procedimiento pueden dar respuesta a las ventajas reales de la laparoscopia de urgencia, dado que las series en el ámbito de la urgencia pueden estar aún más sesgadas que en la cirugía programada. Sin embargo, dentro de la amplia gama del dolor abdominal agudo inespecífico, sí que se aprecian ventajas frente a la observación quirúrgica en estudios aleatorios, sobre todo en calidad de vida y precisión diagnóstica.

Por otra parte la laparoscopia de urgencia debe plantearse en un contexto realista, que viene caracterizado por la necesidad de una actuación rápida para solventar el diagnóstico y el tratamiento urgente del paciente; las condiciones de salud del enfermo (muchas veces más graves, y frecuentemente peor evaluadas, que en cirugía programada); la mayor limitación de cirujanos expertos en laparoscopia y de enfermeras acostumbradas a los procedimientos laparoscópicos, y en ocasiones la limitación de material técnico para estos procedimientos, dado que en un porcentaje de casos el diagnóstico no está establecido preoperatoriamente. Es frecuente que los quirófanos de las áreas de urgencias no tengan el mismo nivel de dotación para la laparoscopia que los quirófanos de cirugía programada.

Estas dificultades hacen que existan unas contraindicaciones generales para iniciar el procedimiento por vía laparoscópica, que podrían considerarse contraindicaciones absolutas. A esto hay que añadir "contraindicaciones organizativas" del sistema o del hospital local.

## REFERENCIAS

1. Nitze, M.: Eine neue Beobachtungs und Untersuchungs methode für Hamröhre, Harnblase und Rectum. Wien med. Wochenschr. 1879, 24:649.
2. Davis, C. J., and Filipi, C. J.: A history of endoscopic surgery. In Arregui, M. E, Fitzgibbons, R. J. , Katkhouda M, Mckernan, J. E., and Reich, H. (eds.): Principles of laparoscopic surgery: Basic and advanced techniques. New York, Springer , 1995, P.
3. Mühe, E. : Laparoskopische Cholezystektomie –Spätergebnisse. Langenbecks. Arch Chir Suppl 1991, 416.
4. National Center for Health Statistics: Detailed diagnoses and surgical procedures for patients discharger from short -stay hospital, United States, 1983-1993. DHHS publication No. (PHS) 94-1779. Hyattsville, MD, U. S. Government Printing Office, October 1995.
5. Schauer, P. R. , Meyers, W. C. , Eubanks, S. W., Franklin, M. , and Pappas, T. N.: Mechanisms of gastric and esophageal perforations during laparoscopic Nissen fundoplication. Ann Surg, 1998, 223:43.
6. McLaughlin, J. G. , Scheeres, D. E., Sean, R. J., and Bonnell, B. W.: The adverse hemodynamic effects of laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1998, 9: 121.
7. Gadacz, T. R. : U. S. Experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993, 165: 450.
8. Farouck, O., Saba, A., Fath, J., et al.: Increases in intra- abdominal pressure affect pulmonary compliance. Arch Surg 1999, 130: 544.
9. Eisenhauer, D. M., Saunders, C. J., Ho, H. S., and Wolfe, B. M.: Hemodynamic effects of argon pneumoperitoneum. Surg Endosc 1996, 8: 315.
10. Mealy, K., Gallagher, H., Traynor, O., and Hyland, J.: Physiological and metabolic responses to open and laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1997, 79: 1061.
11. Dominioni, L., Cuffari, S., Giudice, G., Carcano, G., Nicora, L., and Dionigi, R.: The acute pace response after laparoscopic cholecystectomy and after open cholecystectomy. HPB Surg 1993, 6: 65.
12. Schauer, P. R., Eubanks, S. W., Pappas, T. N., and Meyers, W. C.: Cardiopulmonary effects of gasless laparoscopy, vs CO2 pneumoperitoneum. Surg Endosc 1996, 10: 182.



## NOTICIAS BREVES

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

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

# DILATACIÓN BILIAR CONGÉNITA. 8 CASOS. HOSPITALES COROMOTO Y UNIVERSITARIO DE MARACAIBO

HINESTROZA-VALBUENA, DILMO A.\*  
COLMENARES, DORA M.\*\*  
FERRER, CARLOS A.\*\*\*  
ROSALES, ANA K.\*\*\*\*  
HINESTROZA-FINOL, DIOVERYS\*\*\*\*\*

## RESUMEN:

**Objetivos:** Revisar la experiencia de la unidad de cirugía hepática, biliar, pancreática y trasplante de hígado en el diagnóstico y tratamiento de la dilatación biliar congénita. Estudio realizado en el Hospital Universitario y Hospital Coromoto de Maracaibo.

**Pacientes y métodos:** Se revisan los formularios de investigación clínica realizados a los pacientes con diagnóstico de dilatación biliar congénita en un período entre junio 1989 y noviembre 2004. Se describen 8 pacientes consecutivos. Seis femeninos y dos masculinos. Signos y síntomas, métodos diagnósticos, intervención realizada, resultados histológicos y complicaciones perioperatorias y tardías fueron evaluados.

**Resultados:** Se describen 8 pacientes. 75% son femeninos y el promedio de edad es de 31,7 años. El 62% consultó por dolor abdominal. El diagnóstico se realizó por imagenología. Al 100% se le practicó cistectomía con anastomosis bilioentérica. El 25% de los pacientes presentó complicaciones mayores. Actualmente todos los pacientes están vivos y asintomáticos. El análisis estadístico fue elaborado en Excel 2003.

**Conclusión:** El diagnóstico se hace por imágenes diagnósticas, recomendamos colangiografía. El tratamiento de elec-

ción es la cistectomía y derivación bilioentérica. La intervención quirúrgica debe ser realizada por cirujanos expertos en cirugía pancreatobiliar.

**Palabras clave:** Dilatación biliar congénita, Cistectomía, Derivación bilioentérica.

## ABSTRACT CONGENITAL BILE DUCT CYST, 8 CLINICAL CASES. HOSPITALES COROMOTO Y UNIVERSITARIO DE MARACAIBO

**Objectives:** To review the experience of the unit of surgery hepatic, biliary, pancreatic and liver transplant of the Hospital Coromoto and Hospital Universitario de Maracaibo, in diagnostic and treatment of congenital dilatation of the bile duct.

**Patients and methods:** Patients with diagnostic of congenital biliary dilatation are reviewed in a period between June 1989 and November 2004. Eight consecutive patients describe themselves. Six female and two masculine. Signs and symptoms, diagnostics methods, surgical procedure, histopathological results, perioperative and long-term outcome complications were evaluated.

**Results:** Eight patients describe themselves. 75% are female and the age average of 31.7 years old. 62% consults for abdominal pain. The diagnostic was made for imaging methods and 100% underwent cystectomy and bilioenteric anastomosis. 25% of the patients present mayor complications. At the moment all are alive and asymptomatic. The statistics analyze was elaborated in Excel 2003.

**Conclusions:** The diagnostics becomes by imaging diagnostics methods, we recommended magnetic resonance imaging with cholangiopancreatography. The better treatment is cystectomy with bilioenteric anastomosis. Surgical procedure must be made by expert surgeons in pancreaticobiliary surgery.

**Key words:** Congenital biliary dilatation, Cystectomy, Bilioenteric anastomosis.

\* Jefe Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.  
\*\* Adjunto Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.  
\*\*\* Adjunto Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.  
\*\*\*\* Adjunto Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.  
\*\*\*\*\* Estudiante de pre grado. Medicina. Universidad del Zulia. Sexto año

El término dilatación biliar congénita está sustituyendo al término quiste coledociano, por lo que este último es sólo una malformación, aunque la más frecuente de un conjunto de anomalías localizadas en el sistema pancreatobiliar.

La dilatación biliar congénita es una entidad nosológica rara y siendo congénita el 20% se diagnostica en la edad adulta<sup>(1,2)</sup>.

El presente trabajo describe la experiencia de los autores con 8 dilataciones biliares congénitas evaluados e intervenidos quirúrgicamente por los autores en los Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo. El 100% fue Tipo IA de la clasificación de Alonzo-Lej modificada por Todani. Se les realizó cistectomía y derivación bilioentérica en Y-Roux. Seis femeninos y 2 masculinos. Cinco presentaron complicaciones en el pos-operatorio.

La primera descripción anatómica de dilatación biliar congénita fue realizada por Vater en 1723, fue Douglas quien lo describió como una entidad clínica bien definida. Alonzo-Lej en 1959 realiza la primera clasificación anatómica que después es complementada por Todani<sup>(3-8)</sup>. La clasificación actual incluye: Tipo I (la dilatación quística de la vía biliar extrahepática, Ib dilatación segmentaria del colédoco y Ic dilatación cilíndrica difusa de la vía biliar extrahepática), el más frecuente, 85% - 90% y consiste en la dilatación fusiforme de la vía biliar común, Tipo II una formación diverticular. Tipo III coledococoele de la parte terminal del colédoco. Manning describe dos tipos de coledococoele intraduodenal: el más frecuente en el cual el conducto biliar común y el conducto pancreático principal entran por separado al coledococoele y el otro tipo en el cual el coledococoele es un divertículo del conducto biliar común después de su unión con el conducto pancreático principal. Tipo IV que incluye el tipo I combinado con Enfermedad de Caroli (IVa) o quistes extrahepáticos múltiples (IVb) y el Tipo V que es la enfermedad de Caroli.<sup>(4,5,6,7)</sup>(Gráfico 1)

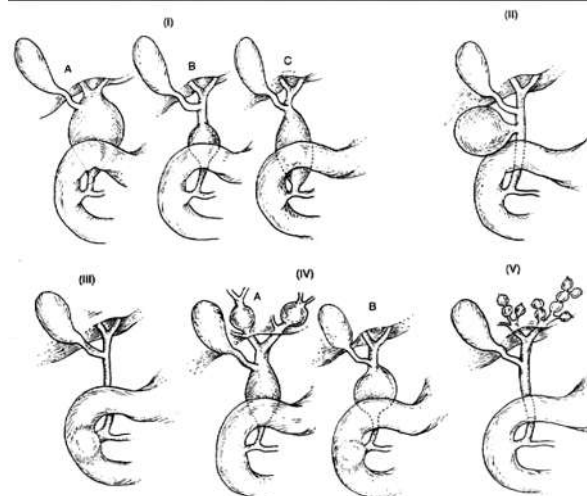
Histológicamente la dilatación biliar congénita consiste de una pared gruesa con tejido conectivo denso entrelazado con músculo liso.

Una de las teorías de su origen sugiere que la unión de los conductos biliar común y pancreático es alta y por lo tanto existe reflujo de líquido pancreático en la vía biliar y la tripsina ocasiona daño de la pared ductal durante la vida intrauterina. Otra teoría sostiene que es debido a algún tipo de obstrucción del colédoco durante las fases tempranas del desarrollo<sup>(9-12)</sup>.

Se describe el desarrollo de cáncer en dilatación biliar congénita entre 2,5% y 30% que está relacionado con la displasia y metaplasia del epitelio<sup>(5,13-17)</sup>.

**Gráfico 1**

### Clasificación de Todani



Fuente: Hospitales Coromoto y Universitario de Maracaibo.

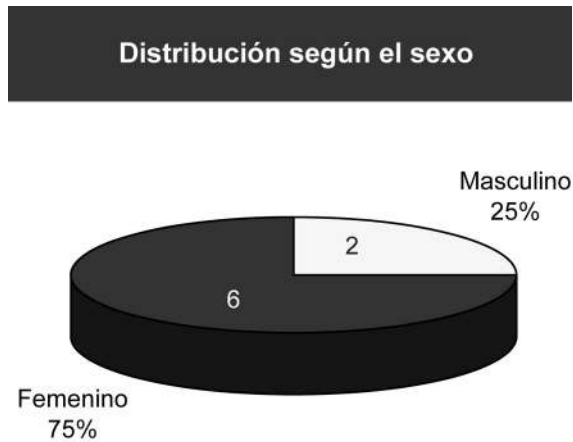
En el presente estudio se describe nuestra experiencia con 8 casos de dilatación biliar congénita desde 1989 hasta noviembre de 2004.

### PACIENTES Y MÉTODOS

El presente trabajo refleja la experiencia de los autores en la unidad de cirugía hepática, biliar, pancreática y trasplante de hígado en los Hospitales Coromoto y Universitario de Maracaibo y para ello se revisaron los formularios de investigación clínica llenados a cada paciente con dilatación biliar congénita. Fueron ordenados según la clasificación de Alonzo-Let modificada por Todani. Los pacientes han sido seguidos en la consulta externa del hospital y por vía telefónica. Se describen su incidencia con respecto al sexo, edad, síntomas, signos, métodos de imágenes usados para el diagnóstico, intervención realizada, duración de la intervención, complicaciones postoperatoria y resultado de anatomía patológica.

### RESULTADOS

El 75%<sup>(6)</sup> de los pacientes fueron femeninos y 25%<sup>(2)</sup> masculinos. (Gráfico 2). El promedio de edad 31,75 años con una variación entre 15 y 53 años. El 87,5%<sup>(7)</sup> consultó por dolor abdominal, 62,5%<sup>(5)</sup> por ictericia, 37,5%<sup>(3)</sup> por fiebre y vómitos. (Tabla 1). Al 62,5% (5) de los pacientes se le había practicado colecistectomía abierta y al 25%<sup>(2)</sup> derivación bilioentérica: 1 cistoyeyunoanastomosis y 1 cistoduodenoanastomosis, ambas estaban estenosadas. El diagnóstico se realizó en el 100% de los casos por métodos de imágenes: ecosonograma 8 (100%)

**Gráfico 2**

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

**Tabla 1**

**Distribución por signos y síntomas**

Síntomas	Pacientes	%
Dolor abdominal	7	87,5
Vómitos	3	37,5
Ictericia	5	62,5
Coluria	1	12,5
Acolia	2	25
Fiebre	3	37,5
Escalofríos	2	25

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

pacientes, CPRE 6 (75%), TAC 3 (37,5%). (Tabla 2). Todos presentaban dilatación biliar congénita Tipo Ia según la clasificación de Alonzo-Lej modificada por Todani.

Al 100% se le realizó cistectomía con anastomosis a asa intestinal desfuncionalizada de aproximadamente 72 cms tipo Y de Roux: 2 (25%) hepatico-yeyuno-anastomosis término-lateral y 6 (75%) tipo Hepp-Couinaud. Dos (25%) pacientes recibieron

**Tabla 2**

**Distribución por imágenes diagnósticas**

Imágenes	Pacientes	%
Ecosonograma	8	100
TAC	3	37,5
CPRE	6	75
TPH	2	25
HIDA	2	25
RM	1	12,5

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

500 ml de sangre completa en el trans-operatorio. Se presentó infección en herida operatoria en 2 (25%) de los pacientes, 2 (25%) presentaron atelectasia basal derecha, 1 (12,5%) sangrado en el postoperatorio inmediato, absceso intraabdominal 1 (12,5%) y obstrucción intestinal 1 (12,5%). (Tabla 3).

**Tabla 3**

**Distribución por complicaciones peri-operatorias**

Complicaciones	Pacientes	%
Infecciones Heridas	2	25
Atelectasia	2	25
Absceso intra-abdominal	1	12,5
Sangrado	1	12,5
Obstrucción intestinal	1	12,5

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

Un paciente presentó colangitis en dos oportunidades pero no se demostró estrechez de la anastomosis en la colangiografía transparietohepática (TPH).

En los resultados histopatológicos 3 (37,5%) pacientes se demostró metaplasia escamosa en la pared del quiste.

## DISCUSIÓN

La dilatación biliar congénita es una entidad bastante rara. El diagnóstico clínico se corrobora por imagenología. Nosotros recomendamos realizar en estos pacientes en que se sospeche una dilatación biliar la colangiografía. El tratamiento de elección es la cistectomía y derivación bilioentérica con asa desfuncionalizada. Existe un riesgo alto de complicaciones perioperatorias, por lo cual es recomendable que este tipo de cirugías sea realizado por cirujanos expertos en cirugía pancreatobiliar. Recordemos que estas dilataciones tienen una alta probabilidad de malignización que ha llegado hasta un 30 % en algunas series<sup>(5,13,17)</sup>. Por eso, la necesidad de reseca por completo la dilatación y evitar la tentación de realizar anastomosis directamente al quiste.

## REFERENCIAS

- Zuidema. Yeo, Shackelford. Cirugía del aparato digestivo. Editorial Médica Panamericana. 2005, 342-347.
- Sabbatini, G. B, Marmorale. G, Cisti Congenita del Coledoco Minerva Chirurgica 1994; pag: 1335-1341.
- Deziel DJ, Rossi RL, Munson L, et al. Management of bile duct cyst in adult. Arch Surg 1986; 121: 410-415.
- Steven C, Carol R, et al. Choledocal cyst in the adult. Ann Surg. 1995; 222: 128-133.
- Cameron, J. Current Surgical Therapy. Sixth Editio. 1998, 439 - 442. Mosby Editorial
- Cameron J. Current Surgical Therapy 8th Edition. Mosby 2004, 420-426
- Todani T. Watanabe et al. Congenital bile duct cyst: classification operative procedure and review of thirty seven cases including cancer arising from choledochal cysts. Am J Surg 1997. 134:263-269.
- Ishizaki Y, Bandai Y, Shimomura K, Makuuchi M. Healing process of sutureless choledochojejunostomy in a experimental model. Br J Surg 1995, 82,1118-1121
- Bancroft J, Bucuvalas J, Ryckman F, Dudgeon D, Saunders R, Schwarz K. Antenatal diagnosis of choledochal cyst. J Pediatric Gastroenterol Nutr, Vol. 18 No. 2 1994; 142:145.
- Blumgart LH. Cancer of the bile duct. In Blumgart LH. Ed. Surgery of the Liver and Biliary Tract. London: Churchill Livingstone. 1998. Pp829-853.
- Arun Kumar, V. Seenu. N.K. Khosla. Et al. Agenesis of gallbladder with choledochal cyst - An unusual combination. Tropical Gastroenterology. 1994;15;33-36.
- C E L Tan, E r Howard, M Driver, I M Murray-Lyon. Non- communicating multiseptate gall bladder and choledochal cyst: a case report and review of publications. Department of Gastroenterology, Charing Cross Hospital, London. Pag:853-856.
- Kazuaki, Y. Junichi, T., Kazuhiko, K. Choledochoceles with obstructive jaundice: A case report and a review of the Japanese literature. J Gastroenterol. 1994; 29:661-664.
- St-Vil D, Luks FJ; Bensoussan AL. Common bile duct cysts in children. Journee Chirurgicale, Université de Montréal, 1991. Pag 821-825.
- Ok H, Hong J, Byung G. Imaging of the choledochal cyst. RadioGraphics. 1995; 1: 69-88.
- Current Probl Surg, June 1992: 365-410
- Sheila Sherlock & James Dooley Diseases of Liver and Biliary System. 1997; 585.

## PRÓXIMOS EVENTOS

### INSTITUTO DE CIRUGÍA EXPERIMENTAL DE LA UCV

Calendario Cursos:

Marzo, Mayo, Junio, Octubre 2007

- Laparoscopia Básica: 23 y 24 de marzo
- Laparoscopia Intermedia: mayo 11 y 12; junio 22 y 23
- Laparoscopia Avanzada: octubre 26 y 27
- Microcirugía una semana dedicación exclusiva, de 8am a 5pm

Información:

Tlfs.: (0212) 605.36.24 605.36.25

Correo-e: cirugiaexperimental@gmail.com

### XCIII CONGRESO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS

7 - 11 de octubre de 2007

Ernest N. Morial Convention Center  
New Orleans, USA.

### IX CONGRESO VENEZOLANO DE MASTOLOGÍA

13 - 17 de octubre de 2007

Hotel del Lago Intercontinental, Maracaibo

### LXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

20 al 24 de octubre de 2007

Hotel Sheraton Buenos Aires

### XXXI CONGRESO MEXICANO DE CIRUGÍA

Asociación Mexicana de Cirugía

Octubre 29 a noviembre 2 de 2007

León, Guanajuato  
México

# ¿CÓMO HACER UNA BUENA PRESENTACIÓN ORAL? GUÍA PARA SU REALIZACIÓN

GATTORNO, FEDERICO L.\*

## INTRODUCCIÓN

La presentación oral es la forma de comunicación que suele emplearse para los diversos eventos científicos que se desarrollan en un congreso médico o de cualquier índole, por ejemplo una conferencia o una mesa redonda.

Es muy importante que estas presentaciones se acompañen con material visual como: diapositivas fotográficas, transparencias, diapositivas digitales, presentaciones en rotafolios, proyecciones, etc; en particular porque cuando el disertante le habla a su audiencia estimula únicamente el lado izquierdo del cerebro de quienes lo escuchan; por el contrario, si sólo presenta el material visual estimula el lado derecho del cerebro. Pero cuando combina la explicación oral con el material visual, ambos hemisferios cerebrales son estimulados y se logra un efecto de aprendizaje mucho más potente<sup>(1)</sup>.

Lamentablemente es bastante frecuente que en algunos congresos o eventos científicos se encuentren presentaciones muy pobres, mal diseñadas, o con defectos, que a veces perjudican su contenido interesante.

### Organización de la presentación

Cuando se disponga a realizar una presentación oral se sugiere seguir los siguientes pasos:

- 1.- Averigüe con los organizadores del evento quiénes integrarán la audiencia a la cual se dirigirá (especialistas, médicos, estudiantes, bibliotecarios, audiencia mixta, etc.)
- 2.- La cantidad aproximada de asistentes que se espera tener.
- 3.- La duración de su conferencia (30-40-45 minutos) o de su relato en la mesa redonda o en el simposio (10-15 minutos)
- 4.- La fecha y hora de su presentación (durante la mañana, después del almuerzo, o a última hora de la tarde)
- 5.- Tamaño del salón en que hará su exposición
- 6.- Equipamiento disponible para la proyección del material audiovisual (proyector de diapositivas, retroproyector, computadora y proyector multimedia, puntero, micrófono, etc)

Generalmente, en este tipo de exposición el disertante reúne, analiza, discute y sintetiza los últimos conocimientos sobre un tema, con un propósito de revisión o puesta al día. (Figura 1)

\* Director sección de cirugía endoscópica SVC

Figura 1

Ejemplos de guiones para la planificación de una presentación oral	
Ejemplo 1	Ejemplo 2
<b>Análisis de selenio en sangre y orina</b>	<b>Criptosporidiosis: clínica y diagnóstico</b>
1. Introducción	9) Introducción
2. Recolección de la muestra	10) Etiología
3. Métodos específicos 3.1 Fluorometría 3.2 Espectrometría de absorción atómica 3.3 Otros métodos	11) Epidemiología
	12) Patogenia
	13) Diagnóstico a) Diagnóstico histológico b) Diagnóstico de laboratorio
4. Estándares, calibradores y controles	14) Tratamiento
5. Recapitulación	15) Recapitulación

1) Defina un único tema central y concéntrese en él; esto evitará que se disperse en otros aspectos secundarios que le impidan profundizar en aquello que es relevante.

2) Tome nota de las ideas que le vayan surgiendo y decida qué conceptos presentará como material visual y qué explicaciones expondrá oralmente, coordinando ambas.

3) Es conveniente escribir un guión, dividido en tres grandes secciones: introducción, núcleo y recapitulación.

- En la introducción explique brevemente cual es el tema de su exposición y su importancia; dedíquele 10-20 % del tiempo.
- El núcleo es el cuerpo principal de su exposición y puede dividirlo en apartados, cada uno de ellos con su propio título; dedíquele 60-80 % del tiempo.

- En la recapitulación resuma los aspectos más importantes de su exposición, ya que cierta redundancia es útil para fijar una idea; dedíquelo 10-20 % del tiempo.

4) Evite el exceso de datos numéricos, porque hacen perder el hilo de la narración, además muchas citas numéricas no se aprecian bien desde lejos y confunden; tampoco se exceda en la mención de referencias bibliográficas que, de ser imprescindibles, pueden imprimirse en una hoja para su distribución al final de su conferencia.

5) Utilice un vocabulario culto pero sin metáforas, símiles, ironías u otros recursos literarios. Recuerde que la lengua formal se caracteriza por la claridad, precisión, concisión, propiedad, sencillez y cortesía.

6) Con respecto a las palabras en otro idioma, hay términos que se han impuesto en su lengua original y deben usarse en ese idioma (marketing; software, etc).

- Sin embargo, cuando existe un término aceptado en español, debe usar éste. Si necesariamente necesita utilizar un término o varias palabras en otro idioma, por favor explíquelo a la audiencia; evite utilizar sus diapositivas o láminas escritas en otro idioma.

7) Si utiliza una abreviatura o un acrónimo, aclárelo la primera vez que lo utiliza.

8) Tenga todo listo por lo menos dos semanas antes de la presentación. (ésto a veces es difícil, pero es lo ideal)

9) Practique su exposición en privado varias veces, hasta que adquiera seguridad. Haga los ajustes necesarios tanto en el material visual como en sus comentarios, hasta lograr la duración correcta; si puede hacerlo en 1-2 minutos menos de lo indicado, mejor.

10) Ensaye su presentación ante un grupo de colegas, por ejemplo sus compañeros de la escuela o de la cátedra. Recibirá comentarios críticos muy útiles para hacer los últimos ajustes, anticipar preguntas de la audiencia y ganar mayor confianza<sup>(2)</sup>.

### Material visual

Aunque podríamos decir que las distintas organizaciones en algunas oportunidades cuentan con los servicios de profesionales del diseño para ayudar a los disertantes en la preparación del material visual, en la práctica habitual (aún en países de mayor desarrollo) es que cada disertante prepara sus propias diapositivas.

Las indicaciones que se incluyen a continuación se basan en las recomendaciones de diversos autores (2-18), pero de ningun

na manera sustituyen el trabajo de un diseñador.

Además, en la actualidad existen programas de computadora para el diseño de diapositivas, como el PowerPoint de Microsoft (Redmon WA, Estados Unidos), otros como: Persuasión (Adobe) Harvard Graphics, que facilitan esta tarea, ya que permiten obtener presentaciones de alta calidad, sin tener demasiados conocimientos de diseño o de informática, disponen de poderosas funciones para elaborar documentos multimedia (texto, imágenes visuales, sonido, inserción de videos, fotos) y se pueden vincular con archivos grabados en otros programas o en Internet.

Ventajas adicionales son su bajo costo, su capacidad de actualización permanente y su facilidad de transportación<sup>(19)</sup>.

En Internet se pueden encontrar manuales y guías para aprender a utilizar estos programas<sup>(20)</sup>.

Las diapositivas sobrecargadas de información son la principal causa de fracaso de una exposición.

Hay dos reglas de oro para ellas: legibilidad y simplicidad.

1) Las diapositivas de una presentación oral pueden contener información de tres tipos:

- a) texto
- b) tablas
- c) ilustraciones (gráficos, diagramas o fotografías).

2) Diversos autores consideran que la descripción de una diapositiva nunca dura menos de 30 segundos y no debe exceder los 3 minutos<sup>(2-8-15)</sup>. En términos generales se recomienda calcular aproximadamente 7-8 diapositivas para una presentación de 10 minutos en una mesa redonda y de 28-32 diapositivas para una conferencia de 40 minutos.

3) En lo que respecta al fondo y los colores de las diapositivas, hay acuerdo en que el mejor contraste se consigue con diapositivas en fondo azul y caracteres blancos o amarillos, o en su defecto fondo negro y caracteres blancos<sup>(2)</sup>.

- Aunque Johns<sup>(18)</sup>, recomienda intentar otros colores para el fondo, Daffner<sup>(15)</sup> considera que el fondo en color verde, rojo o anaranjado no se ve bien, lo mismo que las letras en color fucsia. Por su parte Bellamy<sup>(16)</sup> recomienda no usar más de cuatro colores en una misma diapositiva.

Los programas de computación antes mencionados ofrecen diversas opciones preestablecidas, fáciles de elegir y que han tomado en cuenta estas recomendaciones.

4) Las diapositivas deben orientarse en sentido horizontal, ya que el formato vertical suele exceder la altura de las pantallas de proyección.

5) Cada diapositiva debe tener un título, que en lo posible no sobrepase el renglón. El título debe separarse del texto con una línea horizontal delgada. Debemos hacer una consideración especial en este punto, ya que algunas personas que utilizan diapositivas en fotografía, toman dicha foto directamente de la pantalla del monitor; algunos monitores poseen cierta curvatura (no son planos del todo) y el utilizar una línea horizontal destaca la curva del monitor, evidenciándose que esta diapositiva se tomó con esa técnica, lo cual es un defecto.

6) En las diapositivas de texto, éste no debe expresarse en oraciones o párrafos, sino en palabras claves o frases cortas. Dado que la diapositiva es un complemento de la exposición oral, (no una lectura de un texto escrito y transcrito) su propósito es llamar la atención sobre cada uno de los conceptos que el disertante describe o amplía oralmente.

7) El texto no debe exceder 6-8 líneas de no más de 45-50 caracteres cada una. Entre una línea y otra debe haber por lo menos un renglón en blanco o suficiente espacio para evitar el amontonamiento de palabras. (Figura 2)

**Figura 2**

**Diapositiva de texto correctamente diseñada**

**Estructura de la Fibronectina**

- Glicoproteína de PM 400.000 Da
- Forma soluble en fluidos corporales
- En tejidos puede estar unida a células
- Codistribuye con colágeno
- Involucrada en la adhesión célula-célula
- Sintetizada por células en cultivo
- Fibronectina circulante sintetizada en hígado

Título y texto divididos por una línea delgada, texto en siete líneas con viñeta y letras grandes, suficiente espacio entre líneas

### Diapositiva de texto incorrecta

#### Estructura de la Fibronectina

- Es una glicoproteína de gran peso molecular (400.000 daltons)
- La forma soluble se encuentra ampliamente distribuida en fluidos corporales (plasma, LCR, amniótico, seminal, sinovial, etc.)
- En tejidos, la forma unida de las células codistribuye con colágeno y está involucrada con la adhesión célula-célula, por ejemplo en la curación de heridas.
- Es sintetizada por células en cultivo (endoteliales, epiteliales, fibroblastos, plaquetas, neutrófilos, etc.)
- La mayoría de la fibronectina circulante es sintetizada en hígado.

Demasiado texto, párrafos en vez de palabras claves o frases cortas, letras pequeñas y sin espacio entre líneas. Resulta difícil de leer, a pesar de la viñeta

En el programa PowerPoint está predefinido el tipo de letra Times New Roman, con tamaño 44 para el título y 32 para el texto. Bellamy<sup>(6)</sup> considera que el tamaño mínimo debe ser 24.

1) Cada línea debe marcarse con una viñeta, para darle más claridad. Si los conceptos mantienen un orden secuencial, por ejemplo los pasos a seguir en una técnica, en vez de usar la viñeta, conviene numerarlos.

2) Tanto el título como el texto deben escribirse alternando mayúsculas y minúsculas, porque esto facilita la lectura. En español se escriben con mayúscula la inicial de la primera palabra de cada línea, la inicial de cada palabra en los nombres propios y todas las letras de siglas y acrónimos.

3) La puesta de relieve debe limitarse a conceptos nuevos o muy relevantes, que realmente justifiquen el énfasis. Por un lado, el abuso de la puesta de relieve produce justamente el efecto contrario, ya que el público deja de poner atención en aquello que está resaltado; por otro lado, puede interpretarse como una subestimación irrespetuosa de la audiencia. Para poner de relieve un término, utilice letras de mayor tamaño, o bien negrita o cursiva, o de color diferente, pero no cambie el tipo de letra.

4) Utilice símbolos y abreviaturas estándares. Si esto no es posible, aclare la abreviatura la primera vez que aparezca en su

serie de diapositivas. No abuse de las abreviaturas.

5) Evite reproducir tablas y figuras copiados de libros y revistas. Esta práctica tiene dos inconvenientes: a) es un material que requiere permiso por escrito del autor y de la editorial para poder usarlo y b) el tamaño de letra y el formato de impresión que resultan adecuados para el libro o la revista no lo son para una diapositiva.

6) Los números resultan más claros si se presentan tabularmente. Una tabla no debe contener más de 3-4 columnas con 3-4 filas. Si debe presentar más datos, divida la tabla en 2-3 diapositivas, pero no más, ya que los números cansan a la audiencia

7) Si la diapositiva contiene un gráfico, tenga en cuenta lo siguiente: a) el gráfico de barras no debe exceder 8 barras simples o 4 pares de barras; b) una diapositiva no debe contener más de dos gráficos de sector o torta y c) el gráfico de líneas no debe exceder 3-4 curvas.

En los gráficos de sector siempre se debe indicar el número total absoluto. En los gráficos de línea, la línea sólida o cerrada suele coincidir con puntos rellenos y la línea intermitente o abierta con puntos sin rellenar. Cuando se diseñan los gráficos es necesario que los rótulos sean de un tamaño suficientemente grande, para soportar una posible reducción al convertirlo en diapositiva.

8) Si la ilustración es una fotografía, ésta debe ser nítida, en blanco y negro o en color, con un título que la identifique. Si la imagen es un archivo digital, conviene grabarla en un formato TIFF o JPEG. El primero tiene más nitidez, pero ocupa tanto espacio de memoria que a veces sobrepasa un disquete, mientras que el segundo tiene una nitidez aceptable y ocupa poco espacio de memoria.

## EXPOSICIÓN

Si su presentación oral se acompaña de diapositivas, es una presentación audiovisual. El componente audio será su propia voz, mientras que el componente visual serán las diapositivas. Todos los presentes, sin excepción, deben escuchar y ver correctamente la totalidad de la exposición, cualquiera sea su ubicación en el salón.

La distancia entre la pantalla y la última fila de la audiencia no debe exceder seis veces el ancho de la pantalla. Los lentes de un retroproyector no son tan potentes como los del proyector de diapositivas o los del proyector multimedia, por lo tanto no es útil en salas demasiado grandes.

No debe leer el texto de su exposición. La comunicación

oral tiene sus propios canales, distintos a los de la comunicación escrita. En general, una conferencia leída produce aburrimiento, distracción y hasta sueño en el público. De modo que debe hablarle a la audiencia.

### *Algunas consideraciones prácticas:*

1) Hable despacio, tranquilo y con voz clara. Use frases cortas. Respire y deténgase en alguna pausa. Si su voz no se escucha bien o si el local es grande, conviene que utilice un micrófono, en lo posible corbatero, porque de esta manera tendrá las manos libres para usar el puntero.

2) Para describir las diapositivas, póngase de pie, sin obstaculizar la visión. Si describe las diapositivas desde su asiento dará una impresión de desgano o falta de interés. Evite moverse de un lado para otro y no se exceda en sus gestos. Mire a la audiencia para que ésta sienta que usted se está dirigiendo a ella.

3) No comience con una diapositiva, sino con una frase introductoria como "Quiero agradecer a los organizadores su invitación para participar en este evento... ahora si vemos la primera diapositiva". Esto hará que la audiencia fije la atención en usted y siga sus indicaciones.

4) Un toque de humor, sobre todo al principio de la exposición, puede ayudar a romper el hielo con la audiencia, pero no abuse de este recurso, porque su exposición perderá seriedad. Daffner (15) es muy severo en este sentido cuando afirma que la audiencia paga por escuchar una disertación científica y no una comedia.

5) Cuando describa una diapositiva textual, lea cada frase y a continuación amplíe la información oralmente. Antes de pasar a la siguiente línea, haga una pausa contando mentalmente hasta dos. Si usa números en lugar de viñetas, méncionelos en orden, por ejemplo "en el punto 2...". De esta forma la audiencia no se dispersará y mantendrá la atención tanto en la diapositiva como en su exposición.

6) Cuando presente una tabla, comience por describir las columnas y las filas, luego siga con los datos y el resto de su descripción.

7) En los gráficos, explique primero los ejes: "en el eje horizontal tenemos los meses y en el eje vertical el número de casos...". Luego describa las curvas, barras o sectores: "la línea gruesa muestra los casos del año 2001, la delgada los del 2000 y la abierta los de 1999 ...", "las barras oscuras se refieren a los casos y las claras a los controles ...", "el sector celeste es el de los varones y el rosa el de las mujeres...".

Dado que el gráfico de sector muestra porcentajes, no deje de mencionar el número total absoluto.

8) Si la diapositiva es una fotografía, definala en la primera frase: "en esta fotografía vemos un espécimen del parásito ...". Oriente a la audiencia a través de la pantalla, con frases como "a la izquierda de la pantalla se observa ...", o bien "en el ángulo superior derecho se encuentra ...".

9) Utilice un puntero para señalar en la diapositiva el concepto o frase que está desarrollando. En las diapositivas que presentan ilustraciones es indispensable que señale con el puntero el objeto que está describiendo.

10) Evite jugar con el puntero en la mano, en especial si es de rayo láser. A veces el disertante lo hace sin darse cuenta y atormenta a la audiencia de dos maneras: a) haciendo círculos sobre la diapositiva sin señalar nada y b) pasando el rayo láser varias veces sobre los ojos de la audiencia.

11) Asegúrese de explicar todo lo que aparece en cada diapositiva nada más ni nada menos.

12) Si hay un encargado de proyección, no se olvide de decir "la siguiente diapositiva por favor...". Si usted mismo está a cargo de la proyección, no se apure a cambiar las diapositivas; dé tiempo a que las personas puedan leerlas, haciendo una pausa para cambiar de una a otra diapositiva. Esto crea cierto suspenso en la audiencia y ayuda a mantener la atención.

13) Termine la presentación con otra frase como al principio, que demuestre claramente que ha llegado el fin, por ejemplo "muchas gracias por su atención".

## EL DÍA DE LA EXPOSICIÓN

No se olvide de llevar consigo dos copias de su presentación, pero en lugares separados, por ejemplo un disquete en el maletín y otro en el bolsillo o en la cartera, para evitar contratiempos en caso de pérdidas. Algunos profesores van más allá con su precaución y prevención de desastres al momento de dicha conferencia, por ejemplo, que se descomponga el equipo multimedia y se tenga que recurrir a diapositivas fotografiadas. En este caso hay que hacer el cambio de manejar la presentación con una PC a manejarla con un retroproyector de diapositivas.

Si los organizadores del congreso le han hecho llegar un instructivo con los horarios y lugares para entregar el material visual,

contactarse con su coordinador, etc, sígalas al pie de la letra; de lo contrario, solicite toda la información necesaria para evitar "sorpresas" inesperadas. Recuerde que en estos eventos, generalmente hay un salón de conferencistas (speaker room) en donde podrá revisar el orden de sus diapositivas y todo lo relacionado con su presentación.

### *De lo contrario, tenga en cuenta lo siguiente:*

1) Preséntese con suficiente anticipación. Si es posible asista a los eventos anteriores para irse ambientando en la sala.

2) Aproximadamente una hora antes del evento en que tomará parte, preséntese en el mostrador de proyecciones y entregue al personal encargado sus diapositivas, transparencias o disquete.

3) Tome contacto con la persona encargada de proyectar su material visual y póngase de acuerdo con ella. Pregúntele su nombre y recuérdelo o mejor, escríbalo, porque ante cualquier eventualidad durante su exposición, podrá dirigirse a ella más fácilmente.

4) Si usted va a estar a cargo de la proyección, pruebe los aparatos pertinentes: proyector de diapositivas, retroproyector, computadora y proyector multimedia, puntero, micrófono, etc. Recuerde que cualquier interrupción por motivos técnicos produce una gran distracción en la audiencia e incluso su abandono de la sala.

5) Unos 15 minutos antes de que comience su evento, tome contacto tanto con el coordinador del evento como con los demás disertantes (en caso de un simposio o una mesa redonda).

6) Revise el podio y explórelo; elija la mejor posición para su exposición. Si usted es diestro, colóquese de tal manera que la pantalla quede a su derecha; por el contrario, si usted es zurdo, la pantalla debe quedar a su izquierda. Verifique que todo lo que necesita esté a la mano.

7) Una vez terminado el evento pase por el mostrador de proyecciones para retirar su material visual.

Y BUENA SUERTE.....

Recuerde que la constante verificación de todos los detalles hacen la diferencia entre una presentación a otra.

## REFERENCIAS

1. Council for International Organizations of Medical Sciences. The planning of international medical meetings. Brussels: Union of International Associations, 1967 (International congress science series; 7E).
2. Martínez, AM; "Guía para la preparación de presentaciones orales" La Plata, Buenos Aires 2001
3. Union of International Associations. International congress organization: theory and practice. Brussels: Union of International Associations, 1961 (International congress science series; 1).
4. Duchesne LR. Congress organizer's manual. Brussels: Union of International Associations, 1961 (International congress science series; 2C).
5. Ramírez de Russo ML. Curso sobre organización de congresos. Buenos Aires: Centro de Ex Becarios de la OEA, 1994.
6. Congresos y convenciones: 14ª guía 1994. Buenos Aires: Editorial Ferías y Congresos, 1994.
7. Buonocore D. Diccionario de bibliotecología. 2 ed. Buenos Aires: Marymar, 1980 (Colección bibliotecología).
8. Edwards RG. Organising large and small scientific and educational meetings. En: Congresses, meetings and workshops: a complete guide from IFCC clinical chemists. IFCC news 1981; (27):2-4.
9. Guidelines for oral presentations. En: ESV: 17th International Technical Conference of the Enhanced Safety of Vehicles, Amsterdam, June 4-7 2001. <http://www.esv2001.com/html/instructionsoral2.htm> [Consulta: 2001-09-13]
10. Baron DN. The preparation and presentation of slides. IFCC News 1981; (27):5-7.
11. Ludwig J. Instruction for speakers. IFCC News 1981; (27):8-9.
12. Hargreaves MK. The use of visual aids in public lectures. Biochem Educ 1983; 11(1):34-9.
13. Safran M. The poster and other forms of scientific communication. Biochem Educ 1987; 15(1):28-30.
14. Garson A, Gutgesell HP, Pinsky WW, McNamara DG. The 10 minute talk: organization, slides, writing, and delivery. Am Hear J 1986; 111(1):193-203.
15. Day RA. Como escribir y publicar trabajos científicos. 2 ed. Washington DC: OPS, 1996 (Publicación científica; 558).
16. Daffner RH. On improvement of scientific presentations. AJR 2000; 174:1229-31.
17. Grigera JR, Tarsitano G. Notas sobre la preparación de monografías y tesis. La Plata: Fundación Ciencias Exactas, 1993.
18. Bellamy K. Design standards for computer-generated teaching slides. J Audiovisual Media Med 1995; 18(3):115-20.
19. Johns M. Design for slides. J Audio Media Med 1995; 18(3):121-8.
20. Niamtu J. The power of PowerPoint. Plast Reconstr Surg 2001; 108:466-84.
21. Auburn University Libraries. Microsoft PowerPoint tutorials. <http://www.lib.auburn.edu/madd/docs/powerpoint.html> [Consulta: 2001-09-13].

## PRÓXIMOS EVENTOS

### XX CONGRESO PANAMERICANO DE TRAUMA

6 - 8 de diciembre de 2007  
Hospital Universitario de Puebla  
Puebla, México

### XVII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA FELAC

18 - 22 de noviembre de 2007  
Hotel Grand Hyatt Santiago  
Santiago de Chile, Chile

### V CONGRESO DE LA SOCIEDAD IBEROLATINOAMERICANA DE CIRUJANOS

5 - 7 de diciembre de 2007  
Palacio de Convenciones  
La Habana, Cuba

**XXIX CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA**  
Hotel Intercontinental Tamanaco. Caracas - Venezuela  
Marzo 2008

# LESIÓN DEL TRONCO VENOSO BRAQUIO-CEFÁLICO IZQUIERDO POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO. REPORTE DE UN CASO.

CARMONA, JOSÉ\*  
LIZARDO, ADOLFO\*\*  
LÓPEZ, JUSTO\*\*\*  
GONZÁLEZ, JOSÉ\*\*\*  
MARTÍNEZ, MARILIN\*\*\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Presentar caso clínico de lesión del tronco venoso braquiocefálico izquierdo por proyectil de arma de fuego y conducta a seguir.

**Paciente y Métodos:** Paciente masculino, 45 años, que ingresa a la Unidad de Politraumatizados (U.P.T) del Hospital Domingo Luciani, 15 minutos posterior a sufrir traumatismo torácico por proyectil de arma de fuego, hemodinámicamente inestable, con único orificio (4to espacio intercostal izquierdo con línea axilar posterior). Ruidos respiratorios abolidos. Toracotomía mínima izquierda: hemotórax (1500cc). Ventana cardiaca ecográfica negativa. Se realiza toracotomía universal izquierda, evidenciándose: hemotórax masivo, lesión en lóbulo superior de pulmón y hematoma contenido en mediastino superior. Se estabiliza hemodinámicamente y posteriormente se realiza esternotomía media, evidenciando lesión de tronco venoso braquiocefálico izquierdo que se extiende hasta el confluente yugulo-subclavio. Se amplía incisión con cervicotomía supraclavicular, sección del 1/3 proximal de clavícula hasta abordar el confluente. Se realiza ligadura del tronco venoso braquiocefálico izquierdo proximal y distal a nivel del confluente.

**Resultado:** Paciente evoluciona satisfactoriamente, egresa a los 6 días del postoperatorio.

**Conclusión:** En el paciente hemodinámicamente inestable, el abordaje recomendado es la toracotomía antero-lateral izquierda, por la rapidez de acceso al tórax, la posibilidad de reanimación y reparación de heridas cardíacas. El abordaje de grandes vasos es por excelencia la esternotomía media, en pacientes estables, pudiéndose extender con una cervicotomía supraclavi-

cular o anterolateral. El tratamiento de las lesiones venosas es por regla general la ligadura, la reparación solo se justifica en lesiones pequeñas que se resuelvan con rafia simple.

**Palabras clave:** Tronco venoso braquiocefálico, Grandes vasos, Trauma torácico.

## ABSTRACT BRACHIOCEPHALIC LEFT TRUNK INJURY BY A GUNSHOT WOUND. A CASE REPORT

**Objective:** To present a clinical case of the brachiocephalic left trunk injured by a gunshot.

**Patient and Methods:** Male patient, 45 years, 15 minutes after suffered penetrating thoracic injury from gunshot, is admitted at the Hospital Domingo Luciani, hemodynamically unstable with an unique gunshot wound (4th left intercostal space in posterior axillary line). Absence of left breath sounds. Left thoracotomy's tube: hemothorax (1500cc). Negative pericardial ultrasonographic window. An universal left thoracotomy was done, findings: massive hemothorax, upper lobe lung injury and upper mediastinum hematoma. Hemodynamical estabilization, then a median sternotomy was made, showing a brachiocephalic trunk injury, the incision was prolonged with a supraclavicular cervicotomy. A third proximal clavicle was incised until to the confluence vein. A brachiocephalic trunk ligation was done proximally and at the confluence vein end.

**Results:** Satisfactory patient evolution. He was discharged at the 6th day from postoperative.

**Conclusion:** In hemodynamically unstable patients, the antero-lateral left thoracotomy is the approach of choice, because it provides rapid access to the thorax, reanimation and eventual cardiac reparation. A median sternotomy is the incision of choice for stable patients and it can be made easily with supraclavicular extension. The

\* Cirujano General, Servicio de Cirugía II  
\*\* Cirujano General y Cardiovascular, Servicio de Cirugía III  
\*\*\* Residentes de III año del Post-grado Universitario de Cirugía General  
\*\*\*\* Residente de II año del Post-grado Universitario de Cirugía General  
Hospital Domingo Luciani IVSS, Caracas.

treatment of vein injuries is the ligation, only minor veins injuries can be repaired primarily with a simple suture.

**Key words:** Brachiocephalic vein, Great vessels, Thoracic trauma

El manejo del trauma torácico vascular penetrante es controversial, ya que requiere un planeamiento adecuado para poder obtener procedimientos técnicamente satisfactorios. Se ha demostrado que las operaciones poco planeadas tienen resultados subóptimos. Adicionalmente escoger la incisión y control proximal o distal, es cuestionable y no se puede determinar con facilidad<sup>(1)</sup>.

El trauma torácico vascular penetrante ocurre primariamente en la población civil. El clásico estudio de DeBakey y Simeone, donde se categorizó la epidemiología de las lesiones vasculares durante la Segunda Guerra Mundial, no reportó lesiones de grandes vasos<sup>(2)</sup>.

El trauma torácico vascular puede presentarse como hemorragias internas o externas, trombosis, desprendimiento de la íntima, o pseudoaneurisma. Las lesiones aórticas y de vena cava, típicamente se manifiestan como hemorragias internas: mediastinales o en la cavidad pleural, presentándose como: hemotórax, hematoma mediastinal o taponamiento cardíaco<sup>(2)</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino, de 45 años de edad, sin antecedentes médicos, quien ingresa a la unidad de politraumatizados del Hospital Domingo Luciani, 15 minutos posterior a sufrir traumatismo torácico penetrante por herida por proyectil de arma de fuego. Al ingreso, hemodinámicamente inestable, con único orificio ubicado en el cuarto espacio intercostal con la línea axilar posterior izquierda. Ruidos respiratorios abolidos en campo pulmonar izquierdo. Se procede a realizar toracotomía mínima izquierda con obtención de hemotórax (1500cc). Ventana cardíaca ecográfica negativa. Se realiza toracotomía póstero-lateral izquierda de urgencia, evidenciándose: hemotórax masivo, lesión de lóbulo superior no sangrante y hematoma contenido en mediastino superior. Simultáneamente, el paciente responde a la reanimación y se estabiliza hemodinámicamente. Se decide cerrar toracotomía y realizar esternotomía media, observándose: lesión del tronco venoso braquiocefálico izquierdo que se extiende al confluente yúgulo-subclavio (Figura 1). Se prolonga el abordaje a una cervicotomía supraclavicular izquierda (Figura 2) y se realiza ligadura de la vena proximal y distal al confluente (Figura 3). Durante el postoperatorio el paciente presenta edema grado II del miembro superior izquierdo y limitación funcional de la articulación acromioclavicular, justificado por el abordaje quirúrgico. Egres a al 6to día del postoperatorio en buenas condiciones.

**Figura 1**



**Figura 2**



**Figura 3****DISCUSIÓN**

En una revisión de Mattox y colaboradores, de 5760 civiles quienes presentaron trauma vascular, durante 30 años, 168 revelaron lesión de la arteria subclavia, 190 con lesión de la arteria carótida, 39 del tronco braquiocefálico y 144 con lesión de la arteria aórtica torácica. La mayoría de los pacientes fueron hombres con una media de 31 años<sup>(3)</sup>. La mortalidad del traumatismo torácico penetrante con lesión de grandes vasos es un 85% aproximadamente<sup>(4)</sup>.

El trauma torácico vascular penetrante ocurre principalmente por heridas por proyectil de arma de fuego, arma blanca y causas iatrogénicas<sup>(5)</sup>.

En pacientes con trauma torácico, aproximadamente el 8 % requirió toracotomía abierta de emergencia, siendo las principales lesiones encontradas: lesión cardíaca y hemotórax masivo por lesión de grandes vasos<sup>(6)</sup>.

Las lesiones penetrantes de grandes vasos generalmente se manifiestan como hemotórax masivo, taponamiento o hipovolemia masiva, y se diagnostican en el momento de la operación, por lo que la valoración arteriográfica no es una opción para éste tipo de lesiones<sup>(7)</sup>. Cuando se efectúa es a menudo difícil ver los pequeños pseudoaneurismas de la aorta a causa de la gran columna de material de contraste y se requieren vistas tangenciales<sup>(8)</sup>.

En pacientes hemodinámicamente inestables, con una lesión torácica, se realiza una toracotomía ántero-lateral izquierda para la reanimación, y esta incisión se extenderá hacia el lado derecho para lograr mayor exposición si se requiere. Se puede pinzar la aorta de manera cruzada para asegurar mayor flujo sanguíneo hacia el cerebro y miocardio. Después de lograr el control proximal, se puede extender la incisión convirtiéndola en esternal, para separar este hueso en dos partes iguales y añadir extensiones cervicales o supraclaviculares según se requiera<sup>(9)</sup>.

Si la trayectoria de la lesión es mediastínica anterior transversal y el paciente está inestable y no puede tolerar la arteriografía, quizá la incisión empírica más adecuada es la esternotomía media con extensión hacia el cuello<sup>(9)</sup>.

Las lesiones que sangran libremente se manifiestan como hemorragia externa, hemotórax o hematoma en ampliación, y se tratan con reparación primaria, ligadura o interposición de injerto<sup>(1)</sup>.

En particular el tronco venoso braquiocefálico se puede ligar, tal como hicimos en este paciente, debido a que existen colaterales a través de la vena yugular interna y por medio de los canales venosos de la venas ácigos y de la vena cava superior, la lesiones pequeñas aisladas se pueden reparar con sutura monofilamento 4.0<sup>(10)</sup>. Son frecuentes las fístulas arteriovenosas, y se tratan con reparación arterial y ligadura y reconstrucción de la vena<sup>(1)</sup>.

**REFERENCIAS**

1. Matthew J. Wall, Jr MD, Tom Granchi, MD, Kathleen Liscum, MD, Kenneth L. Mattox, MD. Penetrating thoracic vascular injuries Surg Clin North Am 1996; 4:751- 59.
2. DeBakey ME, Simeone FA: Battle injuries of arteries in World War II: An analysis of 2,471 cases. Ann Surg 1946; 123:534.
3. Mattox KL, Feliciano DV, Beall AC, et al: Five thousand seven hundred sixty cardiovascular injuries in 4459 patients: Epidemiologic evolution 1958-1988. Ann Surg 1989; 209:698.
4. Mattox KL: Injury to the thoracic great vessels. In Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV (eds): Trauma, ed 2. Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1991: 393.
5. Richardson JD, Flint LM, Snow NJ: Management of transmediastinal gunshot wounds. Surg 1981; 90:671.
6. Quezada R. Manejo del Trauma Torácico. Hospital Antonio Lenín Fonseca. Managua, 1988.
7. Matthew J. Wall et al. Thoracic aortic and thoracic vascular injuries. Surg Clin North Am 2001; 6: 1375 - 93.
8. Stuart E. Mirvis. Thoracic Vascular Injury. Radiol Clin North Am.2006; 44: 181 - 97.
9. Hoyt DB et al. Anatomic exposures for vascular injuries. Surg Clin North Am.2001; 6: 1299-330.
10. Kenneth L. Mattox, MD et al. Manejo del traumatismo de los grandes vasos del tórax. 4ta edición. El Dominio de la Cirugía. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2004: 2421-30

## EN MEMORIA DEL DR. VICENTE BARBATO INGENUO

VIVAS, JOSÉ FÉLIX\*



El 15 de marzo de 2006 falleció el doctor Vicente Barbato Ingenuo, a la corta edad de 50 años. Tuve el privilegio de conocer al Dr. Barbato desde el año 1985 cuando yo estaba realizando el internado y Vicente era residente en el servicio de Cirugía IV del Hospital Pérez Carreño, donde el Jefe de Servicio era el doctor Antonio Clemente. Ahí compartía Barbato instrucción con un excelente grupo de compañeros que me guiaron en mis primeros contactos con un servicio quirúrgico. Entre ese unido y solidario grupo, que son hasta el presente grandes amigos, recuerdo a Susy Malavé, Luis Saín, Francisco Pérez Loreto, Luis Alfaro actualmente el jefe del servicio, José García y José Miguel Ruiz, también fallecido prematuramente. Era un ambiente cálido y amistoso de trabajo y con ellos hice mis primeros intentos de intervenciones quirúrgicas, siempre bajo la tutela de Barbato y de sus compañeros. Desde ese momento pudimos notar la calidad humana de Vicente, su capacidad de trabajo y su excelente preparación como cirujano.

Después de especializarse se radicó en San Fernando de

Apure, donde prácticamente realizó toda su trayectoria como cirujano, dando un ejemplar paso al irse a una lejana provincia necesitada de buenos especialistas, en una conducta digna de seguir. Llega a San Fernando, lugar poco conocido por él, ya que no tenía lazos previos con Apure. Ahí realizó una fructífera labor como cirujano, trabajando en el Hospital Pablo Acosta Ortiz, institución donde llegó al máximo cargo de Jefe del Servicio de Cirugía, en la consulta privada en el Centro Médico del Sur y posteriormente en el Centro Médico Coromoto. Integrado plenamente en la sociedad apureña, uno de sus mayores logros por lo que más se le recuerda fuera del ámbito médico, fue el haber sido propietario con algunos socios del famoso equipo de básquetbol Los Centauros de Apure.

El doctor Barbato siempre se mantuvo actualizado en su especialidad. Asiduo asistente a todas las jornadas y congresos de la Sociedad Venezolana de Cirugía, así como en todos los eventos académicos relacionados con la cirugía general, eran estos ambientes propicios también para el re-encuentro con viejos compañeros y amigos, compartir experiencias y para recordar antiguas vivencias. Tuvo reconocida participación dentro de la Sociedad Venezolana de Cirugía, asistiendo a todas las actividades programadas y a través del Capítulo de Apure, donde tuvo siempre notable labor. También fue delegado al Consejo Nacional.

Así iban las cosas hasta que nos enteramos de su repentina y agresiva enfermedad, de su lucha para intentar vencerla y de su optimismo para salir de ese momento amargo de su vida. Pero ya el mal estaba bastante avanzado y pudo más el cáncer que las ansias de vivir de Vicente, y después nos llegó la fatal noticia en marzo de 2006. Una pérdida lamentable de alguien que en su corta vida supo ser un excelente profesional, una gran persona, buen amigo, esposo ejemplar y mejor padre. Le sobreviven su viuda Celia Mateos de Barbato y sus hijos Jennifer, Daniel Vicente y Verónica.

La Sociedad, como homenaje póstumo a su trayectoria como cirujano, organizó en conjunto con la Universidad Rómulo Gallegos la Jornada Regional de Cirugía Doctor Vicente Barbato, las cuales se llevaron a cabo los días 27 y 28 de abril de 2007 en San Fernando de Apure, cálida tierra que acogió a Vicente como un hijo y ahora lo llora.

\* Editor Revista Venezolana de Cirugía

## **SEMBLANZA DEL DOCTOR VICENTE BARBATO PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DOCTOR OLIVARES EN LA JORNADA REGIONAL DE CIRUGÍA DOCTOR VICENTE BARBATO, EL DÍA 27 DE ABRIL DE 2007, EN SAN FERNANDO DE APURE.**

OLIVARES, GONZALO\*

Buenas tardes.

Para mí hoy es difícil estar frente a ustedes para conversarles un poco de una persona como lo fue el doctor Vicente Barbato, sobre todo porque al hablarles a ustedes los que no tuvieron la oportunidad de conocerlo, espero que con esta semblanza que les leeré pueda transmitirles y aprender a conocer a esa persona que realmente fue y puedan saber apreciar lo que Vicente significó para muchos de los que estamos aquí con sus aciertos y sus errores, que como seres humanos todos tenemos.

La condición humana de una persona se valoriza por su capacidad de hacer sentir feliz a los demás y Vicente tenía esa capacidad.

Se me confunden los sentimientos de alegría, orgullo y tristeza por lo que Vicente significó, pero con una gran calidad humana, con ese tesón y empuje en todo lo que se proponía logrando ser una persona de éxito en su vida familiar y profesional. Es por eso que si en algún momento mi tono de voz cambia o hay una pausa durante el relato espero sepan entenderla. Dentro de mí conservo más de lo que me sale en las palabras.

De verdad es difícil. Con razón exclamaba el humanista Gregorio Marañón:

“Yo me pregunto señor, ¿es que hay alguna verdad por encima del amor?, y oí una voz interior que me dijo la amistad”

Y Vicente Barbato fue mi amigo

Quiero comenzar con un pensamiento que una vez leí en un discurso de mi profesor de posgrado, el doctor César Rodríguez, el cual decía: “Invitado o no invitado, ausente o presente él siempre estará aquí con nosotros y me refiero a Dios”. Por eso espero que Dios esté aquí y Vicente a su lado por lo que ojalá les satisfaga lo que les hablaré.

Un diciembre de 1986 llegaba a nuestra población San Fernando en compañía de su esposa Celia y de su hija Jennifer, la cual posteriormente sería uno de sus mayores triunfos al poder-

la tener como su ayudante quirúrgico hoy en día, siguiendo sus pasos como residente de postgrado en cirugía general. Luego llegaron los apureños Daniel y Verónica, orgullosos de su padre, digno ejemplo a seguir por ellos, formando una familia la cual logró mantener unidad, obteniendo el respeto y reconocimiento de nuestra sociedad; con valores morales para con los suyos.

A continuar con su nuevo rol de médico especialista en cirugía general en nuestro hospital general doctor Pablo Acosta Ortiz, el cual para esa época sólo contaba con tres especialistas en esa especialidad. Comienza a trabajar en nuestro hospital y empieza a demostrar sus grandes conocimientos, habilidades y destrezas quirúrgicas, por lo que rápidamente se hizo de un nombre dentro de sus colegas y de la población practicando intervenciones quirúrgicas de todo tipo dentro de su especialidad.

Ejerció todos los cargos dentro del servicio de cirugía hasta ser el jefe del mismo el cual ejerció hasta el momento que nos dejó, siempre presto a colaborar con los otros cirujanos en casos complicados y con los médicos residentes que manifestaban su inclinación por la cirugía. También luchó constantemente para tratar de resolver los problemas cotidianos de la vida hospitalaria para poder realizar las intervenciones quirúrgicas programadas.

Con la gran mayoría de los obstetras se relacionó muchísimo por su gran afinidad por la cirugía ginecológica, por lo que sería casi siempre el ayudante oficial de muchos de ellos en las intervenciones de esa área.

Conjuntamente con el Dr. Oswaldo de Armas Clavier, primer cirujano de postgrado en esta región inician los trámites para lograr incorporar nuestro estado a la Sociedad Venezolana de Cirugía lográndolo con éxito al crear el Capítulo del estado Apure. Como miembro del capítulo ocupó todos los cargos de la directiva siendo su último cargo como representante por el capítulo ante la sede. Constantemente incentivaba a los cirujanos recién llegados para lograr su incorporación e inscripción en la Sociedad y el Capítulo.

Siempre estuvo presente en todos los congresos de cirugía, teniendo participación activa como miembro de mesa en las pre-

---

\* *Cirujano General. MSVC*

sentaciones de trabajos libres científicos, coordinador de ponencias. Presentó múltiples trabajos y el último no lo pudo presentar pero fue relatado por la doctora Sheila Montoya, actual presidenta de nuestro Capítulo. Otro de sus grandes logros fue ser el pionero en nuestro medio de la cirugía por laparoscopia, actualmente tan usada en la práctica quirúrgica habitual hoy en día, formándose en Caracas y practicándola con mucha destreza y habilidad, llegando a tener un número importante de pacientes operados por esa técnica sin complicaciones. Fue también el promotor para la adquisición del laparoscopio para nuestro hospital por parte de Insalud para efectuarla también en el medio público.

Estuvo incorporado a la actividad gremial con el grupo conocido como la plancha gremialista 90 en compañía con los doctores Héctor Rincones, Luis Martínez, David Parra, José Gregorio Alonso, Ángel Rojas y mi persona entre otros, donde se les dio entrada a todas las corrientes del pensamiento político en nuestro estado para la época, ejerciendo los cargos de vocal, tesorero, secretario de la junta directiva, presidente de la comisión electoral regional, delegado a la asamblea de la Federación Médica Venezolana en varias oportunidades, cargos que ejerció dignamente por la defensa de los derechos de los médicos. Recuerdos gratos se nos vienen a la mente cuando salíamos de gira en campaña electoral por el estado tratando de lograr el apoyo de los médicos para las elecciones; pero a pesar de las derrotas siempre nos manteníamos en actividad y con una buena relación con nuestros adversarios.

También incursionó en el medio deportivo en nuestro estado a pesar de que, según él, su deporte preferido era la pesca subma-

rina, muy difícil de practicar aquí. Se enamoró del básquetbol y en el año 1992 con un grupo de empresarios de la localidad y del gobierno regional adquieren la divisa de la liga superior de baloncesto Los Centauros de Apure, equipo que realmente se convirtió en un sentimiento regional dando a conocer y promocionar nuestro estado y donde nos envolvió a en la fiebre de ese deporte y todos los fines de semana nos reuníamos en el Forum para disfrutar de los juegos y de alguna manera drenar el extenuante trabajo de toda la semana. Esa pasión la mantendría durante todos los trece años que estuvo la franquicia jugando.

Además laboró en importantes puestos de dirección regional como lo fue director médico de Fundapure, en donde organizó la atención médica especializada a los deportistas del estado durante la gestión del gobernador Marcelo Oquendo.

Fue coordinador del Servicio Quirúrgico Especial del hospital Pablo Acosta Ortiz, donde se prestaba la atención médica, quirúrgica y de maternidad a todo el personal empleado y obrero adscrito a la Gobernación del estado, demostrando su gran capacidad gerencial, con una muy buena relación con la dirigencia sindical y con los asegurados logrando una gran armonía y paz laboral, sin que los problemas relacionados con el servicio no tuvieran respuestas favorables con los afiliados y sus familiares.

Por último, lo que él consideraba su mayor logro y yo diría también su orgullo como empresario del sector salud, como la fue la fundación del Centro Clínico Coromoto, proyecto éste al que le dedicó gran pasión, siendo su inauguración en el año 2004 logrando un centro de salud privado con tecnología de punta sin tener nada que envidiarle a ningún centro de su tipo en el país.

## PANEGÍRICO DOCTOR FRANCISCO MONTBRUN

HERNÁNDEZ H., CARLOS A.\*



El 15 de mayo de 2007 falleció en Caracas a los 93 años, el insigne profesor doctor Francisco Montbrun, miembro fundador y ex presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Figura ampliamente reconocida en el ámbito académico nacional e internacional, formador de innumerables generaciones de médicos y de cirujanos del país.

A continuación les presentamos las palabras pronunciadas por el doctor Carlos Hernández en el acto del sepelio.

### **PALABRAS PRONUNCIADAS EL DÍA 16 DE MAYO DE 2007 POR EL ACADÉMICO DOCTOR CARLOS A. HERNÁNDEZ H., DURANTE EL ACTO DE INHUMACIÓN DE LOS RESTOS DEL DOCTOR FRANCISCO MONTBRUN RÍOS**

#### **Señores:**

Este momento es de mucha tristeza y significación para despedir al final de su vida al excelso profesor y amigo Dr. Francisco Montbrun, quién nació el 27 de Diciembre de 1913 en la parroquia de Santa Rosalía.

Se graduó en Julio de 1936 de Doctor en Ciencias Médicas, Suma Cum Laude, obteniendo la Medalla "Acosta Ortiz" por su tesis doctoral, desde ese momento establece un compromiso perenne con la docencia y la vida universitaria.

Su carrera docente fue muy productiva: Preparador de Histología, Jefe de Trabajos Prácticos en Anatomía, de esta manera empezó su vida de anatomista, donde el tiempo impasible fue el guardián de sus esfuerzos, acumulando más de 70 años de docencia entre el profesorado universitario, demostrando así el profundo amor por su Cátedra y sus alumnos.

La Facultad de Medicina ha recogido sus trabajos en esta disciplina en varios libros publicados, para así guardar sus conocimientos y la forma como él enseñaba esta materia. Fue designado Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Pero Montbrun, no sólo fue anatomista, sino también un cirujano eficaz, cuidadoso y hábil conocedor de la delicadeza con que se deben tratar los tejidos y realizador de maniobras quirúrgicas con precisión. En este campo fue residente por concurso del Hospital Vargas desde 1937 a 1944. En 1958 alcanza la jefatura de la Cátedra y del Servicio de Cirugía Nº 1 hasta 1966.

Fue miembro del Consejo de la Facultad de Medicina; miembro de la Comisión Redactora del Estatuto y del Reglamento de la Universidad Central de Venezuela.

Por su gran tenacidad y variadas actividades preservando la tradición médica entre pacientes, revistas, guardias y emergencias; nace la Escuela de Medicina José María Vargas, por su papel de líder de un grupo de profesores que no se trasladan al Hospital Universitario de Caracas, para así mantener la docencia en nuestro viejo hospital, y que el olvido se llevara la experiencia acumulada de hacer médicos.

Recordemos la imagen del docente que fue Francisco Montbrun, el de la bata marrón, de asistencia exacta, puntual, estricto, exigente con él mismo y sus colaboradores, fue un estímulo permanente para nosotros, para que mejoráramos nuestros currícula, con trabajos y tesis doctorales. Pero no todo fue Anatomía y Cirugía, sino que nos impartía valores fundamentales como médicos y ciudadanos y esperó de nosotros una vida ejemplar, recta y

\* *Individuo de Número Academia Nacional de Medicina  
Ex Presidente Sociedad Venezolana de Cirugía*

honesta de la que él mismo fue el más vivo ejemplo.

Fue Presidente y Fundador de la Sociedad Venezolana de Cirugía, miembro de múltiples Sociedades Nacionales e Internacionales.

Se incorporó como Individuo de Número Sillón XXXVIII el 22 de junio de 1995 a la Academia Nacional de Medicina.

En los últimos años, un nuevo interés ocupó sus motivaciones: la Salud Pública y fue designado a un alto cargo en el tren ejecutivo de ese momento.

Así fue la vida del caraqueño Francisco Montbrun Ríos, y hacer una síntesis de su vida ha sido para mí un honor, pues

me considero su amigo, discípulo y orgulloso de haber recibido sus enseñanzas.

Para finalizar, quiero expresarle a su esposa Dra. Lilia Cruz de Montbrun, a sus hijos: Gloria y Juan Francisco, a sus nietos, bisnietos, demás familiares y amigos, de parte de todos los integrantes de la Academia Nacional de Medicina, de las Cátedras de Anatomía Normal y Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B" de la Escuela de Medicina José María Vargas, del Servicio de Cirugía N° 1 del Hospital Vargas de Caracas, de la Sociedad Venezolana de Cirugía y en el mío propio nuestro pesar por tan irreparable pérdida y elevemos una oración al Todopoderoso por el eterno descanso de su alma.

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



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



**Hospital Universitario de Caracas  
Auditorio**

**Sábado 27 de octubre de 2007  
8:00 am**

**Actualización del tema  
PATOLOGÍA DEL PISO PÉLVICO**



Info **M.I.P.** boletín oficial.

## Manejo del Paciente

### Politraumatizado®. Curso Teórico Práctico

#### Por que M.I.P?

En un entorno cada vez con mayores restricciones para el ejercicio de la cirugía, son importantes todos los esfuerzos encaminados a mejorar la **calidad de atención** del paciente politraumatizado, pues beneficiar al paciente y protegen al profesional encargado de atenderlo. Es conveniente recordar que el médico de urgencias es **responsable** de la asistencia inicial del paciente que presente un trauma hasta el momento en el que se decide el traslado al ámbito de otra especialidad. En consecuencia, debe estar capacitado para enfrentar este tipo de situaciones. Por tal motivo nace la inquietud de realizar un **sistema de educación** cuyo objetivo sea orientar al personal de emergencias, médico y paramédico, en la atención inicial del paciente traumatizado de manera de

asegurar una **equitativa y óptima** atención para todas las víctimas del trauma mediante la **facilitación de pautas para la evaluación, estabilización y tratamiento** de éste tipo de pacientes. Además de una descripción sencilla de los principales procedimientos a llevarse a cabo en la sala de emergencia.

Dentro de los objetivos específicos del MIP se encuentran:

- 1.- "Identificar los conceptos y principios de la atención primaria y secundaria en el paciente traumatizado".
- 2.- "Establecer las prioridades en el manejo del paciente politraumatizado".
- 3.- "Optimizar y sistematizar la asistencia al paciente politraumatizado en el servicio de urgencias".

La atención del politraumatizado requiere de **decisiones rápidas**, bajo presión, ya que la pro-

babilidad de supervivencia puede disminuir abruptamente con cada minuto que pasa en la evolución del trauma. Además una de las consideraciones en el tratamiento del trauma es no causar daño adicional.

Todo intento de atención al politraumatizado posee una **estructura**, una **secuencia** y una rica variedad de **etapas intermedias**. Los pacientes son valorados y las prioridades de tratamiento se establecen en base a sus lesiones, la estabilidad de sus signos vitales y el mecanismo de lesión.

En el paciente politraumatizado grave, la secuencia lógica de prioridades de tratamiento deberá establecerse de acuerdo a la **valoración global del paciente**.



#### Directiva M.I.P

Pablo Ottolino.  
Director  
Luis Vivas.  
Coordinador  
Nerio Bracho.  
Secretario  
José Carmona.  
Efrén Bolívar.  
Juan Carlos Díaz.  
Iskander Marín.  
Aquilos Reyes.  
José L. Gonzales.  
Carlos Rodríguez.  
Instructores

#### Miembro Honorario

Fernando Rodríguez  
Montalvo

#### La Atención es Sistematizada.

El manejo del paciente debe consistir en una **rápida valoración inicial** ligada a la **reanimación de las funciones vitales**, una **valoración secundaria** más detallada, y finalmente, el inicio de **tratamiento definitivo**. Todo este proceso se conoce como el manejo inicial, es decir el ABC del traumatizado e identifica las situaciones que comprometen la vida del paciente.



Equipo fundador del M.I.P.  
Primer Simposio. Hospital  
"Dr. Domingo Luciani"

Junio 2006.  
de Izda. a Der.:  
Luis Vivas  
Efrén Bolívar  
José Carmona  
Juan Ríos  
Fernando Rodríguez  
Pablo Ottolino  
Luis Bolívar  
Nerio Bracho  
Juan Carlos Díaz



Asistencia al simposio. Junio 2006.

► **Página 2**

**Manejo del Paciente Politraumatizado®.**



Luego de más de 15 años de funcionamiento de la primera Unidad de Politraumatizados en el hospital Dr. Domingo Luciani en Caracas, Venezuela, se consolida la necesidad de realización de pautas y protocolos de atención básica estandarizados como un aporte de invaluable valor para el entrenamiento del personal de salud que atiende a este tipo de pacientes.

Este curso presenta un nuevo y **dinámico** concepto en la atención al paciente politraumatizado. Creado, conducido y supervisado por profesionales con la **mayor experiencia** en el tema, además, avalado por la Sociedad Venezolana de Cirugía y la Sociedad Venezolana de Trauma.

Como parte del **objetivo** del curso se entrenará a los participantes en destrezas críticas para al adecuada atención al politraumatizado.

**VISION:**

“Ser reconocido como líder en educación y asistencia en trauma”.

**MISION:**

Mejorar la capacitación de todas las personas que atenderán a las víctimas del trauma siguiendo pautas para una atención óptima y de alto nivel.

**“Invertir en conocimientos produce siempre los mejores intereses”**

**Benjamín Franklin**

**Luis Vivas** (Coordinador), en maniobras de intubación en simuladores. Curso Pto. Fijo.



**Luis Vivas y José Carmo- na** (instructor), en maniobras de retiro de casco. Curso Pto. Fijo.

**Primer Curso M.I.P.**

El pasado 14 de agosto se realizó en la ciudad de Punto Fijo, Estado Falcón, el primer **Curso Teórico-práctico de Manejo Integral del Politraumatizado M.I.P.** en el club Bahía de dicha ciudad.

El curso contó con la asistencia de más de 100 inscritos para el bloque teórico y 40 participantes en el bloque práctico. Dentro de los cuales se encontraban estudiantes de medicina, médicos generales, residentes asistenciales y de postgrado de cirugía además de especialistas.

Gracias al apoyo de la empresa privada (Laboratorios **Behrens**) y del Gobierno Nacional a través de **PDVSA**, se ha hecho posible la realización del curso **MIP**. Sin embargo es un largo camino que apenas comienza, rumbo a la consolidación del **“CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN TRAUMA”**.

**“Porque la teoría sin práctica es manca, y la práctica sin teoría es necia”** Anónimo



**Pablo Ottolino** (Director MIP) **Nerio Bracho** (Secretario MIP). Afiche del Primer curso.



**Estación de práctica con simuladores de pacientes.** Curso MIP Pto Fijo.

**Dr. Pablo R. Ottolino L.**

Cirujano General / Cirujano de Trauma.  
Coordinador de la U.P.T. del Hop. Dr. Domingo Luciani.  
Director de la Sección de Trauma de la S.V.C.  
0414 2931136  
ottolinopablo@yahoo.com  
manejointegral@yahoo.com

## NORMAS DE VANCOUVER RELATIVAS A LA UTILIZACIÓN DE ABREVIATURAS EN BIBLIOGRAFÍAS

A continuación presentamos las abreviaturas de algunas de las revistas más comunes consultadas en cirugía como referencias bibliográficas y tal como figuran en el Index Medicus, tanto de la National Library of Medicine, como en el Index Medicus Latinoamericano. Como se puede apreciar, se sigue una misma nomenclatura para las diversas abreviaturas de las palabras, lo que hace fácil la elaboración de los títulos.

Las abreviaturas van sin puntos y para la estructuración de una referen-

cia bibliográfica se debe seguir los lineamientos de las Normas de Vancouver, que se podrían resumir así:

autor (es); título del artículo; abreviatura internacional de la revista; año; volumen; página inicial y final del artículo.

Autores: Apellidos, e inicial del nombre. Los que coloquen dos apellidos, estos deben ir unidos por un guión. Si son más de seis los autores, se colocará después del sexto la abreviatura et al.

•Acta Biomédica	Acta Biomed	•Cirugía y Cirujanos	Cir Cir
•Acta Científica Venezolana	Acta Cient Venez	•Clínica Médica HCC	Clin Med HCC
•Acta Chirúrgica Scandinavica	Acta Chir Scand	•Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica	Clin Anest Nor Am
•Acta Cirúrgica Brasileira	Acta Cir Bras	•Clínicas Médicas de Norteamérica	Clin Med Nor Am
•Acta Gastroenterológica Latinoamericana	Acta Gastroenterol Latinoam	•Clínicas Pediátricas de Norteamérica	Clin Ped Nor Am
•Acta Odontológica Venezolana	Acta Odontol Venez	•Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica	Clin Quir Nor Am
•Advances in Cardiac Surgery	Adv Card Surg	•Critical Care	Crit Care
•Advances in Surgery	Adv Surg	•Current Problems in Surgery	Curr Probl Surg
•Ambulatory Surgery	Ambul Surg	•European Journal of Surgery	Eur J Surg
•American Heart Journal	Am Heart J	•Gaceta Médica de Caracas	Gac Med Caracas
•American Journal of Clinical Nutrition	Am J Clin Nutr	•Gut	Gut
•American Journal of Emergency Medicine, The	Am J Emerg Med	•Injury	Injury
•American Journal of Gastroenterology	Am J Gastroenterol	•International Surgery	Int Surg
•American Journal of Internal Medicine	Am J Intern Med	•Journal of Minimal Access Surgery	J Minimal Access Surg
•American Journal of Proctology	Am J Proctol	•Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopy	J Am Assoc Gynecol Laparosc
•American Journal of Surgery	Am J Surg	•Journal of the American College of Surgeons	J Am Coll Surg
•American Journal of Urology	Am J Urol	•Journal of the American Medical Association	JAMA
•American Surgeon	Am Surg	•Journal of Trauma, The	J Trauma
•Anales de Medicina Interna	An Med Interna	•Lancet, The	Lancet
•Anales Venezolanos de Nutrición	An Venez Nutr	•Mayo Clinic Proceeding	Mayo Clin Proc
•Anesthesiology	Anesthesiology	•Medicina Crítica Venezolana	Med Crit Venez
•Annals of Internal Medicine	Ann Intern Med	•Minerva Chirúrgica	Minerva Chir
•Annals of the Royal College of Surgeons of England	Ann R Coll Surg Engl	•New England Journal of Medicine	N Engl J Med
•Annals of Surgery	Ann Surg	•Postgraduate Medicine	Postgrad Med
•Annals of Surgical Oncology	Ann Surg Oncol	•Problems in General Surgery	Probl General Surg
•Annals of Thoracic Surgery	Ann Thorac Surg	•Revista Argentina de Cirugía	Rev Argent Cir
•Annals of Vascular Surgery	Ann Vasc Surg	•Revista Colombiana de Cirugía	Rev Colomb Cir
•Archivos del Hospital Vargas	Arch Hosp Vargas	•Revista Cubana de Cirugía	Rev Cub Cir
•Archives of Surgery	Arch Surg	•Revista de la Facultad de Medicina (UCV)	Rev Fac Med (Caracas)
•Archivio Italiano di Chirurgia	Arch Ital Chir	•Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología	Rev Soc Venez Microbiol
•Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía	Bol Soc Venez Cir	•Revista del Hospital Militar Carlos Arvelo	Salus Militiae
•Boletín del Hospital de Niños JM de los Ríos	Bol Hosp JM de los Ríos	•Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela	Rev Obstet Ginecol Venez
•Boletín del Hospital Universitario de Caracas	Bol Hosp Univ Caracas	•Revista Venezolana de Cirugía	Rev Venez Cir
•Bulletin of the American College of Surgeons	Bull Am Coll Surg	•Revista Venezolana de Cirugía	Rev Venez Cir Ortop
•Bulletin of the Royal College of Surgeons of England	Bull R Coll Surg Engl	•Ortopédica y Traumatología	Traumatol
•British Journal of Plastic Surgery	Br J Plast Surg	•Revista Venezolana de Oncología	Rev Venez Oncol
•British Journal of Surgery	Br J Surg	•Revista Venezolana de Urología	Rev Venez Urol
•British Medical Journal	Br Med J	•Surgery	Surgery
•Canadian Journal of Surgery	Can J Surg	•Surgery Gynecology and Obstetrics	Surg Gynecol Obstet
•Cancer	Cancer	•Surgery Today	Surg Today
•Cardiovascular Surgery	Cardiovasc Surg	•Surgical Endoscopy	Surg Endosc
•Centro Médico	Centro Med	•Surgical Clinics of North America	Surg Clin North Am
•Chest	Chest	•Vascular Surgery	Vasc Surg
•Chirurgia	Chirurg	•World Journal of Surgery	World J Surg
•Cirugía Española	Cir Esp		
•Cirugía del Uruguay	Cir Urug		