

VOLUMEN 68

NÚMERO 02

DICIEMBRE
2015

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



REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA

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

Ref: J-002245239



Hotel Pipo Internacional
Maracay, Edo. Aragua



LA CIRUGÍA EN VENEZUELA

LXXI **JORNADA**
NACIONAL DE CIRUGÍA

"Dr. Rafael José Alejos"

08 al 10
MARZO
2 0 1 7





JUNTA DIRECTIVA 2014-2016

Presidente

Dr. Jesús Tatá A

Vicepresidente

Dr. Alfonso Socorro

Secretario General

Dr. Yosú Viteri

Secretario de Finanzas

Dra. María Teresa Luna

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. José Félix Vivas

Secretario de Organización

Dr. Rodolfo Pérez Jiménez

COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

Editor

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

Coordinación

Dr. Luis Enrique Cerquone

Colaboradores

Dra. Omaira Rodríguez

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. José Carmona

Dr. Yonde Kaffruni

Editorial VI

ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Apendicitis aguda. Estudio comparativo entre puerto único,
laparoscopia convencional versus laparotomía
Tatiana Fandiño, Lubín Darío Morales, Carlos Núñez Zapata 40

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS

Reconstrucción inmediata con expansores anatómicos:
un abordaje factible para obtener buenos resultados
Víctor Acosta-Marín, Víctor Acosta-Freites, Germán Fuenmayor,
Alberto Contreras, Ricardo Ravelo, L Uzcátegui 49

CASO CLÍNICO

Lipoma retroperitoneal gigante (MDM2 negativo) en una paciente joven
José Rosciano, Marthelena Acosta, Liumariel Vegas, Alexis Sánchez,
Raquel Fernández, Michelle Merheb 55

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Hepatectomía derecha extendida con reconstrucción vascular y biliar como
tratamiento del hepatocarcinoma fibrolamelar con trombosis portal tumoral
e infiltración biliar. Reporte de un caso
Héctor Almau, Nina Colina, Greisy Suárez, Andrea Borges, Jhonatan Rodríguez,
Joel Rosales, Leonardo Díaz, Giuglio D'Apuzzo1 59

ESTUDIOS DE REVISIÓN

Optimizando la nutrición en cirugía electiva del tracto gastrointestinal
Jesús Velázquez-Gutiérrez 63

HISTORIA DE LA CIRUGÍA

Orden y trabajo
José Félix Vivas 67

Historia de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Pasado, presente y futuro.
Ismael J. Salas Marcano 71

Diciembre 2015

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 68 - Nº 2 - 2015

Editorial	VI
PROSPECTIVE STUDIES	
Acute appendicitis. Comparative study of single port, conventional laparoscopic versus laparotomy Tatiana Fandiño, Lubín Darío Morales, Carlos Núñez Zapata	40
RETROSPECTIVE STUDIES	
Immediate breast reconstruction with anatomical expanders: an approach feasible to obtain good results Víctor Acosta-Marín, Víctor Acosta-Freites, Germán Fuenmayor, Alberto Contreras, Ricardo Ravelo, L Uzcátegui	49
CLINICAL CASE	
Giant retroperitoneal lipoma (MDM2 negative) in a young patient José Rosciano, Marthelena Acosta, Liumariel Vegas, Alexis Sánchez, Raquel Fernández, Michelle Merheb	55
SURGICAL TECHNIQUE	
Right extended hepatectomy with vascular and biliary reconstruction for fibrolamellar hcc with portal vein thrombosis and biliary infiltration. Case report. Héctor Almau, Nina Colina, Greisy Suárez, Andrea Borges, Jhonatan Rodríguez, Joel Rosales, Leonardo Díaz, Giuglio D'Apuzzo1	59
REVIEW STUDIES	
Optimizando la nutrición en cirugía electiva del tracto gastrointestinal Jesús Velázquez-Gutiérrez	63
HISTORY OF SURGERY	
Order and labor José Félix Vivas	67
History of Sociedad Venezolana de Cirugía. Past, present and future Ismael J. Salas Marcano	71

BOARD OF DIRECTORS 2014 - 2016

Presidente

Dr. Jesús Tatá A

Vicepresidente

Dr. Alfonso Socorro

Secretario General

Dr. Yosú Viteri

Secretario de Finanzas

Dr. María Teresa Luna

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. José Félix Vivas

Secretario de Organización

Dr. Rodolfo Pérez Jiménez

EDITORIAL STAFF

Editor

Dr. Leopoldo Moreno Brandt

Coordinación

Dr. Luis Enrique Cerquone

Colaboradores

Dra. Omaira Rodríguez

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. José Carmona

Dr. Yonde Kaffruni

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

Diagramación y Montaje:

Clara M. Escobar • Venezuela • Telefono: (0426) 510.6795 / a.clarame@gmail.com

December 2015

JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULOS 2014-2016

1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

Presidente: Dr. Luis Mejías
 Secretario: Dr. José Francisco Gómez
 Secretario de Finanzas: Dr. Alberto Arcia
 1er. Vocal: Dr. Freddy Pereira
 Delegado al C.N.: Dr. Carmelo Romero

2. CAPÍTULO ARAGUA

Presidente: Dr. Ronald Rodríguez Sánchez
 Secretario: Dr. Uber Vera Díaz
 Secretaria de Finanzas: Dra. Madgla M. Puentes
 1er. Vocal: Dr. Winston R. Salcedo
 2do. Vocal: Dra. María Patricia Salazar
 Delegado al C.N.: Dr. Robnald Rodríguez

3. CAPÍTULO APURE

Presidente: Dr. Pedro Belisario
 Secretario: Dr. Oscar Barrios
 Secretario de Finanzas: Dr. Gonzalo Olivares
 Vocal: Dra. Sheyla Montoya
 Delegado al C.N.: Dr. Rafael Muñoz

4. CAPÍTULO BARINAS

Presidente: Dr. José León Tapia González
 Secretario: Dr. Humberto Pérez
 Secretario de Finanzas: Dr. Gustavo León
 Vocal: Dr. Francisco Gil
 Delegado al C.N.: Dr. Eleazar Ferrer Beberaggi

5. CAPÍTULO BOLÍVAR

Presidente: Dr. Jorge Rabat
 Secretario: Dr. Máximo Mariña
 Secretario de Finanzas: Dra. Nayid Dun
 1er. Vocal: Dra. Marucha Tjong
 Delegado al C.N.: Dr. Julián Martínez

6. CAPÍTULO CARABOBO

Presidente: Dr. Mario Navarro
 Secretario: Dr. William Lleras
 Secretario de Finanzas: Dr. Néstor Sánchez
 1er. Vocal: Dr. César Navarro
 2do. Vocal: Dr. Igor Bello
 Delegados al C.N.: Dr. Rafael Romero

7. CAPÍTULO FALCÓN

Presidente: Dra. Anniani Acosta
 Secretario: Dr. Marcos Romero
 Secretario de Finanzas: Dra. Eglis D. Navarro
 1er. Vocal: Dr. Roger García Curiel
 2do. Vocal: Dra. Denis Palencia
 Delegado al C.N.: Dr. Antonio Reyes

8. CAPÍTULO GUÁRICO

Presidente: Dr. Eduardo Elcock
 Secretario: Dr. Neptali Boyer
 Secretario de Finanzas: Dra. Belkis Romero
 1er. Vocal: Dr. Agustín Contreras
 2do. Vocal: Dr. Rachid Iskandar
 Delegado al D.N.: Dr. José Cedeño

9. CAPÍTULO LARA

Presidente: Dra. María Auxiliadora Castillo
 Secretario: Dr. Carlos Caballero
 Secretaria de Finanzas: Dra. Zoraida Porras
 1er. Vocal: Dr. Lino Hurtado
 Delegado al C.N.: Dr. Gustavo Quintero

10. CAPÍTULO MÉRIDA

Presidente: Dra. Mónica García
 Secretario: Dr. César Labastida
 Secretario de Finanzas: Dra. Jennifer Rodríguez
 1er. Vocal: Dr. José Luis Plata
 2do. Vocal: Dr. Freddy Villarreal
 Delegado al C.N.: Dr. Estrella Uzcátegui

11. CAPÍTULO MONAGAS

Presidente: Dr. José Lanz Lucez
 Secretario: Dr. Carlos Luis Cordero
 Secretario de Finanzas: Dr. Julio Gutiérrez
 1er. Vocal: Dr. Jesús Ascanio
 2do. Vocal: Dra. Marisol Battikha
 Delegada al C.N.: Dra. Carmen Irene Alves G.

12. CAPÍTULO NUEVA ESPARTA

Presidente: Dra. Ana Ochoa
 Secretaria: Dra. Zuly Nessi
 Secretario de Finanzas: Dra. Jenny Boadas
 1er. Vocal: Dr. Roberto Ede
 Delegado al C.N.: Dr. Carlos Sanint

13. CAPÍTULO SUCRE

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

14. CAPÍTULO TÁCHIRA

Presidente: Dr. Rodolfo Valera Morales
 Secretario: Dr. Antonio Sánchez Méndez
 Secretario de Finanzas: Dr. Carlos Ignacio Varela
 1er. Vocal: Dr. Wilson Delgado Pabón
 2do. Vocal: Dr. Eliécer Hernández
 Delegado del C.N.: Dra. Lina Lorena Durán

15. CAPÍTULO YARACUY

Presidente: Dr. Julio Córtez
 Secretario: Dr. Gerardo Estrada
 Delegado al C.N.: Dr. Manuel Navarro

16. CAPÍTULO ZULIA

Presidente: Dr. Adel Al Awad
 Secretaria: Dra. Hiliana Rincón
 Secretario de Finanzas: Dr. Luis Ramírez
 1er. Vocal: Dr. Marconis Ocampo Gotera
 2do. Vocal: Dra. Yadir Pulgar
 Delegados al C.N.: Dr. Atilio Araujo
 Dr. José Morales Manzur
 Dr. Wilfredo Salazar

SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2014-2016

1. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Director: Dr. Jorge Siverio
 Secretario: Dr. Marcos Espinoza
 Vocal: Dr. Leoncio Pérez M

2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Directora: Dra. Ingrid Melo
 Secretario: Dr. Federico Figueredo
 Vocal: Dr. Elvis Vargas

3. CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Directora: Dra. Loretta Di Giampietro
 Secretaria: Dr. Ángel Luque
 Vocal: Dr. Gustavo Gutiérrez

4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Director: Dr. Antonio Torres
 Secretario: Dr. Felice Ferri
 Vocal: Dr. Rafael Parraga

5. CIRUGÍA PLÁSTICA

Director: Dr. Alberto Pérez Morell
 Secretario: Dra. Ana Hollebecq
 Vocal: Dr. Edgard Martínez

6. CIRUGÍA DEL TRAUMA

Director: Dr. Gonzalo Assante
 Secretario: Dr. Atilio Araujo
 Vocal: Dr. Cherry González

7. CIRUGÍA BARIÁTRICA

Director: Dr. Francisco Obregón
 Secretario: Dr. Vittorio D' Andrea
 Vocal: Dr. José Carmona

8. COMITÉ HISTORIA DE LA MEDICINA

Coordinador: Dr. Leopoldo Moreno
 Secretario: Dr. José Félix Vivas

9. COMITÉ DE INFECCIONES

Coordinador: Dr. Javier Cebrián
 Secretaria: Dra. Silvia Piñango
 Vocal: Dr. Iskander Marín

10. COMITÉ DE ONCOLOGÍA

Coordinador: Dr. José Francisco Mata
 Secretario: Dr. Carlos Gadea Sánchez

11. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

Coordinador: Dr. Rommel Mota
 Secretario: Dr. Antonio Pausin

12. COMITÉ DE PARED ABDOMINAL

Coordinador: Dr. Andrés Hanssen
 Secretario: Dr. Wilfredo Salazar
 Vocal: Dr. Miguel Maita

13. COMITÉ DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA

Coordinador: Dr. Yonde Kafruni
 Secretario: Dr. Anel Polanco
 Vocal: Dr. José Francisco Gómez

14. COMITÉ DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

Coordinador: Dr. Alexis Sánchez I.
 Secretario: Dr. Gabriel Escalona
 Vocal: Dra. Omaira Rodríguez

15. COMITÉ DE PISO PÉLVICO

Coordinadora: Dra. Dhelma Pellín
 Secretario: Dr. Sergio Martínez
 Vocal: Dr. Pablo Emilio Sánchez

16. COMITÉ DE PIE DIABÉTICO

Coordinadora: Dra. Roxana Ziri-Castro
 Secretario: Dr. Leandro Soto
 Vocal: Dra. María Teresa Luna

17. COMISIÓN DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN

Coordinador: Dr. Jesús Tatá A.
 Secretario: Dr. José Félix Vivas
 Vocal: Dr. Luis E. Cerquone R.

18. COMISIÓN DE ÉTICA

Coordinador: Dr. Wilmar Briceño R.
 Secretario: Dr. Elio T. Álvarez G.
 Vocales: Dr. Juan José Taguaruco
 Dr. Oswaldo Guerra

19. COMISIÓN CIENTÍFICA

Coordinador: Dr. Carlos Hartmann O.
 Vocal: Dr. Jaime Díaz Bolaños

20. COMITÉ DE ERAS-ACERTO

Coordinador: Dr. Jesús Velázquez
 Secretario: Dr. Jesús Tatá
 Vocal: Dr. Luis Level

20. COMITÉ DE TRANSPLANTES

Coordinador: Dr. Hector Almau
 Secretaria: Dra. Patricia González

EX PRESIDENTES

Dr. Domingo Luciani	Dr. Aquiles Erminy	Dr. Jesús González Romero
Dr. Pedro Blanco Gásperi	Dr. Francisco Romero Lobo	Dr. Alberto Ferrer
Dr. Salvador Córdova	Dr. José María Cartaya	Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Miguel Pérez Carreño	Dr. Luis Bello Valera	Dr. Miguel Zepa Z.
Dr. Fermín Díaz	Dr. Carlos Hernández	Dr. Francisco Romero
Dr. Alfredo Borjas	Dr. Hector Jurado Roz	Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Carlos Travieso	Dr. Francisco Aguilera	Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dr. Fernando Rubén Coronil	Dr. José Antonio Gubaira	Dr. Nassim Tatá Saldivia
Dr. Ricardo Baquero González	Dr. Agustín Diez	Dr. Jorge Zito-Aché
Dr. José Leonardi	Dr. Darío Montiel V.	Dr. Elio Tulio Álvarez
Dr. Eduardo Carbonell	Dr. Ismael Salas M.	Dr. Eduardo Castillo
Dr. Francisco Montbrun	Dr. José David Díaz	Dr. Jesús Velázquez Gutiérrez
Dr. Hernán Quintero	Dr. Adolfo Koelzow Jiménez	

MIEMBROS EMÉRITOS

Dr. Oscar Rodríguez Grímán	Dr. Celestino Zamora
Dr. Alberto Benschimol	Dr. Marcos Piñango
Dr. Erick Eichelbaum	Dr. Santiago Mujica
Dr. José Ángel Puchi	
Dr. Otto Rodríguez Armas	
Dr. Carlos Ruiz Diez	
Dr. Antonio Ortega	
Dr. Antonio Guzmán	
Dr. Ramón Enrique Alborno	
Dr. Efraín Sequera	
Dr. Carlos Riveras	
Dr. José Antonio López Parra	

DELEGADOS AL C.N. POR LA SEDE

Dra. Shellyn Díaz	Dr. José Carmona
Dr. Rafael Badell	Dr. José Manuel Pestana
Dr. Pablo Ottolino	
Dr. Luis Cerquone	
Dra. Adalid González	
Dra. Omaira Rodríguez	
Dr. Juan José Taguaruco	
Dr. Mauro Carretta	
Dr. Álvaro Henriquez	
Dr. Raimundo Kafruni	
Dr. Elvis Vargas	
Dr. Luis Level	

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Francisco Aguilera García	Dr. Francisco Romero Ferrero	Dr. Rafael Alejos	Dr. Jesús García Colina	Dr. Freddy Arabia	Dr. Rodolfo Soto Sánchez
Dr. José Antonio Gubaira Bahjos	Dr. Pablo Briceño Pimentel	Dr. Alonso León Rocha	Dr. César Blanco Rengel	Dr. Oswaldo Guerra Sagarazu	Dr. Mario Molero
Dr. Darío Montiel Villasmil	Dr. Antonio Andrade Manzanero	Dr. Gerardo Hernández Muñoz	Dr. Guillermo Colmenares Arreaaz	Dr. Jesús Romero Guarecuco	Dr. Marco Sorgi
Dr. Ismael Salas Marcano	Dra. Luisa Teresa Silva	Dr. Fernando Rodríguez Montalvo	Dr. Pedro Sanabria González	Dr. Elio T. Álvarez	
Dr. José David Díaz	Dr. Miguel Saade	Dr. Julián Viso Rodríguez	Dr. Jaime Díaz Bolaños	Dr. Oscar Colina Cedeño	
Dr. Jesús González Romero	Dr. Rubén Jaén	Dr. Francisco Arcia Romero	Dr. Jesús Mendoza Romero	Dr. Ángel Mata Estaba	
Dr. Humberto Rivera Orozco	Dr. Antonio Clemente	Dr. Ladimiro Espinoza	Dr. Albino Rincón	Dr. Jorge Zito-Aché	
Dr. Miguel Zepa Zafrán	Dr. Robinson Gómez	Dr. José Alberto Padrón Amaré	Dr. Joel Gómez Maggio	Dr. Nassim Tatá Saldivia	

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

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

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

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

TEXTO. El texto generalmente deberá estar organizado en: una sección introductoria sin titulares que establezca los antecedentes y el propósito del reporte y enseguida titular las siguientes secciones así: "Materiales y Métodos" o "Pacientes y Métodos" si se trata de humanos, "Resultados" y "Discusión". No hay sección para conclusiones. Las palabras o frases que el autor desee enfatizar deben ir subrayadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

AVANZANDO EN LA CRISIS

Con el lema del próximo Congreso de la Sociedad Venezolana de Cirugía he titulado este editorial, para con esto expresar las tremendas dificultades que la Junta Directiva, en conjunto con los capítulos, secciones y comités, está sorteando para mantener los compromisos académicos y operacionales de nuestra corporación, y dejar constancia que a pesar de la crisis, gravísima crisis sin precedentes en esta nación, seguiremos honrando al máximo el compromiso adquirido al asumir nuestras funciones, pero para ello necesitamos de todo el apoyo que le puedan brindar a la Sociedad todos sus miembros.

En la organización de nuestro magno evento, como es el XXXIII Congreso Venezolano de Cirugía, hemos tenido que luchar constantemente contra la corriente en aguas bastante turbulentas. De las casas comerciales, inmersas también en la crisis, es poco y precario el apoyo que nos han dado. Los costos en la sede del evento suben constantemente y no se nos garantiza estabilidad en ese sentido. Invitados extranjeros a los que no podemos financiar y algunos de los cuales también han declinado la invitación dada la situación del país.

Los costos operativos para mantener la sede de nuestra Sociedad también han crecido en forma exponencial, lo que hace muy difícil cubrir todos los gastos que esto genera. Sin embargo, lo estamos haciendo, trabajando en extrema austeridad evitando todo gasto superfluo o innecesario para la situación en que vivimos. Es por todo lo expuesto que necesitamos de la colaboración que puedan prestar todos nuestros miembros. Hoy más que nunca es funda-

mental el pago puntual de la membresía, para lo cual hemos activado diversos sistemas para facilitarlos. Nos hemos visto, incluso, en la necesidad de solicitar a los conferencistas del congreso, miembros de la Sociedad, una pequeña colaboración voluntaria para poder lograr cubrir las crecientes expensas que está generando el evento.

Estimados amigos: unamos todos nuestros mayores esfuerzos para mantener, en el sitio que le corresponde, a la Sociedad Venezolana de Cirugía, máxima corporación y madre de todas las disciplinas quirúrgicas vernáculas. Desde la Junta Directiva exhortamos a nuestros miembros a participar en las actividades de la Sociedad, a actualizar sus datos y a ponerse al día en las cuotas de la membresía. Con la voluntad de todos nosotros podremos sacar adelante a la Sociedad. Es un compromiso adquirido que debemos honrar en honor a los grandes cirujanos que nos precedieron y que hicieron posible antaño llevar a la cúspide de la excelencia a la Sociedad Venezolana de Cirugía. Las generaciones de relevo nos lo reconocerán y agradecerán.

Los esperamos en el próximo XXXIII Congreso Venezolano de Cirugía y VII Internacional a realizarse los días 8 al 10 de junio de 2016 en la ciudad de Caracas.

José Félix Vivas

Secretario de Postgrados y Hospitales SVC

APENDICITIS AGUDA. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PUERTO ÚNICO, LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROTOMÍA

TATIANA FANDIÑO
LUBÍN DARÍO MORALES
CARLOS NÚÑEZ ZAPATA

ACUTE APPENDICITIS. COMPARATIVE STUDY OF SINGLE PORT, CONVENTIONAL LAPAROSCOPIC VERSUS LAPAROTOMY

RESUMEN

Objetivo: Comparar las tres técnicas de abordaje para la apendicectomía: puerto único (APU), laparoscopia convencional (ALC) y laparotomía (AL) en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. **Métodos:** se realizó AL por incisión de McBurney, ALC por tres puertos y APU. Para las cirugías por APU y ALC se utilizó pinza de LigaSure Atlas™ 37cms Hand de 10mm (Covidien®) para ligar el mesoapéndice, sutura crómico catgut® 0 o endoloop® para ligar la base de la apéndice, en abierta o laparoscópica, respectivamente. Para la APU se utilizó el SILS Port™ (Covidien®). Se realizó un estudio comparativo, prospectivo, monocéntrico, entre abril 2014 y octubre 2014, en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" y que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** Se realizaron 58 apendicectomías, 20 AL, 20 ALC y 18 APU. El tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria fueron menores en las ALC con promedio de 47 minutos y 33,6 horas, respectivamente. La incidencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias fueron mayores en las AL estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre la técnica quirúrgica y la infección del sitio operatorio ($p < 0,05$). La técnica quirúrgica influye en la manifestación de dolor en las primeras 08 horas de postoperatorio ($p < 0,05$). **Conclusión:** La decisión del abordaje quirúrgico será determinado por la experiencia del cirujano y la disponibilidad del instrumental quirúrgico, sin embargo, la evidencia actual sugiere que la ALC debe ser considerada como primera elección.

Palabras clave

Apendicectomía, laparotomía, laparoscopia convencional, puerto único, SILS.

ABSTRACT

Objective: To compare the three techniques approach appendectomy: single port (SPA), conventional laparoscopy (CLA) and laparotomy (LA) in patients with acute appendicitis. **Methods:** LA was performed by McBurney incision, CLA was performed with three ports and SPA. LigaSure clamp 10mm Hand Atlas™ 37cms (Covidien®) was used to cut the mesoappendix, chromic suture catgut® 0 or endoloop® to ensure the base of the appendix, in open or laparoscopic, respectively. The SILS™ Port (Covidien®) was used for the SPA. A comparative, prospective, single-center study was conducted between April 2014 and October 2014, in patients with a diagnosis of acute appendicitis in East General Hospital "Dr. Domingo Luciani" and who met the inclusion criteria. **Results:** 58 appendectomies, 20 LA, 20 CLA and 18 SPA were performed. The operative time and hospital stay were lower in the CLA average of 47 minutes and 33.6 hours, respectively. The incidence of intraoperative and postoperative complications were higher on the LA establishing a statistically significant relationship between surgical technique and surgical site infection ($p < 0.05$). The surgical technique influences the manifestation of pain in the first 08 hours postoperatively ($p < 0.05$). **Conclusion:** The decision of surgical approach will be determined by the surgeon's experience and availability of surgical instruments, however, current evidence suggests that CLA should be considered as first choice.

Key words

Appendectomy, laparotomy, conventional laparoscopy, single port, SILS.

La apendicitis es una patología quirúrgica de sencillo diagnóstico y tratamiento, sin embargo, no siempre fue así. Hace más de cinco siglos cuando se empezaban a realizar los primeros dibujos del apéndice cecal por los grandes anatomistas de antaño, la apendicitis ya constituía un importante y fatal problema de salud. La decisión de extirpar el apéndice como tratamiento definitivo de la apendicitis se consolidó 3 siglos después, cuando Charles McBurney en 1894 describió una nueva técnica para tratar la apendicitis aguda en Estados Unidos. Desde entonces, este método todavía es utilizado cuando es requerido un abordaje abierto¹.

El procedimiento de McBurney representó la técnica de elección para operar la apendicitis aguda hasta 1981, momento en que Semm realizó la primera apendicectomía por laparoscopia en Alemania².

El hallazgo de Semm revolucionó el mundo de la cirugía general, sobre todo, por tratarse de un ginecólogo, siendo difícil su aceptación, por considerarse un procedimiento poco seguro. El número de apendicectomías por laparoscopia fue incrementándose a medida que demostró ser un procedimiento confiable, con excelentes resultados cosméticos, menos dolor postoperatorio, y menor tiempo de hospitalización y recuperación³.

Actualmente, la apendicectomía por laparoscopia es el procedimiento de elección para el tratamiento de la apendicitis aguda, incluso en los casos complicados, sin embargo, para maximizar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, se continuaron realizando esfuerzos por reducir el número de puertos en la apendicectomía laparoscópica⁴.

En los últimos años han aumentado los reportes de procedimientos laparoscópicos por puerto único umbilical para realizar apendicectomías. Esta técnica supone un progreso de la laparoscopia convencional, sin embargo, al principio de la experiencia se presentaron varios problemas, uno de ellos fue la prolongación de la incisión en la aponeurosis umbilical hasta 20mm, lo que se traducía en aumento del dolor postoperatorio⁵, el cual se redujo utilizando un único trocar multicanal umbilical⁶.

Otro problema fue la interferencia entre el material quirúrgico, lo que prolongaba el tiempo operatorio hasta 15 minutos más que en la laparoscopia convencional, lo cual se minimizó al utilizar material quirúrgico flexible. Finalmente se demostró que al superar la curva de aprendizaje, el procedimiento pudo llevarse a cabo sin mayor problema, incluso con materiales rígidos. Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el puerto único y la laparoscopia convencional en cuanto al tiempo quirúrgico, el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria, el puerto único presenta algunas ventajas cuando se cuenta con el material adecuado, tales como: menor tasa de infección de la herida operatoria, mejor resultado estético y menor costo por utilizar un solo trocar⁶.

La apendicectomía es el procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado en cirugía general⁷. Inicialmente el abordaje dependía de factores inherentes al paciente, quedando la apendicectomía laparoscópica destinada a aquellos pacientes inmunocomprometidos, obesos y ancianos⁸. Sin embargo, al demostrar sus beneficios, la apendicectomía por laparoscopia pasó a ser el procedimiento de elección para la apendicitis, incluso en los casos complicados. Al comparar la apendicectomía por laparoscopia con la apendicectomía abierta, encontramos que la primera presenta ventajas como disminución del dolor, menor estancia hospitalaria y mejores resultados estéticos⁴, aunque algunas fuentes evidencian que el tiempo operatorio es mayor⁸.

La apendicectomía por puerto único ha significado un avance de la técnica por laparoscopia, pues además de tener las mismas ventajas de la laparoscopia convencional, ha traído beneficios extras⁶. Pocos estudios han comparado estas tres técnicas, y han demostrado que la apendicectomía abierta es una técnica efectiva que amerita poco tiempo quirúrgico, cualidades que comparte con la apendicectomía laparoscópica, excepto porque la primera presenta mayor dolor postoperatorio, mayor estancia hospitalaria y predisposición a infección de la herida operatoria. Por otra parte, la apendicectomía por puerto único tiene los mismos beneficios de la apendicectomía laparoscópica, asociándose además un mejor resultado estético, menor infección del sitio operatorio, menor injuria de la pared abdominal y menor costo^{7,9}, aunque mayor tiempo operatorio⁷. Con base en esto, la única desventaja de la apendicectomía laparoscópica convencional y por puerto único al compararlas con la apendicectomía abierta, es un tiempo quirúrgico prolongado, problema que parece resolverse al completar la curva de aprendizaje de los cirujanos⁶, llegando al punto de no existir diferencias en el tiempo operatorio entre las tres técnicas⁹.

El presente estudio pretende comparar las tres técnicas de abordaje para la apendicectomía actualmente aceptadas: por puerto único, laparoscopia convencional y laparotomía. Los resultados servirán para definir una nueva pauta en la escogencia de la técnica de primera elección para el abordaje de esta patología en nuestro medio.

En los últimos dos siglos ha sido el momento de la historia en donde más se ha avanzado en conocimiento de la apendicitis y la apendicectomía, sin embargo, ya Jacobo Berengario da Carpi en 1522 realizó la primera descripción de esta estructura. Gabriele Fallopio, en 1561, parece haber sido el primer escritor en comparar el apéndice con un gusano. En 1579 Caspar Bahuin propuso la ingeniosa teoría que el apéndice servía en la vida intrauterina como un receptáculo para las heces. Muchos de los anatomistas agregaron más o menos ideas insignificantes concernientes a la estructura del apéndice y entraron en controversia infructífera con respecto al nombre, función y posición de la apéndice vermiforme¹⁰.

La primera apendicectomía exitosa fue realizada en 1735 por Claudius Amyand en un niño de 11 años con hernia inguinoescrotal derecha que contenía la apéndice. Geillaume Dupuytren consideró que la inflamación aguda del lado derecho del abdomen se originaba de la enfermedad del ciego y no de la apéndice, por lo tanto, los cirujanos eran cautelosos en abrir el abdomen para examinar la cavidad en casos de dolor en el flanco y fosa ilíaca derecha, así que los estadios tempranos de la apendicitis permanecieron desconocidos. En 1880 Robert Lawson Tait hizo el primer diagnóstico de apendicitis y removió quirúrgicamente la apéndice. En 1889, este mismo personaje seccionó y drenó una apéndice inflamada sin removerla. En 1886 Reginald Heber Fitz profesor de anatomía patológica de Harvard, publicó un estudio titulado "Inflamación perforante de la apéndice vermicular" describiendo 257 casos postmortem y empleó por primera vez el término de apendicitis¹⁰.

Para el momento en que era rutinario operar la apendicitis, los cirujanos estaban de acuerdo en que la incisión en línea media no era la más adecuada, si bien era sencilla de realizar y fácil de reparar, quedando la herida más perfecta que las incisiones realizadas en otra parte de la pared, no era tan cómodo el trabajo operatorio, ya fuese por la relación de la apéndice con la pared abdominal, o por el manejo posterior de la herida en los casos donde el cierre de la pared abdominal estaba contraindicado. Planteándose este problema, Charles McBurney en 1894 propuso realizar la incisión en un punto entre el ombligo y la espina ilíaca derecha, paralelo y cerca del borde derecho del recto anterior del abdomen; y comenta que las ventajas de esta incisión es que la sección de los tejidos profundos son puramente tendinosas, que la hemorragia es leve y que la sutura de la herida cuando el cierre estaba permitido era muy fácil y satisfactoria. La única desventaja que describe es que la situación del apéndice a menudo está lejos de la derecha¹. En 1886, J.W. Elliot, propuso la técnica transversal en piel y apertura longitudinal de la fascia en el cuadrante inferior derecho. En 1897, William Henry Batle, sugirió la incisión pararectal derecha, que actualmente se conoce con el epónimo de los cirujanos que la promovieron: Batle, Jalaquer, Kammerer y Lennander. En 1905, Rockey y Davis, de manera independiente, modificaron la técnica de Elliot y difundieron esta incisión que hoy se conoce como incisión de Rockey-Davis¹¹.

La primera apendicectomía por laparoscopia fue realizada por Kurt Semm, ginecólogo alemán, en 1980. Cuando Semm publica su técnica en 1983, es recibida con escepticismo por los cirujanos generales, considerándola una técnica muy peligrosa. No es sino hasta 1985, cuando se realiza la primera colecistectomía por laparoscopia por el cirujano alemán Erich Muhe usando la técnica y los instrumentos de Semm, que se considera que comienza la verdadera "revolución laparoscópica"³.

Conforme transcurrieron los años, siempre se intentó maximizar los beneficios de la laparoscopia, realizando procedimien-

tos laparoscópicos con menos cantidad de puertos de trabajo, hasta que en 1996, Kala y col describieron una técnica modificada de apendicectomía transumbilical asistida por laparoscopia a través de un puerto único, la cual combinaba las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva con la seguridad del método clásico de ligar la base apendicular de forma extracorpórea¹². En el 2002, el equipo de la Universidad de Nápoles liderado por Rispoli, describe la realización de la apendicectomía transumbilical con un solo trócar, utilizando un endoscopio flexible y realizando la sección extracorpórea de las estructuras. Estos autores remarcan que en el caso de encontrar adherencias en la región de la fosa ilíaca derecha o importante inflamación apendicular es necesario la colocación de trócares accesorios e incluso una minilaparotomía en el punto de Mc Burney¹³.

Muchas publicaciones encontradas realizan una gran variedad de procedimientos umbilicales con exteriorización del apéndice, hasta que en el año 2009, Vidal y colaboradores en Barcelona, España, publican una serie de 52 casos de apendicectomía por SILS (single incision laparoendoscopic sugery), con disección y sección apendicular intracorpórea, afirmando que se trata de una técnica segura, sencilla y fácilmente reproducible, planteándose como el siguiente paso evolutivo de la cirugía mínimamente invasiva¹⁴.

Datos epidemiológicos han demostrado que aunque la apendicitis puede presentarse a cualquier edad, es más frecuente entre la segunda y tercera década de la vida. La relación entre sexos es similar y existe una leve diferencia a favor de los varones a medida que aumenta la edad. Se calcula que entre un 7% y un 12% de la población presenta apendicitis aguda. Los cuadros de apendicitis perforadas son más frecuentes en niños y ancianos¹⁵.

El apéndice cecal se encuentra normalmente ubicado en la fosa ilíaca derecha, y es una prolongación del ciego. Mide entre 6 y 10 cm. de largo y entre 3 y 5 mm de diámetro. Su implantación en el ciego es constante y se encuentra a 2 cm del orificio ileocecal, donde convergen las tres tenias del colon. Posee un meso independiente que contiene los vasos apendiculares. La arteria apendicular es una rama de la arteria cecal posterior, rama de la arteria ileocecoapendiculocólica, a su vez rama de la arteria mesentérica superior. Las venas drenan a la vena mesentérica superior. La inervación se deriva del plexo mesentérico superior (T10- L11)¹⁶. Si bien la implantación del apéndice en el ciego es constante, la localización del ciego y la posición del apéndice pueden variar. Las variantes posicionales del ciego son producto de una alteración en la rotación del ciego durante la etapa embrionaria. Kelly y Hourdon describen en 1905 las posiciones habituales del apéndice alrededor del ciego: retrocecal 65,2%, pélvica 31%, subcecal 2,2%, paraileal 1% y paracólica 0,4%¹⁷.

La teoría más aceptada sobre la patogénesis de la apendicitis aguda, es la que postula la obstrucción de la luz del apéndice como desencadenante. La obstrucción de la luz estaría causada

principalmente por una hiperplasia linfoidea en el 60% de los casos, un fecalito en el 35%, y por cuerpos extraños, parásitos y estenosis inflamatorias o tumorales en el 5%. La presencia de hiperplasia linfoidea es más frecuente en individuos jóvenes y los fecalitos en los adultos. Una vez obstruida la luz apendicular, se produce una acumulación de las secreciones normales de la mucosa del apéndice y un sobre crecimiento bacteriano, esto determina un aumento de la presión intraluminal, generando una distensión de la pared, que estimula los nervios del dolor visceral y el paciente comienza con dolor abdominal difuso (apendicitis congestiva). A medida que la presión intraluminal aumenta, se produce una elevación de la presión intersticial en la pared del apéndice hasta que esta sobrepasa primero la presión venosa y luego la arterial, generando congestión e isquemia (apendicitis flegmonosa). En este momento se producen úlceras a nivel de la mucosa e invasión de la pared por bacterias que liberan toxinas y aparece fiebre, taquicardia y leucocitosis. Cuando la infección alcanza la serosa y el peritoneo, el dolor se localiza en la fosa ilíaca derecha y comienzan los signos de irritación peritoneal. Si el proceso continúa su evolución se produce gangrena y perforación (apendicitis gangrenosa), con la formación de un absceso localizado, o si la perforación es libre en cavidad, peritonitis¹⁸.

Si bien se han reportado avances en el diagnóstico de la apendicitis aguda por medio de estudios complementarios de diagnóstico, ninguno ha demostrado superar a la evaluación clínica realizada por un cirujano con experiencia. Entre un 83% y un 97% de los cuadros de apendicitis aguda, son diagnosticados correctamente basados exclusivamente en la evaluación clínica y en la experiencia del cirujano. Por lo tanto, la historia y la cronología de los síntomas, junto con la evaluación del paciente, son los datos más importantes para el diagnóstico de esta enfermedad¹⁹.

El síntoma inicial y el más frecuente es el dolor abdominal, que se acompaña luego de náuseas y anorexia. Al principio, el dolor es de tipo visceral y de una intensidad moderada, de localización no muy bien definida, que es referida como epigástrica o periumbilical. La anorexia es otro de los síntomas que está presente en prácticamente la totalidad de los casos. Las náuseas aparecen habitualmente posteriores al comienzo del dolor. Si no hay anorexia o las náuseas comenzaron antes del dolor, el diagnóstico de apendicitis es improbable. El paciente presenta fiebre moderada, que aumenta entre un grado y un grado y medio. El aumento de la temperatura es mayor cuando el apéndice se perfora y presenta alguna complicación. La taquicardia guarda relación con la hipertermia. El sitio de mayor dolor depende de la localización del apéndice, pero en general se sitúa en el punto de McBurney, que se encuentra en la unión de los dos tercios proximales con el tercio distal de una línea que une el ombligo con la espina ilíaca antero superior derecha. La presencia de dolor a la descompresión en fosa ilíaca derecha es conocido como signo de Blumberg e

indica irritación peritoneal. Cuando la localización del apéndice es retrocecal, los signos abdominales son más leves, lo que puede dificultar el diagnóstico temprano. La defensa, localizada inicialmente en el cuadrante inferior derecho, va progresando a medida que el proceso avanza hacia la perforación y peritonitis. Un signo que puede estar presente cuando el apéndice se encuentra en la pelvis, es el signo del psoas. Para evaluarlo, con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se extiende el muslo derecho del paciente, y es considerado positivo cuando la maniobra despierta dolor. Otros signos que pueden estar presentes son el signo de Rovsing, que consiste en presencia de dolor en fosa ilíaca derecha al palpar la fosa ilíaca izquierda, y el signo del obturador, dolor en hipogastrio al rotar internamente el muslo derecho. El examen físico de estos pacientes debe incluir la maniobra de Yódice - Sanmartino, que consiste en realizar un tacto rectal con palpación abdominal. Esta maniobra permite una mejor localización del dolor en los casos de apendicitis con peritonitis, donde el diagnóstico de origen de la peritonitis es dudoso²⁰.

La mayoría de los pacientes con apendicitis aguda, tienen leucocitosis moderada, con desviación a la izquierda. El recuento es de entre 10.000 y 18.000 leucocitos por mm³. Existe un grupo de pacientes, especialmente entre los ancianos, que pueden presentarse con valores normales de glóbulos blancos. En estos últimos casos la desviación a la izquierda en la fórmula suele también estar presente. El recuento globular blanco tiene baja sensibilidad (78%) y especificidad (51%). Otro estudio que ha demostrado su utilidad es la cuantificación sérica de la proteína C-reactiva, aunque por su costo su uso es limitado²¹.

El tratamiento de elección de la apendicitis aguda es la apendicectomía, con lavado y drenaje de las colecciones que puedan presentarse. La apendicetomía puede realizarse hoy tanto por vía abierta como por vía laparoscópica¹⁹. En la apendicectomía por laparoscopia se realiza una pequeña incisión en la línea media dentro del ombligo y la aponeurosis, en donde se inserta un trocar de 10 mm para obtener neumoperitoneo a una presión intrabdominal de 10 a 12 mm Hg. Se utiliza una óptica de 30° para visualizar la cavidad abdominal. Se insertan dos trócares de 5 mm a nivel suprapúbico a ambos lados de la línea media del hipogastrio, tomando como guía la fuente de luz del laparoscopio para evitar los vasos de la pared abdominal. El paciente se posiciona en 20° Trendelenburg e inclinado en decúbito lateral izquierdo entre 15° y 20° para asegurar un fácil acceso a la apéndice. El mesoapéndice se disecciona con pinzas de hemostasia por energía ultrasónica o termocoagulación, la base del apéndice se liga usando dos endoloops y se corta con tijeras de laparoscopia. El apéndice se extrae a través del trocar de 10 mm con la ayuda de una bolsa (endocatch). En la apendicectomía por SILS, se realiza una incisión longitudinal de 2-2,5 cm a través del ombligo y la aponeurosis, y el peritoneo se abre bajo visión directa. El puerto del SILS se inserta con tres cánulas de 5mm a diferentes alturas

para evitar roce entre ellas mismas. El CO₂ es insuflado a través de un catéter de tres vías para adquirir el neumoperitoneo. La posición del paciente y la técnica quirúrgica se lleva a cabo con los mismos instrumentos y al igual que la apendicetomía laparoscópica convencional¹⁹.

Es así como nos propusimos en esta investigación el comparar las técnicas para el abordaje de la apendicetomía: puerto único, laparoscopia convencional y laparotomía en pacientes con apendicitis aguda que ingresen a la emergencia del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani", en cuanto al tiempo operatorio, dolor postoperatorio, complicaciones de los procedimientos, estancia hospitalaria y nivel de injuria de los tejidos.

Aspectos éticos

El uso no estandarizado de una u otra técnica de apendicetomía en nuestra actividad asistencial debe ir seguida de un plan de estudio comparativo, como respuesta a esta nueva necesidad de fijar el procedimiento operatorio que mejor se adapte a nuestra realidad, el cual debería ser cuidadosamente diseñado para no causar perjuicio alguno, en ningún caso, a los pacientes intervenidos con cualquiera de estas técnicas. Partiendo de la aceptación de esta premisa, se debe enfocar cada caso y cada indicación en particular, asegurando que se preservan los principios básicos de la ética médica (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía). Para ello, habrá que sopesar los riesgos probables conforme a la propia experiencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

MÉTODOS

Es un estudio comparativo, prospectivo, monocéntrico, realizado en pacientes con apendicitis aguda que ingresaron al emergencia del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" entre abril y noviembre del año 2014. La población fueron los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda que acudieron a la emergencia de Cirugía General del Hospital Domingo Luciani y la muestra fue intencional y no probabilística, estando conformada por 58 pacientes, distribuidos en tres grupos de acuerdo a la técnica de apendicetomía en: laparotomía = 20 pacientes, laparoscopia convencional = 20 pacientes y puerto único = 18 pacientes.

Se les explicó detalladamente el abordaje operatorio correspondiente a emplear en cada paciente, el cual fue seleccionado al azar. Los pacientes manifestaron por escrito el consentimiento informado.

Criterios de inclusión

- Edad comprendida entre 13 y 65 años.
- Diagnóstico clínico de apendicitis aguda.
- Sin cirugía abdominopélvica previa.
- Índice de masa corporal menor de 35kg/ m².

Criterios de exclusión

- Sospecha clínica de peritonitis apendicular.
- Índice de masa corporal mayor de 35Kg/m².
- Embarazadas.
- Comórbidos: diabetes mellitus, enfermedades renales, patologías inmunosupresoras.

Procedimientos

Se realizó apendicetomía abierta por incisión de McBurney, apendicetomía por laparoscopia convencional por tres puertos y apendicetomía por puerto único. Los procedimientos se realizaron al azar en los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para las cirugías por puerto único y laparoscopia convencional se utilizó la pinza de LigaSure Atlas™ 37cms Hand de 10mm (Covidien®) para ligar el meso apendicular, sutura crómico catgut® O o endoloop® para ligar la base de la apéndice, ya sea abierta o por laparoscopia, respectivamente, sutura vycril® O para cerrar la aponeurosis y sutura nylon 3-0 para cerrar la piel. Para las cirugías por puerto único se utilizó el SILS Port™ (Covidien®). En este proyecto participaron cirujanos generales adjuntos y residentes del curso de postgrado de Cirugía General del servicio de Cirugía 1 con el mismo nivel de experiencia y capacitación en cada una de las técnicas operatorias comparadas.

Se calculó el promedio y la desviación estándar de las variables continuas, en el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. La comparación de variables nominales entre los grupos se basó en la prueba chi-cuadrado de tendencia, y en el caso de las variables continuas, la comparación entre grupos, se basó en la prueba ANOVA no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se consideró un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con la aplicación JMP-SAS 11.0.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra los resultados relacionados a los pacientes para evaluar la homogeneidad en entre los grupos, esto con la finalidad de demostrar que éstos son estadísticamente similares, de manera que las diferencias finales no se deben a los cambios o influencias de estos atributos. La edad fue estadísticamente similar entre los grupos ($p = 0,110$), como también el tiempo de evolución ($p = 0,617$), la proporción de hombres y mujeres, tampoco fue diferente entre grupos ($p = 0,067$), y la fase de apendicitis no difirió entre éstos ($p = 0,686$).

En cuanto a los eventos adversos (Tabla 2), no hubo lesión de vasos ilíacos, sangrado postquirúrgico ni hematoma en los grupos evaluados; la aparición de sangrado se presentó en sólo 1 (5,6%) paciente del grupo SILS, sin diferencia estadística ($p = 0,323$); la aparición de lesión de asas se observó en 1 (5%) paciente del grupo abierto y en 1 (5,6%) del grupo SILS, estando

Tabla 1. Características de la muestra según técnica evaluada.

Variables	Abierta	Laparoscópica	SILS
n	20	20	18
Edad (años) (*)	21 ± 8	25 ± 12	28 ± 11
Tiempo de evolución (horas) (*)	38 ± 20	40 ± 18	44 ± 17
Sexo			
Masculino	16 80,0%	9 45,0%	12 66,7%
Femenino	4 20,0%	11 55,0%	6 33,3%
Fase de la apendicitis			
Catarral	0 0,0%	1 5,0%	2 11,1%
Flegmonosa	16 80,0%	15 75,0%	13 72,2%
Grangrenosa	1 5,0%	1 5,0%	2 11,1%
Perforada	3 15,0%	3 15,0%	1 5,6%

(*) media ± desviación estándar

Edad: p = 0,110 Tiempo de evolución: p = 0,617

Sexo: p = 0,067 Fase de la apendicitis: p = 0,686

Tabla 2. Características de la muestra de los eventos adversos según técnica quirúrgica.

Variables	Abierta (n = 20)		Laparoscópica (n = 20)		SILS (n = 18)		p
	n	%	n	%	n	%	
Sangrado	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0,323
Lesión asas	1	5,0	0	0,0	1	5,6	0,577
Lesión vasos ilíacos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	n/a
Sangrado postquirúrgico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	n/a
Dehiscencia de herida	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0,323
ISO	5	25,0	0	0,0	2	11,1	0,052
Colección intrabdominal	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0,380
Hematoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	n/a

Tabla 3. Características de la muestra en tiempo quirúrgico, tiempo de flatos, estancia hospitalaria y signo de flogosis según técnica.

Variables	Abierta	Laparoscópica	SILS
n	20	20	18
Tiempo quirúrgico (min) (*)	54 ± 24	47 ± 16	64 ± 40
Tiempo de flatos (horas) (*)	16 ± 11	20 ± 13	27 ± 16
Estancia hospitalaria (horas) (*)	37 ± 8	34 ± 4	36 ± 8
Signo de flogosis			
Si	1 5,0%	0 0,0%	1 5,6%
No	19 95,0%	20 100,0%	17 94,4%

(*) media ± desviación estándar

Tiempo quirúrgico: p = 0,168 Tiempo de flatos: p = 0,042

Estancia hospitalaria: p = 0,930 Signo de flogosis: p = 0,577

ausente en laparoscópica, sin diferencia estadística (p = 0,577); la dehiscencia de herida, presente en sólo 1 (5,56%) paciente en el grupo SILS, siendo esta diferencia no significativa al ser comparado con los eventos ausente en cirugía abierta y laparoscópica (p = 0,323); en el caso de ISO, 5 (25%) pacientes presentaron en el grupo abierta y 2 (11,1%) en el grupo SILS, y ninguno en laparoscópica, sin diferencia significativa en éstas proporciones (p = 0,052); por último la colección intrabdominal sólo se presentó en 1 (5%) paciente del grupo laparoscópico y estuvo ausente en

el grupo abierto y por SILS, sin diferencia estadística (p = 0,380).

Sobre los tiempos derivados de la observación (Tabla 3), el tiempo quirúrgico fue superior en el grupo SILS al ser comparado con lo reportado en el grupo abierta y laparoscópica, sin diferencias estadísticas (p = 0,168); el tiempo de flatos fue menor en el grupo abierto al ser comparado con el laparoscopia y SILS, con diferencia estadística significativa (p = 0,042). El tiempo de estancia hospitalaria fue más prolongando en pacientes sometidos a la técnica abierta en comparación al grupo de laparoscópica y por SILS, sin diferencias estadísticas (p = 0,930); la presencia de 1 (5%) casos de flogosis en el grupo abierta y 1 (5,6%) en el grupo SILS no fue estadísticamente respecto de la ausencia de éste en el grupo laparoscópica (p = 0,577).

El dolor fue evaluado a través de la escala visual análoga (Tabla 4) donde se evidenció que el dolor fue igual en las primeras 4 horas de postoperatorio independientemente de la técnica utilizada (p = 1,000); a las 8 horas el dolor fue mayor por la técnica de SILS en comparación con la abierta y la laparoscópica, con diferencia estadística significativa (p = 0,011); a las 12 horas el dolor fue igual en las técnicas laparoscópica y SILS, pero ligeramente superior que la abierta, sin diferencia estadística (p = 0,245); a las 24 horas el dolor disminuyó considerablemente en las tres técnicas, sobre todo en la laparoscópica, presentando diferencia estadística significativa (p = 0,001). Al comparar la intensidad del dolor a las 4 y 24 horas de postoperatorio en cada técnica por separado, se evidencia que en todas disminuye, sin embargo, la técnica laparoscópica es la única que sí presenta diferencia estadística significativa (p = 0,001).

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente en la mayoría de las emergencias hospitalarias, y su diagnóstico y tratamiento es relativamente sencillo, sin embargo, a pesar de que existen múltiples estudios prospectivos, randomizados y meta-análisis, no hay un consenso en cuanto a cuál es la mejor vía de abordaje^{22,23}. La apendicectomía abierta por más de un siglo fue considerada como un abordaje seguro y efectivo para el tratamiento de la apendicitis aguda, debido a su simplicidad y rapidez con baja mortalidad²⁴. La incorporación del abordaje laparoscópico trajo ventajas en relación a la laparotomía con respecto a la reducción del dolor postoperatorio, menos estancia hospitalaria, rápido

Tabla 4. Comparación de la mediana de EVA según técnica y seguimiento.

Técnica	4 horas	8 horas	12 horas	24 horas
Abierta	3 (3 - 3)	5 (3 - 7)	4 (3 - 7)	3 (1 - 5)
Laparoscópica	3 (3 - 3)	5 (3 - 9)	5 (2 - 6)	2 (2 - 2)
SILS	3 (3 - 3)	7 (5 - 9)	5 (4 - 8)	3 (2 - 3)

Comparación entre técnicas:

A las 4 horas: $p = 1,000$ A las 8 horas: $p = 0,011$

A las 12 horas: $p = 0,245$ A las 24 horas: $p = 0,001$

Comparación dentro de cada grupo (solo 4 horas vs 24 horas):

En Abierta: $p = 0,651$ En Laparoscópica: $p = 0,001$

En SILS: $p = 0,317$

Valores expresados como mediana (mínimo - máximo)

retorno a las actividades y mejor resultado estético, adicionalmente a la capacidad de realizar una exploración total de la cavidad abdominal^{25,26,27}. Ante las ventajas obtenidas con la experiencia laparoscópica, la tendencia de los cirujanos fue maximizar los beneficios con un abordaje menos invasivo a través de la implementación de la apendicectomía laparoscópica por puerto único¹⁴. Esta tendencia ha hecho que surjan diversos estudios comparando el abordaje laparoscópico con el abierto, y la laparoscopia convencional con el puerto único, sin embargo, a través de este trabajo se compararon estas 3 técnicas, con el objetivo de obtener resultados con respecto al beneficio de cada una de ellas y su relación con el contexto hospitalario.

La superioridad de una u otra técnica en casos de apendicitis complicada o perforada no se demostró en este trabajo, en vista de que la gran mayoría de las fases apendiculares de los casos operados fue flegmonosa; sin embargo, otros estudios retrospectivos como el de Tiwari y col en 2011 en donde revisaron un total de 40.337 casos operados de apendicitis aguda, y demostraron que el abordaje por laparoscopia convencional fue superior al abordaje abierto incluso en casos complicados, obteniendo una morbilidad del 17,43% por laparoscopia convencional vs 26,68% por abordaje abierto, además de menor tiempo de estancia hospitalaria y menor tasa de readmisión⁴.

El promedio del tiempo quirúrgico de las tres técnicas se encontró cerca de los 60 minutos, particularmente reducido por la técnica laparoscópica a un tiempo promedio de 47 minutos, y se vieron afectados por la presencia de complicaciones intraoperatorias. En relación al abordaje laparoscópico, especialmente al puerto único, es necesaria una curva de aprendizaje que permita reducir dichos tiempos, sin embargo, los resultados de este estudio son equiparables a estudios previos con tiempos quirúrgicos promedios por puerto único de 64,5 minutos, en donde los factores descritos que más influyen son la pérdida de la triangulación del instrumental y el mantenimiento de una tracción adecuada²⁸. En un meta-análisis que incluyó 7 estudios aleatorios, con un total de 1.108 apendicectomías incluyendo puerto único y abordaje laparoscópico convencional, se evidenciaron tiempos

operatorios significativamente más largos en el abordaje por puerto único²⁹.

La estancia hospitalaria global se vio reducida con el abordaje laparoscópico convencional; sin embargo, no presentó diferencia estadísticamente significativa con los otros abordajes. La menor estancia hospitalaria se refleja en reducción de los costos hospitalarios y en una temprana incorporación a las actividades diarias. En un análisis de 230 pacientes en Italia durante 4 años, comparando apendicectomía abierta con apendicectomía laparoscópica obtuvieron que no existe diferencia estadísticamente significativa en los costos³⁰, por otra parte, en 2011 se publicó una revisión de 1.792 apendicectomías, con tiempo de estancia hospitalaria significativamente mayor en apendicectomía abierta en comparación con apendicectomía laparoscópica convencional (3,33 vs 2,52 días). Los costos en apendicectomía no complicada fueron mayores en los casos abiertos ($p < 0,001$), sin embargo, cuando se trata de procedimientos con complicación, el abordaje no influye en los costos de forma significativa³¹.

La conversión en los pacientes intervenidos por procedimientos laparoscópicos sólo se evidenció en el puerto único, por otra, no fue necesaria la inserción de un trócar adicional por ninguna de estas técnicas. La tasa de conversión evaluada en 17 estudios que incluyeron 1.809 paciente operados por puerto único y laparoscopia convencional, fue evidentemente mayor por puerto único³². Estudios han manifestado que la inserción de un puerto adicional fue requerido en el 7,6% de los casos operados por puerto único²⁹.

La presencia de complicaciones intraoperatorias sólo se presentó por las técnicas de puerto único y apendicectomía abierta, dados por lesión de víscera hueca y sangrado no controlable por vía laparoscópica. Las complicaciones postoperatorias, presentaron relevancia estadística, siendo la infección del sitio operatorio la más frecuente en los casos operados por puerto único, esto debido probablemente a la mayor injuria que produce el puerto umbilical y a la imposibilidad de aislar el apéndice de la herida de piel durante la extracción de la pieza. En 2014 fue publicado un estudio retrospectivo de 16.263 pacientes comparando la infección del sitio operatorio entre la apendicectomía abierta y la apendicectomía laparoscópica, con menor incidencia de infección por el abordaje laparoscópico (1,9% vs 4,2%)³³. Otro estudio demostró que la presencia de infección del sitio operatorio es ligeramente mayor por laparoscopia convencional que por puerto único⁶.

Se observó sólo un caso de colección intrabdominal por laparoscopia convencional. Han sido reportadas tasas del 5,7 % de colección intrabdominal en pacientes intervenidos de apendicitis por laparoscopia convencional³⁴, y de la misma manera, mayor tasa de infecciones intrabdominales al compararla con apendicectomías abiertas³⁵.

Múltiples estudios han demostrado el beneficio del abordaje laparoscópico en la reducción del dolor postoperatorio en rela-

ción al abordaje abierto⁴, y aún más por puerto único⁵. Otros estudios demostraron que los pacientes intervenidos por laparoscopia convencional requieren mayor dosis total de analgésicos durante las primeras 24 horas de postoperatorio en comparación con el puerto único³⁶. Se evidenciaron discrepancias en los resultados obtenidos en este trabajo en cuanto a la presencia del dolor postoperatorio, con valores mayores de la EVA en las primeras 8 horas en la cirugía por SILS en comparación con la técnica abierta y laparoscópica, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,011$), de igual manera se demostró que la técnica laparoscópica es la que presenta mayor disminución del dolor en el tiempo, presentando diferencia estadísticamente significativa al comparar el dolor postoperatorio de las primeras 4 horas con el de las 24 horas ($p = 0,001$).

Está descrito que el nivel de injuria de los tejidos de la pared abdominal de una técnica u otra puede medirse objetivamente con una curva de niveles de reactantes de fase aguda (leucocitos, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular) pre y postoperatoria²¹, sin embargo, en este trabajo no exponemos los resultados de tal variable, en vista de que en nuestro medio la obtención de estos paraclínicos fue dificultoso por la constante falta de reactivos en el laboratorio del hospital para realizar la mayoría de estos reactantes de fase aguda y por la imposibilidad de los pacientes y sus familiares de costearlos de forma particular. Recomendamos tomar este parámetro en cuenta para investigaciones futuras.

La obesidad es una variable a considerarse a la hora de decidir el abordaje quirúrgico en los paciente con apendicitis, presentando menos complicaciones postoperatorias, menos tasa de mortalidad y menor estancia hospitalaria en aquellos pacientes obesos intervenidos por laparoscopia convencional³⁷, variable que pudiera considerarse en futuras investigaciones.

En conclusión, la decisión del abordaje quirúrgico será determinada por la experiencia del cirujano y la disponibilidad del instrumental quirúrgico, sin embargo, la evidencia actual sugiere que la cirugía laparoscópica convencional debe ser considerada como primera elección por los beneficios ya descritos. La tendencia al uso de técnicas menos invasivas como el puerto único, ofrece resultados comparables a la laparoscopia convencional, por lo que la complejidad de esta técnica deberá ser tomada en cuenta a la hora de decidir el procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. McBurney C. IV. The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating. *Ann Surg* 1894; 20: 38-43.
2. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15: 59-64.
3. Litinsky G. Kurt Semm and the fight against scepticism: endoscopic hemostasis, laparoscopic appendectomy and Semm's impact on the

"laparoscopic revolution". *J Soc Laparoendosc Surg* 1998; 2: 309-313.

4. Tiwari M, Reynoso J, Tsang A, Oleynikov D. Comparison of outcomes of laparoscopic and open appendectomy in management of uncomplicated and complicated appendicitis. *Ann Surg* 2011; 254: 927-932
5. Kim H, Yoo C, Lee S, Son B, Park Y, Shin J, et al. Pain after laparoscopic appendectomy: a comparison of transumbilical single-port and conventional laparoscopic surgery. *J Kor Surg Soc* 2012; 82: 172-178.
6. Kang J, Noe Bae B, Gwak G, Park I, Cho H, Yang K, et al. Comparative study of a single-incision laparoscopic and a conventional laparoscopic appendectomy for the treatment of acute appendicitis. *J Kor Soc Coloproctol* 2012; 28; 304-308.
7. Jiang X, Meng H, Zhou D, Ding W, Lu L. Comparison of clinical outcomes of open, laparoscopic and single port appendectomies. *Ann R Coll Surg Engl* 2013; 95: 468-472.
8. Ruffolo C, Fiorot A, Pagura G, Antoniutti M, Massani M, Caratozzolo E, et al. Acute appendicitis: What is the gold standard of treatment? *World J Gastroenterol* 2013; 21: 19-47
9. Ceci F, Orsini S, Tudisco A, Avallone M, Aiuti F, Di Girolamo V, et al. Single-incision laparoscopic appendectomy is comparable to conventional laparoscopic and laparotomic appendectomy: our single center single surgeon experience. *G Chir* 2013; 34: 216-219.
10. Meljnikov I, Radojicic B, Grebeldinger S, Radojicic N. History of surgical treatment of appendicitis. *Med Pregl* 2009; 62: 489-492.
11. Sackier J. Laparoscopia en apendicitis aguda. *Cir Laparosc Sem* 1996; 3: 61-68.
12. Kala Z, Hanke I, Neumann C. A modified technic in laparoscopy-assisted appendectomy-a transumbilical approach through a single port. *Rozhl Chir* 1996; 75: 15-18.
13. Rispolin G, Armellino M, Esposito C. One-trocar appendectomy. *Surg Endosc* 2002; 16: 833-835.
14. Vidal O, Valentini M, Ginesta C, Espert J, Martí J, Martíncez A, et al. Apendicectomía laparoscópica con una sola incisión umbilical (SILS): experiencia en una unidad de cirugía de urgencias. *Emergencias* 2010; 22: 361-364.
15. Korner H, Sondenaa K, Soreide J, Andersen E, Nysted A, Lende T, et al. Incidence of acute nonperforated and perforated apendicitis: age-specific and sex-specific analysis. *World J Surg* 1997; 21: 313-317.
16. Castagneto G. Patología quirúrgica del apéndice cecal. *SACD Cir Digest* 2009; 3: 304-308.
17. Dais D, Shaffer M. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 910-925.
18. Carr J. The pathology of acute appendicitis. *Ann Diagn Pathol* 2000; 4: 46-58.
19. Wilcox R, Traverso W. Have the evaluation and treatment of acute appendicitis changed with new technology? *Surg Clin N Am* 1997; 77: 1355-1369.
20. Hale D, Malloy M, Pearl R. Appendectomy: a contemporary appraisal. *Ann Surg* 1997; 58: 225 - 252.
21. Gronroos J, Gronroos P. Leucocyte count and C-reactive protein in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* 1999; 86: 501-504.
22. Ingraham AM, Cohen ME, Bilimoria KY, Pritts TA, Ko CY, Espósito TJ. Comparison of outcomes after laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis at 222 ACS NSQIP hospitals. *Surgery* 2010; 148: 625-635.
23. Kathouda N, Mason RJ, Towfigh S, Gevorgyan A, Essani R.

- Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized double-blind study. *Ann Surg* 2005; 242: 439-448.
24. Kazemier G, de Zeeuw GR, Lange JF, Hop WC, Bonjer HJ. Laparoscopic vs open appendectomy. A randomized clinical trial. *Surg Endosc* 1997; 11: 336-340.
 25. Kouhia ST, Heiskanen JT, Huttunen R, Ahtola HI, Kiviniemi VV, Hakala T. Long-term follow-up of a randomized clinical trial of open versus laparoscopic appendectomy. *Br J Surg* 2010; 97: 1395-1400.
 26. Mancini GJ, Mancini ML, Nelson HS Jr. Efficacy of laparoscopic appendectomy in appendicitis with peritonitis. *Am Surg* 2005; 71: 1-4.
 27. Moazzez A, Mason RJ, Katkhouda N. Laparoscopic appendectomy: new concepts. *World J Surg* 2011; 35: 1515-1518.
 28. Olijnyk JG, Pretto, GG, da Costa Filho OP, Machado FK, Chalub SRS, Cavazzola LT. Two-port laparoscopic appendectomy as transition to laparoendoscopic single site surgery. *J Min Acc Surg* 2014; 10: 23.
 29. Markar SR, Karthikesalingam A, Di Franco F, Harris AM. Systematic review and meta analysis of single incision versus conventional multiport appendectomy. *Br J Surg* 2013; 100: 1709-1718.
 30. Minutolo V, Licciardello A, Di Stefano B, Arena M, Arena G, Antonacci V. Outcomes and cost analysis of laparoscopic versus open appendectomy for treatment of acute appendicitis: 4-years experience in a district hospital. *BMC Surg* 2014; 14: 14.
 31. Cárdenas-Salomon CM, Cervantes-Castro J, Jean-Silver ER, Toledo-Valdivinos SA, Murillo-Zolezzi A, Posada-Torres JA. Costos de hospitalización por apendicetomía abierta comparados con los de laparoscópica. Experiencia de cinco años. *Cir Cir* 2011; 79: 534-539.
 32. Ding J, Xia Y, Zhang ZM, Liao GQ, Pan Y, Liu S, Yan Z. Single-incision versus conventional three-incision laparoscopic appendectomy for appendicitis: a systematic review and meta-analysis. *J Ped Surg* 2013; 48: 1088-1098.
 33. Xiao Y, Shi G, Zhang J, Cao JG, Liu LJ, Chen TH, Yang T. Surgical site infection after laparoscopic and open appendectomy: a multicenter large consecutive cohort study. *Surg Endosc* 2014; 1-10.
 34. Yau KK, Siu WT, Tang CN, Yang GPC, Li MKW. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 60-65.
 35. Hemmila MR, Birkmeyer NJ, Arbabi S, Osborne NH, Wahl WL, Dimick JB. Introduction to propensity scores: a case study on the comparative effectiveness of laparoscopic vs open appendectomy. *Arch Surg* 2010; 145: 939-945.
 36. Kim HO, Yoo CH, Lee SR, Son BH, Park YL, Shin JH, Han WK. Pain after laparoscopic appendectomy: a comparison of transumbilical single-port and conventional laparoscopic surgery. *J Kor Surg Soc* 2010; 82: 172-178.
 37. Masoomi H, Nguyen NT, Dolich MO, Wikholm L, Naderi N, Mills S, Stamos MJ. Comparison of laparoscopic versus open appendectomy for acute nonperforated and perforated appendicitis in the obese population. *Am J Surg* 2011; 202: 733-739.

RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON EXPANSORES ANATÓMICOS: UN ABORDAJE FACTIBLE PARA OBTENER BUENOS RESULTADOS

VÍCTOR ACOSTA-MARÍN
VÍCTOR ACOSTA-FREITES
GERMÁN FUENMAYOR
ALBERTO CONTRERAS
RICARDO RAVELO
L UZCÁTEGUI

RESUMEN

Hay evidencia sobre los beneficios de la reconstrucción inmediata posterior a una mastectomía. **Objetivo:** Evaluar nuestra experiencia con expansores anatómicos en la reconstrucción mamaria inmediata. **Métodos:** Este estudio incluyó 60 pacientes consecutivos de la base de datos de CECLINES en Caracas-Venezuela (2009-2013), en los cuales se realizó una reconstrucción inmediata con expansor anatómico (RIEA). Información antropométrica y quirúrgica fue prospectivamente recolectada. La evaluación cosmética consistió en una escala de cinco puntos, registrada durante el seguimiento. La escala numérica análoga (ENA) asentó la sensación de dolor durante la expansión en una escala de diez puntos. Las indicaciones para una RIEA fueron: La necesidad de radioterapia (Rt), la necesidad de un implante >300cc para una reconstrucción de 1 etapa y en caso de un músculo pectoral mayor delgado que no permita la confección de una cobertura muscular total para un implante. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue 48.5 años (DE 10.5). El seguimiento promedio fue de 23.5 meses (11-60). El tamaño promedio del tumor fue 40mm (DE 22). En 33.3% (20/60) de los pacientes se realizó una mastectomía con conservación del complejo areola-pezones, con una necrosis del CAP del 5% (1/20). El promedio del índice de masa corporal (IMC) fue de 26.3 Kg/m² (DE 4.5). El 90% de las puntuaciones cosméticas fueron 4-5 (bien-excelente), con una tasa de participación del 73% (44/60). En la puntuación recolectada por la ENA el 39% de los pacientes no presentó dolor y un 10% presentó dolor de fuerte intensidad o intolerable. La tasa global de complicación fue del 20% (12/60). Las complicaciones más frecuentes fueron: Contractura capsular 5%, infección 6.6% y hematoma 3.3%. Un

IMC >30 Kg/m² estuvo relacionado con mayor probabilidad para complicaciones (OR = 4.6; CI 95%: 1.2 - 18.1, p=0.021). La Rt no fue una variable que atribuyera más riesgo para complicaciones (OR = 1.4; CI 95%: 0.4 - 4.9, p = 0.826). La tasa de extrusión de expansores fue del 10%. La colocación de un expansor >500 cc fue un factor de riesgo para extrusión sin significancia estadística (RR=6.0, IC95% 0.74-48.59, p=0.0932; OR=6.8, IC 95% 0.74-61.88, p=0.088). La tasa de extrusión de implante en la segunda etapa de la reconstrucción fue 3.7%. **Conclusión:** La RIEA es un excelente abordaje en pacientes seleccionados, alcanzando una baja cifra de complicaciones, con baja tasa de extrusión y proporcionando un buen resultado estético. Los pacientes obesos deben ser advertidos sobre la elevada probabilidad de complicaciones dada su condición.

Palabras clave

Oncoplastia, cirugía mama, expansores anatómicos

IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION WITH ANATOMICAL EXPANDERS: AN APPROACH FEASIBLE TO OBTAIN GOOD RESULTS

ABSTRACT

There is evidence on the benefits of immediate breast reconstruction following a mastectomy. **Objective:** The aim of this study is to evaluate our experience with anatomical expanders in immediate breast reconstruction. **Methods:** This study included 60 consecutive patients from CECLINES' database in Caracas, Venezuela (2009-2013), in which an immediate breast reconstruction with anatomical expander (IBRAE) was performed. Anthropometric and surgical data was prospectively collected. Cosmetic evaluation consisted of a five-point scale, recorded during follow-up. Analog numerical scale (ENA) established the sensation of pain during expansion in a ten-point scale. The ins-

*Departamento de Cirugía de la Mama,
Centro Clínico de Estereotaxia - CECLINES, Caracas-Venezuela*

**Correspondencia. Av. Libertador, Urb. La Florida, Edif. Siclar,
PB, CECLINES, Dpto. Capital. Caracas -Venezuela, 1050.
email: vacostamarin@ceclines.com*

tructions for IBRAE were: The need for radiotherapy (RT), the need for an implant > 300cc for a reconstruction of one stage and if a thin major pectoral muscle that does not allow making full muscle coverage for an implant-based reconstruction. Results: The mean age of patients was 48.5 years (SD 10.5). The average follow-up was 23.5 months (11-60). The average tumor size was 40 mm (SD 22). In 33.3% (20/60) of patients a nipple-sparing mastectomy was performed with a nipple-areola complex necrosis of 5% (1/20). The average body mass index (BMI) was 26.3 kg / m² (SD 4.5). The 90% of cosmetic scores were 4-5 (good-excellent), with a participation rate of 73% (44/60). In the rating collected by the ENA 39% of the patients had no pain and 10% had high-intensity pain or intolerable. The overall complication rate was 20% (12/60). The most frequent complications were: capsular contracture to 5%, infection 6.6% and 3.3% hematoma. A BMI > 30 kg / m² was associated with greater likelihood for complications (OR = 4.6; 95% CI: 1.2 - 18.1, p = 0.021). The Rt was not a variable that attributed risk for complications (OR = 1.4; 95% CI: 0.4 - 4.9, p = 0.826). The extrusion rate was 10% for expanders. The placement of an expander > 500cc was a risk factor for extrusion without statistical significance (RR = 6.0, 95% CI 0.74-48.59, p = 0.0932, OR = 6.8, 95% CI 0.74-61.88, p = 0.088). The extrusion rate of implant in the second stage of reconstruction was 3.7%. **Conclusion:** IBRAE is an excellent approach in selected patients, reaching a low rate of complications, low extrusion rate and providing a good cosmetic outcome. Obese patients should be warned about the high likelihood of complications due to their condition.

Key words

Oncoplasty, breast surgery, anatomical expanders

Hay evidencia sobre los beneficios de la reconstrucción inmediata posterior a una mastectomía¹. Son varias las modalidades u opciones que hay publicadas para la reconstrucción mamaria². La administración de radioterapia ha sido siempre un factor a tomar en cuenta para la decisión a tomar en torno a las opciones disponibles en reconstrucción mamaria³. La utilización de dispositivos anatómicos (expansores e implantes) ofrecen una forma más natural a la mama reconstruida. Hasta la fecha no hay reportes publicados en Venezuela sobre reconstrucción mamaria con expansores anatómicos.

El objetivo de este estudio es evaluar nuestra experiencia con expansores anatómicos en la reconstrucción mamaria inmediata.

MÉTODOS

Este estudio incluyó 60 pacientes consecutivos de la base de datos de CECLINES en Caracas-Venezuela (2009-2013), en los cuales se realizó una reconstrucción inmediata con expansor anatómico (RIEA). Información antropométrica y quirúrgica fue prospectivamente recolectada.

La evaluación cosmética consistió en una escala de cinco puntos, publicada en series oncológicas anteriores y que consiste en: 1=mal, 2=pobre, 3=regular, 4=bien y 5=excelente⁴⁻⁷. La apreciación estética fue registrada durante el seguimiento por el cirujano, a través de llamadas telefónicas y un panel de 3 observadores revisaron fotografías en posición frontal, a +45° y a -45°. Consideramos una puntuación de 4 y 5 como medida de satisfacción. La escala numérica análoga (ENA) asentó la sensación de dolor durante la expansión en una escala de diez puntos, que se extiende desde 1=no dolor hasta 10=dolor intolerable. Realizamos la colocación del expansor mediante cobertura muscular total, utilizando los músculos de la economía local: pectoral mayor, pectoral menor, serrato, parte del oblicuo mayor y recto abdominal (Figuras 1A, B, C y D). El segundo tiempo de reconstrucción (cambio del expansor por implante mamario definitivo) se realizó dependiendo de la administración de radioterapia (Rt) adyuvante: 4 meses posteriores a la mastectomía (No radioterapia) o 4-6 meses posteriores a la radioterapia (dependiendo de las condiciones de la piel). (Figuras 2 y 3)

Las indicaciones para una RIEA fueron:

- La necesidad de Rt (el expansor se vacía previo a la simulación para administración de radioterapia y se inicia la re-expansión 1 semana posterior a culminar la radioterapia), (Figura 4).
- La necesidad de un implante >300 cc para una reconstrucción de 1 etapa

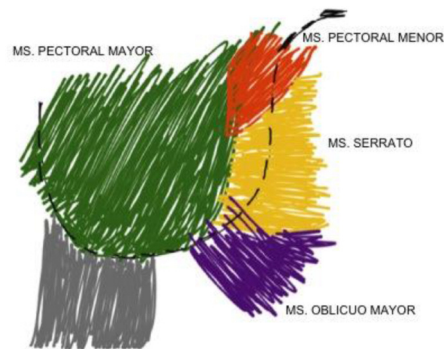


Figura 1A. Dibujo de los músculos utilizados en la confección del bolsillo para la cobertura muscular total

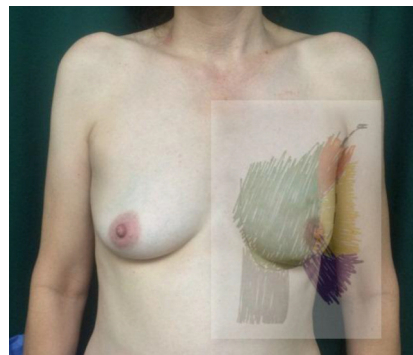


Figura 1B. Dibujo de los músculos utilizados en la confección del bolsillo para la cobertura muscular total



Figuras 1 C y 1 D. Pre y post operatorio



Figura 2. Pre operatorio, 1er tiempo de reconstrucción mamaria con expansor anatómico, 2do tiempo de reconstrucción mamaria: Cambio de expansor temporal anatómico por implante mamario anatómico definitivo + Simetrización con implante mamario redondo retropectoral

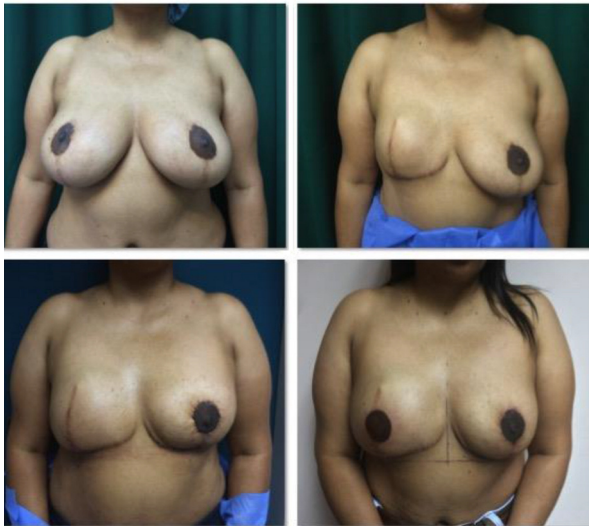


Figura 3. Pre operatorio, 1er tiempo de reconstrucción mamaria con expansor anatómico, 2do tiempo de reconstrucción mamaria: cambio de expansor temporal anatómico por implante mamario anatómico definitivo + simetrización con pexia y colocación de implante mamario redondo retropectoral, tatuaje complejo areola pezón

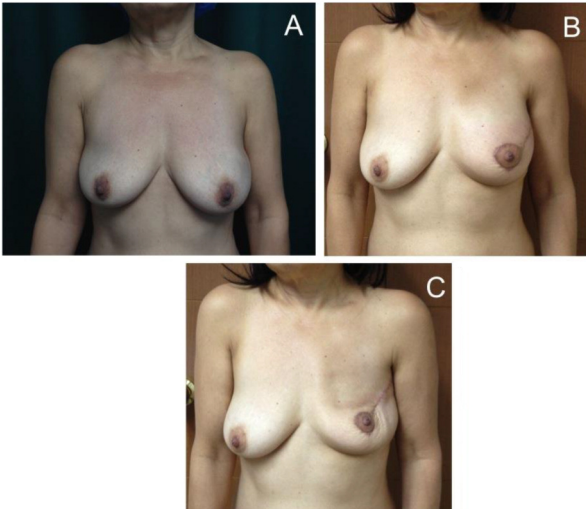


Figura 4. Pre operatorio, 1er tiempo de reconstrucción mamaria con expansor anatómico donde se observa el vaciado del expansor justo antes de la simulación para la planificación de radioterapia externa.

- En el caso de un músculo pectoral mayor delgado que no permita la confección de una cobertura muscular total para un implante.

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue 48.5 años (DE 10.5). El seguimiento promedio fue de 23.5 meses (11-60). El tamaño

promedio del tumor fue 40 mm (DE 22). En 33.3% (20/60) de los pacientes se realizó una mastectomía con conservación del complejo areola-pezón, con una necrosis del CAP del 5%(1/20). El promedio del índice de masa corporal (IMC) fue de 26.3 Kg/m² (DE 4.5). El 90% de las puntuaciones cosméticas fueron 4-5 (bien-excelente), con una tasa de participación del 73 % (44/60). En la puntuación recolectada por la ENA el 39% de las pacientes no presentó dolor y un 10 % presentó dolor de fuerte intensidad o intolerable. La tasa global de complicación fue del 20% (12/60). Las complicaciones más frecuentes fueron: contractura capsular 5%, infección 6.6 % y hematoma 3.3 %. Un IMC >30 Kg/m² estuvo relacionado con mayor probabilidad para complicaciones (OR = 4.6; CI 95%: 1.2 - 18.1, p=0.021). La Rt no fue una variable que atribuyera más riesgo para complicaciones (OR = 1.4; CI 95%: 0.4 - 4.9, p = 0.826). La tasa de extrusión de los expansores fue del 10 %. La colocación de un expansor > 500cc fue un factor de riesgo para extrusión sin significancia estadística (RR=6.0, IC95% 0.74-48.59, p=0.0932; OR=6.8, IC 95% 0.74-61.88, p=0.088). La tasa de extrusión de implante en la segunda etapa de la reconstrucción fue 3.7 %.

Análisis estadístico

Se hizo un análisis descriptivo de todas las variables, las cuales se presentaron a través de tablas y gráficas. Luego en el caso de las variables cualitativas se resumieron a través de su frecuencia y porcentaje de sus categorías; en cambio, a las variables cuantitativas se les calculó el valor máximo y mínimo, promedio, desviación y moda.

Para el análisis de la extrusión del expansor se dividió la muestra en dos grupos según los resultados. Para determinar si las variables evaluadas podrían representar un factor de riesgo, primero se compararon los datos arrojados por ambos grupos a través de la prueba de Fisher y la prueba de Chi-cuadrado, estableciendo como diferencia significativa un p_valor<0.05. En el caso de las variables cuantitativas, se representaron los dos grupos a través de un gráfico de caja para observar las diferencias entre ellos y establecer un punto de corte para poder categorizarlas. Posteriormente, se calculó el odds ratio, con un intervalo de confianza 95%, para determinar cuáles de las variables evaluadas podrían significar un factor de riesgo en la colocación del expansor.

DISCUSIÓN

En la actualidad más pacientes optan por reconstrucción mamaria post mastectomía. Esto ha demostrado en distintas series elevados índices de satisfacción⁸⁻¹⁰. Las razones que involucran este incremento en el número de reconstrucciones van desde el aumento en las cifras de cáncer de mama en pacientes jóvenes, una mayor pesquisa para mutaciones que predisponen para cáncer de mama y por ende identificación de pacientes de alto riesgo,

mejores resultados estéticos en los procedimientos reconstructivos y mayor longevidad de la mujer a nivel mundial. La modalidad de la reconstrucción mamaria ha migrado de manera importante hacia la utilización de material protésico en los Estados Unidos y Europa^{11,12}. Una manera de abordar a las pacientes mediante la utilización de material protésico es en 2 etapas: 1ra etapa - mastectomía y colocación de un expansor, 2da etapa - El cambio del expansor por un implante definitivo. Hasta donde sabemos, no hay reportes nacionales publicados sobre reconstrucción mamaria con expansores anatómicos y la que presentamos en nuestro trabajo es la mayor serie de reconstrucción mamaria con expansores tisulares publicada en Venezuela.

Recientemente Morrow y col reportaron que tan solo el 13.3 % de las pacientes reconstruidas en una serie de 481 pacientes que ameritaron reconstrucción mamaria, se manifestaron insatisfetchas con el tipo de procedimiento reconstructivo⁸. Eso se corresponde con nuestros resultados donde con una tasa de participación del 73 % de las pacientes, el 90% de las puntuaciones cosméticas fueron 4-5 (bien-excelente).

La presencia de algesia en la reconstrucción mamaria con expansores ha sido un tema abordado por algunos especialistas en la materia^{13,14}. Strazisar y col publicaron recientemente la utilización de infusión en la herida de anestésicos locales con excelentes cifras en la reducción del dolor post operatorio y crónico¹⁴. En nuestro estudio en la puntuación recolectada por la ENA el 39% de las pacientes no presentó dolor y solo el 10% presentó dolor de fuerte intensidad o intolerable. Creemos que estas buenas cifras de tolerancia durante el postoperatorio se deben entre otras cosas al esquema de expansión. Nuestras pacientes inician la expansión durante la cirugía, pretendiendo lograr el mayor llenado posible sin generar tensión en el cierre del bolsillo muscular. La expansión post operatoria se inicia entre el día 10-14 después de la cirugía con volúmenes entre 50-100 cc en cada sesión dependiendo de cada caso y luego semanalmente hasta alcanzar el volumen deseado, no permitiendo de esta manera la formación completa y consolidada de la cápsula, hasta que logramos el volumen planificado. De esta manera para el momento en que la paciente debe iniciar el tratamiento radiante ya está confeccionado el espacio y la reexpansión posterior a la radioterapia provoca una presión intolerable en muy pocos pacientes.

Las cifras de complicaciones en cirugía reconstructiva con dispositivos tipo expansor/implante oscila entre 18% y 54% dependiendo de las series¹⁵⁻¹⁸. La tasa global de complicación en nuestro estudio fue del 20% (12/60), pero solo se generó una falla de la reconstrucción en 11.6 % (7/60) de los casos. Las complicaciones más frecuentes fueron: Contractura capsular 5 %, infección 6.6 % y hematoma 3.3 %. Ho y col reportaron en su serie retrospectiva 34 % de contracturas capsulares durante el 1er año posterior a la administración de radioterapia adyuvante¹⁹. En nuestro estudio la Rt no fue una variable que atribuyera más riesgo para

complicaciones (OR = 1.4; CI 95%: 0.4 - 4.9, p = 0.826). El sobrepeso y la obesidad han sido variables reportadas relacionadas con menor grado de satisfacción en los resultados de reconstrucción con implantes y a un mayor riesgo para complicaciones^{20,21}. Para nuestras pacientes un IMC >30 Kg/m² estuvo relacionado con mayor probabilidad para complicaciones (OR = 4.6; CI 95%: 1.2 - 18.1, p=0.021).

La colocación de un expansor >500 cc fue un factor de riesgo para extrusión sin significancia estadística (RR=6.0, IC95% 0.74-48.59, p=0.0932; OR=6.8, IC 95% 0.74-61.88, p=0.088). Este hallazgo no concluye un volumen esperado para la utilización de expansores que desarrollen una extrusión, pero es un alerta a considerar en la planificación de estas pacientes.

Lentz y col publicaron una tasa de extrusión de 13.64% vs 20.59% (P = 0.724) cuando el 2do tiempo de reconstrucción se realizó antes vs después de 4 meses post Rt, respectivamente¹⁵. Rancati y col reportaron en su serie sobre reconstrucción en una sola etapa con implantes, una tasa de extrusión del 3.16%¹⁰. En nuestra serie luego de un seguimiento promedio fue de 23.5 meses (11-60), la tasa de extrusión de expansores fue del 10% y la tasa de extrusión del implante en la segunda etapa de la reconstrucción fue 3.7 %.

La RIEA es un excelente abordaje en pacientes seleccionados, alcanzando una baja cifra de complicaciones, con baja tasa de extrusión y proporcionando un buen resultado estético. Los pacientes obesos deben ser advertidos sobre la elevada probabilidad de complicaciones dada su condición.

REFERENCIAS

1. O'Shaughnessy K. Evolution and update on current devices for prosthetic breast reconstruction. *Gland Surg* 2015; 4: 97-110
2. Petit J.-Y. et al. update on breast reconstruction techniques and indications. *World J Surg* 2012; 36: 1486-1497
3. Eriksson M. et al. Radiotherapy in implant-based immediate breast reconstruction: risk factors, surgical outcomes, and patient-reported outcome measures in a large Swedish multicenter cohort. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 142:1
4. Clough K. B. et al. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. *Br J Surg* 2012; 99:1389-1395
5. Clough K. B. et al. Level 2 oncoplastic surgery for lower inner quadrant breast cancers: the LIQ-V mammoplasty. *Ann Surg Oncol* 2013. doi:10.1245/s10434-013-3085-4
6. Nos C. et al. Conservative treatment of lower pole breast cancers by bilateral mammoplasty and radiotherapy. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 508-514
7. Acosta-Marin V. et al. Oncoplastic breast surgery: Initial experience at the Centro Clinico de Estereotaxia - CECLINES, Caracas, Venezuela. *Ecancermedicalscience* 2014; 8: 1-10
8. Morrow M. et al. Access to breast reconstruction after mastectomy and patient perspectives on reconstruction decision making. *JAMA Surg* 2014; 149: 10-11

9. Kern P, Zarth F, Kimmig R. & Rezai M. Impact of age , obesity and smoking on patient satisfaction with breast implant surgery - a uni-centric analysis of 318 implant reconstructions after mastectomy . *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2015; 75
10. Rancati A. et al. One-step breast reconstruction with polyurethane-covered implants after skin-sparing mastectomy. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* 2013; 66: 1671-1675
11. Escribá J M et al. Trends in the surgical procedures of women with incident breast cancer in Catalonia, Spain, over a 7-year period (2005 - 2011). *BMC* 2014; Res. Notes
12. Albornoz C. et al. A paradigm shift in U . S . Breast reconstruction: increasing implant rates . *Plast Reconstr Surg* 2013; 131: 15-23
13. Klit A. et al. Breast reconstruction with an expander prosthesis following mastectomy does not cause additional persistent pain: A nationwide cross-sectional study. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* 2013; 66:1652-1658
14. Strazisar B, Besic N. & Ahcan U. Does a continuous local anaesthetic pain treatment after immediate tissue expander reconstruction in breast carcinoma patients more efficiently reduce acute postoperative pain - a prospective randomised study. *World J Surg Oncol* 2014; 16: 12-16
15. Lentz R. et al. Radiation therapy and expander-implant breast reconstruction: an analysis of timing and comparison of complications. *Ann Plast Surg* 2013; 71: 269-273
16. Salgarello M. & Farallo E. Immediate breast reconstruction with definitive anatomical implants after skin-sparing mastectomy. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 216-222
17. Endara M, Chen D, Verma K, Nahabedian M. & Spear S. Breast reconstruction following nipple- sparing mastectomy: a systematic review of the literature with pooled analysis. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132: 1043-1054
18. Sindali K, Davis M., Mughal M. & Orkar K. The natural history of Becker expandable breast implants: a single-center 10-year experience . *Plast Reconstr Surg* 2013; 132: 345e-51e
19. Ho A. et al. Long-term outcomes in breast cancer patients undergoing immediate 2-stage expander/implant reconstruction and postmastectomy radiation. *Cancer* 2012; 118: 2552-2559
20. Fischer J, Nelson J, Serletti J. & Wu L. Peri-operative risk factors associated with early tissue expander (TE) loss following immediate breast reconstruction (IBR): a review of 9305 patients from the 2005-2010 ACS-NSQIP datasets. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013; 66: 1-2
21. Fischer J, Nelson JA, Kovach SJ, Serletti J. Impact of obesity on outcomes in breast reconstruction: analysis of 15,937 patients from the ACS-NSQIP datasets. *J Am Coll Surg* 2013; 217: 15-16

LIPOMA RETROPERITONEAL GIGANTE (MDM2 NEGATIVO) EN UNA PACIENTE JOVEN

JOSÉ ROSCIANO (1)
MARTELENA ACOSTA (2)
LIUMARIEL VEGAS (3)
ALEXIS SÁNCHEZ (4)
RAQUEL FERNÁNDEZ (1)
MICHELLE MERHEB (5)

GIANT RETROPERITONEAL LIPOMA (MDM2 NEGATIVE) IN A YOUNG PATIENT

RESUMEN

Las lesiones sólidas mesenquimales del retroperitoneo son infrecuentes representando menos del 1 %. De los sarcomas retroperitoneales el 10 a 15 % corresponde a liposarcomas, los cuales representan el primer diagnóstico diferencial de lipomas benignos. La realización de inmunohistoquímica, específicamente el MDM2, dará el diagnóstico histológico certero, donde su negatividad se traduce en benignidad. El tratamiento quirúrgico de elección es la resección R-O. **Caso clínico:** Presentamos el caso de paciente femenino de 24 años de edad quien refiere 5 meses previos al ingreso aumento de la circunferencia abdominal y dolor a predominio de flanco izquierdo. Exámenes clínicos y paraclínicos indican el diagnóstico presuntivo de un tumor de aspecto graso retroperitoneal. Se realiza laparotomía exploradora con los hallazgos de tumor de aspecto graso, de superficie lisa, de gran tamaño ubicado a nivel de retroperitoneo. Se realiza resección R-O de la lesión sin complicaciones. Tiempo operatorio: 110 minutos, sangrado estimado: 150 cc. Tumor de aspecto graso de 11 Kg y 55 cm. Paciente es dado de alta a las 48 horas tolerando vía oral. La biopsia reporta tejido adiposo maduro sin atipias. Inmunohistoquímica reporta tumor lipomatoso, MDM2 Negativo, descartando de esta manera el diagnóstico de liposarcoma. **Conclusión:** Podemos concluir que los lipomas gigantes a nivel de retroperitoneo corresponden a una patología poco frecuente. Donde la resolución quirúrgica se basa en la resección R-O. La realización del MDM2 permitirá un diagnóstico histológico confiable y por ende le brindará al cirujano la capacidad de decidir el tratamiento post-operatorio

Palabras clave Tumor retroperitoneal, lipoma gigante, MDM2

ABSTRACT

The mesenchymal solid retroperitoneal lesions are uncommon, representing less than 1%. Liposarcomas constitute 10 to 15% of the retroperitoneal sarcomas, which represent the first differential diagnosis of benign lipomas. The immunohistochemistry, specifically the MDM2, give the accurate histological diagnosis, where their negativity translates into benignity. The treatment of choice is surgical R-O resection. **Clinical case:** We report the case of 24 years old female patient who refers five months before admission increased abdominal girth and pain, predominantly at the left flank. Clinical and laboratory tests indicate presumptive diagnosis of retroperitoneal fatty tumor. Exploratory laparotomy is done with the findings of large retroperitoneal lipomatous tumor. R-O resection of the lesion is performed without complications. Operating time: 110 minutes, estimated blood loss: 150 cc. Fatty tumor aspect of 11 kg and 55 cm. The patient's progress was satisfactory and he was discharged on the second postoperative day. Mature adipose tissue biopsy reports without atypia. Lipomatous tumor immunohistochemistry reports, MDM2 negative, discarding liposarcoma diagnosing. **Conclusion:** We conclude that the giant retroperitoneal lipomas corresponds a rare condition. The surgical resolution is based on R-O resection, and the MDM2 allow a reliable histological diagnosis and thus will provide the surgeon with the capacity to decide the post-operative treatment.

Key words Retroperitoneal tumor, giant lipoma, MDM2

- 1 Médico-Cirujano. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.
- 2 Médico-Patólogo Osteoarticular. Instituto Anatomopatológico "Dr. José Antonio O'Daly". Universidad Central de Venezuela
- 3 Cirujano General. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.
- 4 Profesor Asociado. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. Magíster Scientiarum. SVC. SAGES.
- 5 Médico-Cirujano. Instituto Anatomopatológico "Dr. José Antonio O'Daly". Universidad Central de Venezuela

La mayoría de los tumores retroperitoneales tienen su origen a partir de los órganos ubicados a este nivel¹. El retroperitoneo es el segundo sitio más frecuente, después de las extremidades inferiores, donde se localizan los tumores mesenquimales, donde a pesar de esto, su presentación resulta ser infrecuente, representando menos del 1 %. De los sarcomas retroperitoneales el 10 a 15 % corresponde a liposarcomas, los cuales representan el primer diagnóstico diferencial de lipomas benignos^{2,3}.

Los tumores lipomatosos benignos suelen localizarse en cualquier zona anatómica, sin embargo el retroperitoneo resulta ser una localización infrecuente, encontrándose en la literatura pocos casos que hagan referencia a esta patología. Es indispensable al evidenciar resultados histológicos sugestivos de benignidad, donde no se encuentren cambios sugestivos de liposarcoma, establecer diagnóstico diferencial con liposarcoma bien diferenciado, tomando en cuenta que entre sus variedades histológicas conseguimos el tipo lipoma-like⁴. Por ende en el arsenal diagnóstico anatomopatológico se cuenta con estudios adicionales a la microscopía de luz como son la inmunohistoquímica y/o biología molecular en búsqueda de las alteraciones genéticas específicas, como es el caso del MDM2, donde al evidenciar negatividad de esta prueba se puede concluir que se está en presencia de un tumor lipomatoso benigno, esto con el objetivo de planificar el tratamiento ideal y plan de seguimiento⁵.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente femenino de 24 años de edad con diagnóstico de lipoma retroperitoneal gigante de 55 cm y 11 kg de peso, donde la biopsia

reporta tejido adiposo maduro sin atipias y la inmunohistoquímica reporta un tumor lipomatoso, MDM2 negativo, descartando de esta manera el diagnóstico de liposarcoma.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 24 años de edad quien refiere inicio de enfermedad actual 5 meses previo al ingreso al evidenciar aumento de la circunferencia abdominal, concomitante dolor de moderada intensidad a nivel de flanco derecho, de carácter punzante, que atenuaba parcialmente con AINES, sin agravantes, por lo cual acude a nuestro servicio donde se evalúa e ingresa.

Al examen físico abdominal se evidencia una masa de consistencia renitente que ocupa toda la cavidad abdominal, de superficie lisa, móvil, no dolorosa a la palpación, resto del examen físico sin alteraciones. Los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de límites normales. En la tomografía abdomino-pélvica con doble contraste (Figura 1) se puede evidenciar una lesión ocupante de espacio que abarca toda la cavidad abdominal de probable origen retroperitoneal, que impresiona de aspecto graso y que desplaza las estructuras hacia el hemiabdomen derecho.

La paciente es llevada a mesa operatoria para realización de una laparotomía exploradora (Figura 2) con los hallazgos de un tumor de aspecto graso, de superficie lisa, de gran tamaño ubicado a nivel del retroperitoneo, en estrecha relación con el colon transverso, sin infiltración a estructuras vecinas. Se realiza una resección R-O de la lesión sin complicaciones intraoperatorias. El tiempo operatorio fue de 110 minutos, con un sangrado estimado de 150 cc. La paciente es dada de alta a las 48 horas del post operatorio tolerando la vía oral.

Al realizar el estudio anatomopatológico se recibe un espécimen de forma ovoide que mide 55 x 45 x 12 cm y 11 kg de peso. La superficie externa es lobulada, amarillenta. Al momento de la realización del corte se puede evidenciar que es de aspecto adiposo, lobulado y separado por delgados septos de tejido blanquecino (Figura 3).

En los cortes histológicos, se observa un tumor lipomatoso, pseudoencapsulado, constituido en su totalidad por tejido adiposo maduro, con morfología uniforme de los adipocitos sin variabilidad en tamaño y forma, sin evidencias de atipia nuclear (Figura 4). Posteriormente y para ratificar el diagnóstico de lipoma retroperitoneal se envía muestra al Instituto Nacional de Cáncer

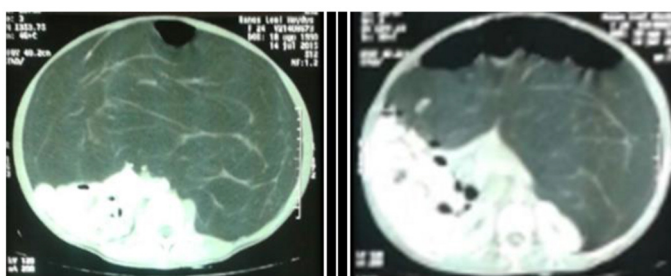


Figura 1. Tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste donde se evidencia un tumor de aspecto lipomatoso de probable origen retroperitoneal

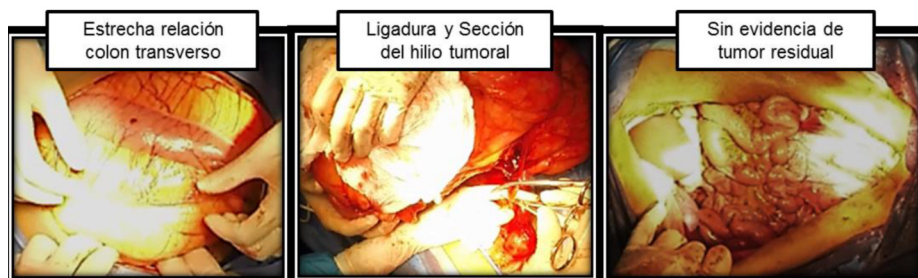


Figura 2. Laparotomía exploradora con hallazgos de un tumor lipomatoso de origen retroperitoneal y resección R-O del mismo

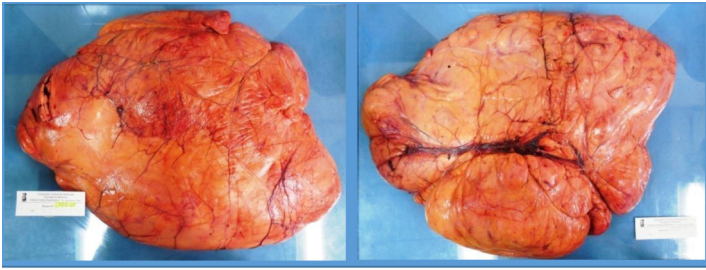


Figura 3. Pieza anatómica en fresco. Tumor lipomatoso de 55 cm en su eje mayor y 11 kg de peso.

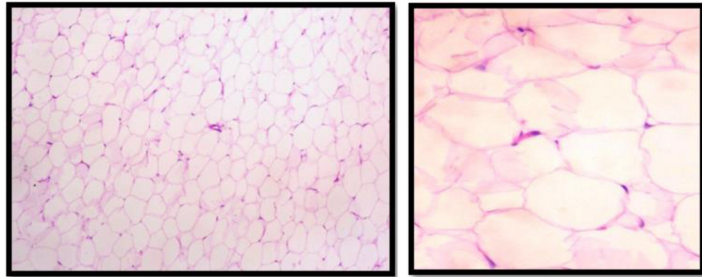


Figura 4. Estudio histológico con hallazgos sugestivos de tejido adiposo maduro sin evidencia de malignidad

en Bethesda, Washington DC, USA (por no contar en nuestro país con este recurso en ese momento); donde se realiza el estudio inmunohistoquímico para identificar la expresión de la proteína MDM2, la cual resulta negativa, motivo por el cual se determina el diagnóstico definitivo de lipoma retroperitoneal gigante.

DISCUSIÓN

En el retroperitoneo se puede presentar una gran gama de patologías, incluyendo tumores benignos y malignos. Los tumores malignos del retroperitoneo son cuatro veces más frecuentes que los tumores benignos, a diferencia de las neoplasias en cualquier otro lugar del organismo donde predominan las benignas⁶. La incidencia de sarcomas en general es de 4 casos por 100.000 habitantes/año, de los cuales el liposarcoma es el más común, representando 1/3 de los casos en esta localización⁷. Los lipomas son tumores benignos de tejido adiposo y son más frecuentes en los adultos, especialmente en mujeres, ocurriendo la mayoría de los casos en individuos mayores de 50 años. De acuerdo a los hallazgos histopatológicos se clasifican en: lipoma convencional, fibrolipoma, angioliipoma, lipoma de células fusiformes, miolipoma y lipoma pleomórfico. Los lipomas retroperitoneales son poco frecuentes, con un total de 17 casos descritos en la literatura desde 1980⁷.

Usualmente la sintomatología es bastante insidiosa, presentando pocos signos clínicos, los cuales resultan evidentes de manera tardía cuando han alcanzado un tamaño significativo⁸, esto debido a la ausencia de estructuras vitales y a la presencia

de tejido conectivo laxo abundante en el retroperitoneo. Los síntomas generalmente están relacionados con la esfera gastrointestinal, compromiso urinario o vascular; manifestándose clínicamente como dolor abdominal, generalmente referido a la región lumbar, y sensación de masa palpable o aumento de la circunferencia abdominal⁹.

Los lipomas clásicos tienen signos radiológicos característicos en TC y RMN similares al tejido adiposo subcutáneo normal, donde se evidencian imágenes sugestivas de lesiones ocupantes de espacio con densidades que varían entre -65 y -120 unidades Hounsfield¹⁰⁻¹³.

El planteamiento quirúrgico es la mejor opción para estos pacientes, donde la resección R-O (resección completa de la lesión con márgenes negativos) se ha convertido en el estándar de oro del tratamiento de los tumores lipomatosos retroperitoneales. En el caso de lesiones benignas no es necesario la realización de seguimiento radiológico post operatorio^{2,3,14-16}.

Al momento de realizar los estudios anatomopatológicos se puede evidenciar en los hallazgos histológicos células multivacuoladas y adipocitos univacuolados. El diagnóstico diferencial con el liposarcoma puede ser problemático, especialmente en los tumores con bajo grado de malignidad, denominados también "similares a lipoma" (lipoma-like)¹³, entre los cuales las diferencias morfológicas son imperceptibles en muchos casos, por lo que es necesario realizar estudio inmunohistoquímico y/o molecular para la adecuada conclusión diagnóstica. Dentro de estos estudios resalta la identificación del MDM2, el cual es un anticuerpo contra los productos de los genes codificados en el cromosoma 12q¹³⁻¹⁵, los cuales se encuentran amplificados en tumores lipomatosos atípicos y liposarcomas bien diferenciados tipo lipoma like. Según la cuarta edición de la clasificación de tumores de partes blandas de la Organización Mundial de la Salud, el diagnóstico de lipomas retroperitoneales requiere de la realización del MDM2 para descartar su principal diagnóstico diferencial⁵.

Los lipomas gigantes a nivel del retroperitoneo corresponden a una patología poco frecuente, donde la resolución quirúrgica se basa en la resección R-O. La realización de la inmunohistoquímica, específicamente el MDM2, otorgará el diagnóstico histológico certero y por ende le brindará al cirujano la capacidad de decidir el tratamiento y seguimiento post-operatorio

Agradecimiento

Queremos agradecer a la Dra. María José Merino, patólogo del Instituto Nacional de Cancer en Bethesda, por su invaluable colaboración con el estudio inmunohistoquímico del presente caso, indispensable para su adecuada conclusión diagnóstica.

REFERENCIAS

1. Scali EP, Chandler TM, Heffernan EJ, Coyle J, et al. Primary retroperitoneal masses: what is the differential diagnosis? *Abdom Imaging* 2015; 40: 1887-1903
2. Gemici K, Buldu I, Acar T, Alptekin H, et al. Management of patients with retroperitoneal tumors and a review of the literature. *WJSO* 2015; 13:143-150
3. Doglietto GB, Tortorelli AP, Papa V, Rosa F, et al. Giant retroperitoneal sarcomas: a single institution experience. *World J Surg* 2007; 31: 1047-1054
4. Jaykar RD, Kasabe P, Bhushan C, Kamble PH. Giant retroperitoneal lipoma: a case report and review. *IJRTSAT* 2012; 5(2):71-73
5. Jo VY, Fletcher CD. WHO classification of soft tissue tumours: an update based on the 2013(4th) edition. *Pathology* 2014; 46(2): 95-104
6. Van Roggen JF, Hogendoorn PC. Soft tissue tumours of the retroperitoneum. *Sarcoma* 2000; 4: 17-26
7. Weniger M, D'Haese JG, Kunz W, Pratschke S, et al. En-bloc resection of a giant retroperitoneal lipoma: a case report and review of the literature. *BMC Research Notes* 2015; 8: 75-78
8. Strauss D, Hayes A, Thomas JM. Retroperitoneal tumours: review of management. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93: 275-280
9. Salemis NS, Tsiambas E, Karameris A, Tsohataridis E. Giant retroperitoneal liposarcoma with mixed histological pattern: a rare presentation and literature review. *J Gastrointest Canc* 2009; 40: 138-141
10. Martinez C, Palma R. Giant retroperitoneal lipoma: a case report. *Arq Gastroenterol.* 2003; 4(4): 251-255
11. Jensen-Benítez C, Vergara-Bahamondes JJ, Aparicio R, Ibarra A, et al. Tumores primarios retroperitoneales de origen mesenquimático. *Rev Hosp Clin Univ Chil* 1994; 5:58-64
12. Montbrun E, Pereiro R, Barbeito J, Nastasi A, et al. Tumores malignos retroperitoneales primarios. *Arch Hosp Vargas* 1990; 32: 101-106
13. Yıldırım A, Baok E, Gülpınar T, Zemheri E, et al. A giant retroperitoneal lipoma: a case report. *Marmara Med J* 2005; 18(3):140-142
14. Olimpiadi Y, Song S, Hu JS, Matcuk GR, et al. Contemporary management of retroperitoneal soft tissue sarcomas. *Curr Oncol Rep* 2015; 17: 39-48
15. Karadayi K, Yıldız C, Karakus S, Kurt A, et al. Well-differentiated abdominal liposarcoma: experience of a tertiary care center. *WJSO* 2015; 13: 166-170
16. Vreeze RS, Jong D, Nederlof PM, Ariaens A, et al. Added value of molecular biological analysis in diagnosis and clinical management of liposarcoma: A 30-year single-institution experience. *Ann Surg Oncol* 2010; 17: 686-693

HEPATECTOMÍA DERECHA EXTENDIDA CON RECONSTRUCCIÓN VASCULAR Y BILIAR COMO TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR CON TROMBOSIS PORTAL TUMORAL E INFILTRACIÓN BILIAR. REPORTE DE UN CASO

HÉCTOR ALMAU (1)
NINA COLINA (2)
GREISY SUÁREZ (2)
ANDREA BORGES (3)
JHONATAN RODRÍGUEZ (1)
JOEL ROSALES (1)
LEONARDO DÍAZ (1)
GIUGLIO D'APUZZO (1)

RESUMEN

El hepatocarcinoma fibrolamelar, es un tumor de ocurrencia esporádica, que se desarrolla sobre la base de un hígado sano, en ausencia de hepatitis viral, alteraciones metabólicas o algún tipo de condición inflamatoria en el hígado. Alcanza una supervivencia de hasta un 70% en 5 años en sujetos sometidos a cirugía con márgenes libres de enfermedad y en aquellos en estadios iniciales.

Caso clínico: Paciente masculino de 14 años de edad, con clínica de ictericia y aumento de volumen en hipocondrio derecho, estudios de imagen demuestran lesión tumoral de 16 cm que ocupa los segmentos 1,5,6,7, con trombosis tumoral en porta derecha y tronco principal, marcada dilatación de vías biliares. Se practica hepatectomía derecha extendida al lóbulo caudado, con reconstrucción vascular de la vena porta (resección y anastomosis termino-terminal entre el tronco principal y la porta izquierda), resección en bloque de la vía biliar con reconstrucción biliar tipo colangioplastia anastomosis al hepático izquierdo. Tiempo quirúrgico 390 minutos, pérdidas sanguíneas estimadas en 1800 ml, estancia en terapia intensiva de 7 días, complicación grado III-A de Clavien por colección subdiafragmática y derrame pleural derecho, estancia hospitalaria de 21 días. Resultado histopatológico: hepatocarcinoma fibrolamelar, márgenes de resección libres, trombosis tumoral en vena porta, infiltración tumoral simulando trombosis tumoral en la vía biliar principal y hepático derecho, márgenes de vía biliar libres de enfermedad neoplásica, ausencia de metástasis ganglionar. Recibió adyuvancia con gemcitabina y oxaloplatino (6

ciclos), actualmente 16 meses de seguimiento libre de enfermedad con vida sana.

Palabras clave

Hepatocarcinoma fibrolamelar, tumores hepáticos, hepatectomía, trombosis portal.

RIGHT EXTENDED HEPATECTOMY WITH VASCULAR AND BILIARY RECONSTRUCTION FOR FIBROLAMELAR HCC WITH PORTAL VEIN THROMBOSIS AND BILIARY INFILTRATION. CASE REPORT.

ABSTRACT

The fibrolamellar hepatocellular carcinoma it is a rare liver tumor, who growth in normal liver parenchyma, in absent of viral hepatitis, metabolic liver disorders or any inflammatory condition, the long term survival can reach up to 70% in 5 years.

Clinic case: A 14 years old male, with ictericia, abdominal growth circumference, the US and Abdominal CT revealed: 16cm liver tumor in segments 1,5,6,7, with tumoral thrombus in right portal vein and main trunk, and intrahepatic biliary dilatation. Surgical treatment: Extended right hepatectomy to segment 1, with vascular and biliary reconstruction (resection and anastomosis of portal vein). Operative time: 390 minutes, blood losses 1800 ml, ICU 7 days, total hospital stay 21 days, Clavien III-A complications (abdominal abscess and pleural effusion). Pathological results: Fibrolamellar hepatocellular carcinoma, free margin. Adjuvant therapy based on gemcitabine and oxaloplatin (6 cycles), actually he is 16 months of follow up, disease free and with a normal life.

Key words

Fibrolamellar hepatocellular carcinoma, liver tumors, hepatectomy, portal vein thrombosis

- 1 Departamento de Cirugía General, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas - Venezuela.
- 2 Unidad de Gastroenterología pediátrica, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas - Venezuela.
- 3 Departamento de Gastroenterología, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas - Venezuela.

El hepatocarcinoma fibrolamelar (HCF), es un tumor de ocurrencia esporádica, que clásicamente afecta a personas jóvenes entre 10 y 30 años de edad en promedio, cuya etiología se desconoce, de este tipo de cáncer se sabe que se desarrolla sobre la base de un hígado sano, en ausencia de hepatitis viral, alteraciones metabólicas o algún tipo de condición inflamatoria en el hígado. El pronóstico en comparación con el hepatocarcinoma clásico, es mucho más favorable (40,3% vs 25% de supervivencia a los 5 años, incluidos todos los estadios), alcanzando una supervivencia de hasta un 70% en 5 años en sujetos sometidos a cirugía con márgenes libres de enfermedad y en aquellos en estadios iniciales^{1,2}.

El aspecto macroscópico del hepatocarcinoma fibrolamelar, es de tumores de rápida expansión, heterogéneos, con vascularidad aumentada y áreas de necrosis, acompañado de fibrosis, que pudiese simular tumores benignos como la hiperplasia nodular focal o lesiones vasculo-fibróticas del hígado².

El análisis de los nuevos estudios moleculares junto al marco epidemiológico y pronóstico del hepatocarcinoma fibrolamelar, hacen suponer que éste es una entidad única y no un sub-tipo de hepatocarcinoma^{2,3}.

El tratamiento quirúrgico para el HCF, constituye la piedra angular para garantizar posibilidades de curación, abarcado desde hepatectomías menores, hepatectomías mayores con o sin procedimientos asociados y el trasplante hepático. La decisión de cada uno de ellos dependerá de la localización del tumor, tamaño, el porcentaje del hígado remanente, compromiso de estructuras vasculares u órganos vecinos^{4,5}.

MÉTODOS

El presente artículo constituye una presentación de caso clínico.

Se trata de paciente masculino de 14 años de edad, quien un 1 mes previo a su ingreso debuta con ictericia progresiva y aumento de volumen en hipocondrio derecho, se le practica ultrasonido abdominal que revela marcada dilatación de vías biliares intrahepáticas, con lesión ocupante de espacio que involucra los segmentos I, V, VI, VIII, posteriormente se realiza TAC de abdomen revelando tumor de 16cm de diámetro que ocupa los segmentos I (proceso uncinado),^{5, 6, 7} con trombosis tumoral en vena porta derecha que alcanza hasta el tronco principal ocluyéndolo en un 80%, así como dilatación de la vía biliar intrahepática, así como compresión extrínseca de vena cava retro-hepática [Figura 1].

Seguidamente se realiza CPRE con colocación de endoprótesis biliar y toma de biopsia por aguja de corte, la cual reporta: hepatocarcinoma fibrolamelar. Alfa-fetoproteína dentro de la normalidad.

Una vez alcanzado la normalización del patrón colestásico es llevado a mesa operatoria.

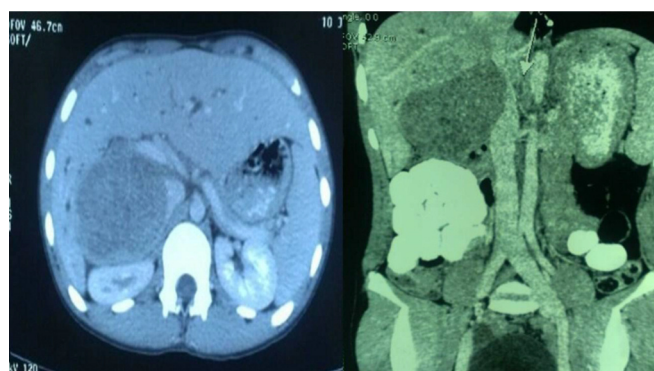


Figura 1: Tomografía abdominal que muestra la relación del tumor con las estructuras vasculares

La cirugía practicada fue: hepatectomía derecha extendida al lóbulo caudado, con reconstrucción vascular de la vena porta (resección y anastomosis termino-terminal entre el tronco principal y la porta izquierda), resección en bloque de la vía biliar con reconstrucción biliar tipo colangiyeoyuno anastomosis al hepático izquierdo [Figuras 2 y 3].

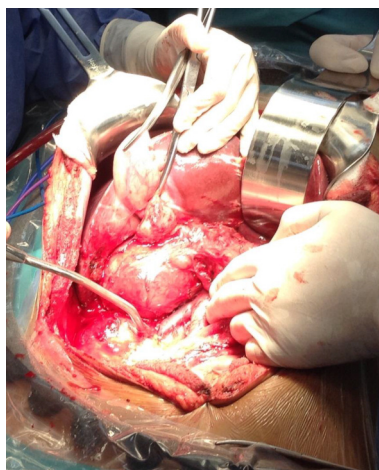


Figura 2: Aspecto intraoperatorio del tumor, observándose el compromiso en el pedículo hepático y la marcada red venosa colateral (cavernomatosis portal)

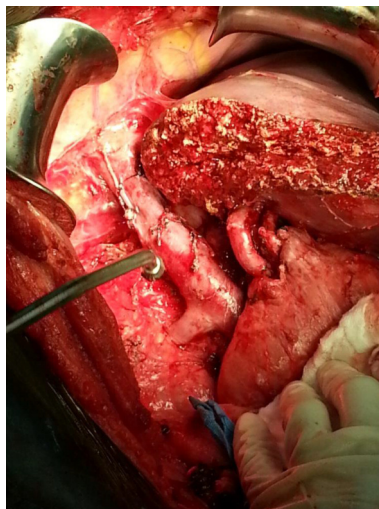


Figura 3: Una vez resecado el hemihígado derecho junto al lóbulo caudado, observándose la apariencia de la vena porta una vez realizada la anastomosis

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue 390 minutos, pérdidas sanguíneas estimadas en 1800 ml, estancia en terapia intensiva de 7 días, complicación grado III-A de Clavien por colección subdiafragmática y derrame pleural derecho, estancia hospitalaria de 21 días. **Resultado histopatológico:** hepatocarcinoma fibrolamelar, márgenes de resección libres, trombosis tumoral en vena porta, infiltración tumoral simulando trombosis tumoral en la vía biliar principal y hepático derecho, márgenes de vía biliar libres de enfermedad neoplásica, ausencia de metástasis ganglionar [Figuras 4 y 5].



Figura 4:
Reconstrucción biliar, tipo colangio-yeyuno anastomosis en "Y de Roux"

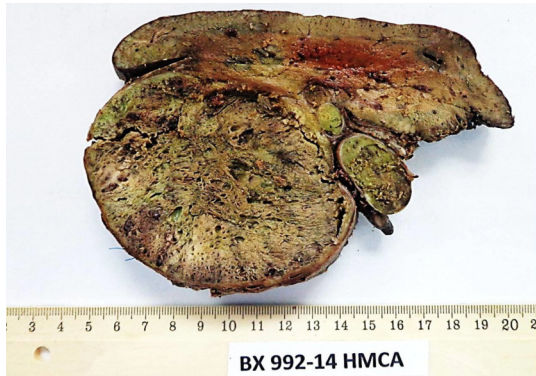


Figura 5: Pieza operatoria, se observa claramente el trombo tumoral vascular (vena porta) y biliar

Posterior a la recuperación de la cirugía el paciente inició esquema de quimioterapia adyuvante a base de gemcitabina y oxaloplatino (esquema gemox), un total de 6 ciclos, con excelente tolerancia, al momento del envío a publicación el paciente se encontraba con 16 meses de seguimiento libre de enfermedad y en buenas condiciones, llevando una vida normal.

DISCUSIÓN

La cirugía es el único tratamiento con potencial curativo para el hepatocarcinoma fibrolamelar, entendiendo que este se des-

arrolla sobre un hígado sano, las resecciones hepáticas siempre serán las primeras alternativas, reservando el trasplante hepático para tumores irresecables^{3,4,5}.

El objetivo primordial como en toda cirugía oncológica es la remoción del tumor con márgenes libres de enfermedad, previniendo que el futuro hígado remanente sea suficiente para evitar insuficiencia hepática en el post-operatorio. Múltiples estudios señalan como variable independiente de factor pronóstico las resecciones RO, por lo que la planificación pre-operatoria y una adecuada técnica quirúrgica son imprescindibles para lograr este cometido^{3,4}.

El caso expuesto, supone 2 retos adicionales uno de ellos es la infiltración vascular por la presencia de trombo tumoral que ocupa la totalidad de la vena porta derecha y compromete en 80 % el tronco principal portal, por lo que la resección y construcción vascular es necesaria para obtener márgenes negativos. En relación a la infiltración tumoral de la vía biliar, esta presentaba un crecimiento similar al trombo tumoral portal, con compromiso del conducto hepático derecho, confluencia y conducto colédoco, es por ello que fue realizada una resección en bloque de la vía biliar, de manera similar a la realizada para el colangiocarcinoma hiliar, reseccando parte del conducto hepático izquierdo, para luego realizar la reconstrucción biliar a los sectoriales^{2,3,4}.

Debido a lo infrecuente de la patología no existe suficiente evidencia científica que avale los diferentes regímenes de tratamiento quimioterapéutico adyuvantes, observándose en las series publicadas escasa respuesta al 5FU, es por ello que en virtud del éxito publicado en una pequeña serie de casos donde les fue administrado Gemcitabina y Oxaloplatino, se decidió por consenso utilizar esta combinación de drogas, siendo bien toleradas por el paciente^{6,7}.

Actualmente el paciente cumple con un período de seguimiento de 16 meses, retornando a sus actividades escolares con normalidad y encontrándose libre de enfermedad.

REFERENCIAS

1. Mavros MN, Mayo SC, Hyder O, Pawlik TM. A systematic review: treatment and prognosis of patients with fibrolamellar hepatocellular carcinoma. *J Am Coll Surg* 2012 Dec;215(6): 820-830
2. Andersen JB. Fibrolamellar hepatocellular: a rare but distinct type of liver cancer. *Gastroenterology* 2015; 148: 707-710
3. Darcy DG, Malek MM, Kobos R, Klimstra DS, DeMatteo R, La Quaglia MP. Prognostic factors in fibrolamellar hepatocellular carcinoma in young people. *J Pediatr Surg*. 2015 Jan;50(1):153-6
4. Mayo SC, Mavros MN, Nathan H, Cosgrove D, Herman JM, Kamel I, Anders RA, Pawlik TM. Treatment and prognosis of patients with fibrolamellar hepatocellular carcinoma: a national perspective. *J Am Coll Surg* 2014; 218(2):196-205.
5. Eghtesad B, Aucejo F. Liver transplantation for malignancies. *J Gastrointest Cancer* 2014; 45(3):353-362.
6. Gras P I, Truant S, Boige V, Ladrat L, Rougier P, Pruvot FR, Hebbar M.

-
- Prolonged Complete Response after GEMOX chemotherapy in a patient with advanced fibrolamellar hepatocellular carcinoma. *Case Rep Oncol* 2012; 5(1):169-172.
7. Patrikidou A, Sinapi I, Regnault H, Fayard F, Bouattour M, Fartoux L, Faivre S, Malka D, Ducreux M, Boige V. Gemcitabine and oxaliplatin chemotherapy for advanced hepatocellular carcinoma after failure of anti-angiogenic therapies. *Invest New Drugs* 2014; 32(5):1028-1035.

OPTIMIZANDO LA NUTRICIÓN EN CIRUGÍA ELECTIVA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

JESÚS VELÁZQUEZ-GUTIÉRREZ (1)

Las metas nutricionales, al nivel más básico, deben ser suministrar soporte calórico y nitrógeno para favorecer la cicatrización y evitar la pérdida excesiva de tejido magro.

El trauma quirúrgico desencadena alteraciones significativas en la función endocrina y metabólica. La respuesta clásica de liberación de catecolaminas y cortisol asociada con el estrés quirúrgico ha sido ampliamente descrita. El trauma quirúrgico también está asociado con reducción post operatoria a la sensibilidad a la insulina, trastornos en la respuesta inmune y una reconducción en la síntesis de proteína a nivel hepático, estos factores están íntimamente relacionados con el estado nutricional de los pacientes.

Numerosos estudios han demostrado una clara asociación entre desnutrición y pobre evolución quirúrgica. Esta evolución desfavorable no solamente incrementa los ingresos a las Unidades de Cuidados Intensivos, sino también retardo en los procesos de cicatrización, infecciones sistémicas asociadas con línea venosa central y otras complicaciones infecciosas.

El objetivo es optimizar a los pacientes como una manera de prepararlos para las alteraciones metabólicas asociadas al trauma quirúrgico.

En los últimos tiempos se han desarrollado innovaciones en cuanto a terapia nutricional para ser aplicadas en el perioperatorio para minimizar el período de ayuno, reducir la resistencia a la insulina en el post operatorio y preservar la función muscular.

ESTRATEGIAS NUTRICIONALES PRE OPERATORIAS. CONTROL GLICÉMICO PERIOPERATORIO.

El mantenimiento de la normoglicemia en el perioperatorio es un factor que se ha enfatizado de manera frecuente como un mecanismo que permite mejorar la evolución quirúrgica y puede representar el factor más importante para prevenir la infección del sitio operatorio.

La orden médica de no permitir la ingesta por vía oral desde la medianoche antes de la cirugía es una tradición quirúrgica consagrada con muy poca evidencia científica para apoyar algún tipo

de beneficio real, la intención de evitar la ingesta de cualquier tipo era de naturaleza preventiva en gran parte debido al temor de aspiración durante el acto de inducción anestésica, cada día son mayores las evidencias que sugieren que un ayuno prolongado antes de la agresión quirúrgica puede acarrear efectos deletéreos.

Datos recientes del Protocolo ERAS proponen la ingestión de bebidas a base de carbohidratos para reducir el impacto del estrés quirúrgico sobre el paciente. Esta práctica generalmente involucra la ingesta de 800 ml de una bebida de carbohidratos (12.6 g de carbohidrato/100 ml) la noche antes de la cirugía y 400 ml 2 a 3 horas antes de la cirugía¹. Se ha determinado que esta práctica es segura y no incrementa el riesgo de broncoaspiración, entre los beneficios se pueden mencionar disminución postoperatoria de la sed, hambre y ansiedad; reducción post operatoria de la resistencia a la insulina, disminución de la estancia hospitalaria y preservación de la masa muscular². La reducción de la glicosilación a nivel muscular por mejoría en la sensibilidad a la insulina se traduce en una recuperación más rápida de la motilidad y función muscular en el post operatorio.

Un meta análisis de 21 estudios ha demostrado disminución en la estancia hospitalaria después de cirugía abdominal y mejoría en la resistencia a la insulina³.

Esta estrategia de una carga de carbohidratos antes de la inducción anestésica ha sido aplicada particularmente en cirugía colorrectal y forma parte del Protocolo ERAS⁴, de igual manera, las Guías de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo ESPEN incluyen una carga de carbohidratos antes de la cirugía y es una manera aceptada de preparación metabólica⁵.

MODULACIÓN METABÓLICA NUTRICIONAL

Durante los últimos 15 años ha surgido un interés por la inmunonutrición, más precisamente descrita como modulación inmune y metabólica en el período perioperatorio.

Los efectos bioquímicos de estas fórmulas inmunomoduladoras incluyen un incremento en la estabilidad de la membrana celular, mejoría en la integridad de la mucosa del tracto gastrointestinal, facilitar la respuesta de la inmunidad celular, atenuación de la respuesta inflamatoria al estrés y mejorar el flujo sanguíneo en tejidos isquémicos pobremente vascularizados. Cuando se compara con nutrición enteral estándar, varios metaanálisis han

1 Cirujano General y Especialista en Nutrición Clínica.
Director del Comité de Nutrición de FELAC
Director del Comité ERAS/ACERTO de la SVC. Email:
jovegu@gmail.com

demostrado que la inmunomodulación nutricional post operatoria en pacientes críticamente enfermos trae como resultado disminución en las complicaciones infecciosas, pero no cambios en la mortalidad. El último meta análisis publicado incluye 26 estudios prospectivos aleatorios con 2496 pacientes quienes fueron sometidos a cirugía mayor del tracto gastrointestinal. Los grupos controles recibieron una dieta enteral estándar a igual dosis y tiempo que el grupo estudio. En los pacientes tratados con inmunonutrición perioperatoria se redujo de manera significativa las complicaciones post operatorias y la estancia hospitalaria⁶. Otro meta análisis con Inmunomodulación nutricional en el post operatorio inmediato también demostró reducción en dehiscencia de anastomosis⁷. El inicio de la inmunonutrición antes de la cirugía es la clave para mejorar la evolución, de hecho, cuando se inicia inmunonutrición después de la cirugía, la mejoría en la capacidad de fagocitosis, mitogénesis de linfocitos y perfiles de citoquinas ocurren días después de la cirugía.

Estos hallazgos soportan la hipótesis de que la cantidad de sustratos aportados en los primeros días después de la cirugía no es suficiente para alcanzar una concentración adecuada en plasma y tejidos. De hecho, son necesarios algunos días para que los nutrientes con capacidad inmune sean incorporados en los tejidos huéspedes para poder ejercer su capacidad de mediadores inflamatorios. Dado que los trastornos en los mecanismos de defensa del huésped ocurren inmediatamente después de la cirugía, los inmunonutrientes deben ser aportados antes de la misma para poder obtener niveles adecuados en el momento del estrés quirúrgico. Cuando la inmunonutrición es suministrada por vía oral siete días antes se obtienen mejores efectos metabólicos en comparación con dietas estándar. Particularmente, la modulación de la respuesta inflamatoria, el facilitar la respuesta inmune mediada por células hasta la regulación de la microperfusión y oxigenación intestinal se consigue de manera temprana después de la cirugía¹⁸.

La suplementación oral pre operatoria ofrece la mayor perspectiva de beneficios biológicos en vías de optimizar la respuesta del organismo ante el estrés quirúrgico, existen fuerte evidencias de que la modulación nutricional inmune pre operatoria reduce las complicaciones y estancia hospitalaria. Estos hallazgos fueron confirmados por la Librería Cochrane donde se demuestra disminución de las complicaciones infecciosas con el uso de inmunonutrición pre operatoria⁹. También existen evidencias del efecto beneficioso de que la terapia preoperatoria puede ser más pronunciada en pacientes sometidos a cirugía del tracto gastrointestinal de alto riesgo, donde el potencial post operatorio de estrés metabólico y condición crítica puede ser mayor.

SALA DE OPERACIONES

Reanimación intra operatoria: El anestesiólogo forma parte

integral del equipo multidisciplinario involucrado en el cuidado del paciente quirúrgico y su papel durante la reanimación intra operatoria puede afectar el curso de la evolución post operatoria.

El reemplazo de fluidos de manera racional en la sala de operaciones ha demostrado que mejora la tolerancia de la nutrición enteral en el postoperatorio y debería ser aplicado de manera universal en las cirugías electivas.

Los protocolos propuestos de administración de fluidos de manera restrictiva han resultado en mejoría del vaciamiento gástrico y motilidad del tracto gastrointestinal, además de disminuir las complicaciones cardiopulmonares cuando se compara con terapias estándar¹⁰.

Tanto la sobrecarga de agua y sal como la hipovolemia en el período peri operatorio incrementan el porcentaje de complicaciones postoperatorias, sugiriendo que se debe conseguir un balance de líquidos cercano a la zona cero durante el acto quirúrgico. Se debe considerar el uso de vasopresores intra operatorio para evitar la sobrecarga de líquido. El uso excesivo de soluciones salinas 0.9 % tiende a incrementar las complicaciones post operatorias comparado con el uso balanceado de cristaloides¹¹. Otra consideración importante en la sala de operaciones debe ser la colocación durante el acto quirúrgico de accesos enterales, esto es considerado de rutina en diferentes operaciones incluyendo esofaguectomía y duodenopancreatectomía.

Tomarse un tiempo en el quirófano para establecer un acceso enteral y monitorear estrechamente las medidas de reanimación en el postoperatorio ayuda a preparar al paciente para recibir nutrición enteral temprana en el post operatorio. Cada vez son mayores los esfuerzos para rechazar viejos dogmas quirúrgicos, lo que ha resultado en más intentos agresivos para alimentar tempranamente a aquellos pacientes con íleo post operatorio y anastomosis recientes.

EL PERÍODO POST OPERATORIO

Algunos dogmas han permanecido en el tiempo como el hecho de que la nutrición enteral en pacientes con anastomosis recientes debe ser retrasada hasta tanto exista un retorno en la función del tracto gastrointestinal, las dos preocupaciones más importantes están relacionadas con la disminución de la motilidad asociada con la manipulación intra operatoria así como el riesgo de dehiscencia de las anastomosis, por esta razón, alimentar después de las anastomosis a través de accesos colocados intraoperatoriamente es una manera prudente y segura de hacerlo.

Varios elementos son relevantes y deben ser tomados en consideración en relación al tiempo de inicio y tolerancia del soporte nutricional enteral. Múltiples factores contribuyen al amplio y aparente retraso en la iniciación del soporte enteral en el período post operatorio. Este retraso ha sido bien documentado en pacientes hospitalizados, sobre todo en pacientes con cirugía del tracto gas-

trointestinal, considerados pacientes con un riesgo muy particular. Algunas de estas razones incluyen miedo de aspiración, reanimación inadecuada, lo relacionado a la integridad de anastomosis recientes, la posibilidad de requerir una reintervención y el pensamiento de que el inicio temprano de soporte nutricional enteral realmente tiene poco impacto en la evolución del paciente, algunas de estas razones podrían ser validas, pero la mayoría no.

El avance a la dieta tradicionalmente ha estado precedido por evidencia clínica de retorno de la motilidad gastrointestinal tales como la presencia de ruidos hidroaéreos o la expulsión de flatos. Esto generalmente resulta en retardo en el inicio de la vía oral durante varios días. Además, la alimentación progresiva en escalera mediante varias dietas compromete el avance a una dieta regular, comenzando con dieta a base de líquidos claros, seguida por dieta full líquidos y concluyendo con dietas regulares dependiendo de la condición del paciente como por ejemplo dieta para diabéticos o dieta de bajos residuos. Los beneficios de la dieta a base de líquidos claros incluyen buena tolerancia, fácil absorción, pocos residuos, mínima estimulación exocrina del sistema digestivo y algunas propiedades anti eméticas, sin embargo, las desventajas de estas dietas es la concepción errónea de que se está suministrando un apoyo nutricional. La dieta a base de líquidos claros es una fuente inadecuada de nutrientes en todos los grupos etarios. Al menos dos trabajos prospectivos han demostrado seguridad y eficacia en la eliminación de las dietas a base de líquidos claros y un avance temprano y directo a dietas regulares posterior a cirugía abdominal.

El manejo tradicional de pacientes en los días siguientes a cirugía resectiva del tracto gastrointestinal ha sido no indicar nutrición enteral, ya sea por sonda o vía oral y descompresión gástrica mediante el uso de sondas nasogástricas, esta práctica se mantiene hasta tanto exista evidencia de que se ha restituido la función del tracto gastrointestinal, a partir de ese momento se inicia la vía oral de manera progresiva comenzando con líquidos hasta progresar a una dieta normal de acuerdo a la tolerancia. Esta práctica ha sido adoptada y mantenida a través de los años con la creencia de que se disminuye el riesgo de náuseas, vómitos, neumonías por aspiración y dehiscencia de anastomosis. Sin embargo, un número creciente de estudios clínicos bien diseñados, prospectivos, comparativos sugieren que el inicio de la nutrición enteral en los primeros días posterior a la cirugía y el abandono de la práctica de descompresión gástrica no origina incidentes clínicos adversos y de hecho mejora la evolución post quirúrgica. Se han publicado varios metaanálisis tratando este tópico los cuales soportan esta práctica de alimentación temprana en el post operatorio, sin embargo, hay algunos aspectos del aporte nutricional que pueden afectar la evolución quirúrgica, tales como el suministro y composición de los nutrientes. Es por ello que en el meta análisis de Osland y col¹² se evaluaron los riesgos y beneficios de la alimentación temprana comparado con el manejo tra-

dicional posterior a cirugía resectiva del tracto gastrointestinal.

Los resultados de este meta-análisis no demuestran que se justifique la continuación de las prácticas de alimentación postoperatorias tradicionales tales como no suministrar alimentación proximal a las anastomosis hasta que se reanude la función intestinal. Este es el primer meta-análisis que logra demostrar disminución estadísticamente significativa en las complicaciones totales en el postoperatorio con la alimentación temprana. Además, no se demostró ningún efecto negativo de la alimentación temprana con respecto a la mortalidad hospitalaria, dehiscencia de anastomosis, estancia hospitalaria, y el tiempo de recuperación de la función intestinal. Por estas razones, los cirujanos deben tener confianza en la adopción de la alimentación temprana como parte de la práctica estándar para los pacientes de cirugía GI electivos.

La terapia nutricional ha progresado durante los últimos años, estas metas se han ampliado para incluir otros objetivos como la modulación de la inflamación y la respuesta inmune, optimizar el control glicémico, atenuar la respuesta metabólica a la cirugía y suministrar macro y micronutrientes para optimizar la cicatrización y la recuperación. La respuesta hipermetabólica puede prevalecer por semanas o meses después de un trauma mayor o cirugía, trayendo como consecuencia una pérdida significativa de proteínas y tejido magro, principalmente masa muscular, con las consecuencias que todo ello implica.

En resumen, para optimizar la terapia nutricional en pacientes sometidos a cirugía electiva del tracto gastrointestinal se sugiere minimizar los períodos de ayuno como un mecanismo de reducir la resistencia a la insulina en el postoperatorio y preservar la función de la masa muscular, establecer accesos enterales en ciertos tipos de cirugía, reanimación adecuada y desechar viejos dogmas.

REFERENCIAS

1. McClave S, Kozar R, Martindales R, Heyland D et al. Summary points and consensus recommendations from the North American Surgical Nutrition Summit. JPEN 2013; 37(1)
2. Nygren J, Thorell A, Jacobsson H. Preoperative gastric emptying. Effects of anxiety and oral carbohydrate administration. Ann Surg 1995; 222(6):728-734.
3. Awad S, Varadhan K, Ljungqvist O, Lobo D. A meta-analysis of randomized controlled trials on preoperative oral carbohydrate treatment in elective surgery. Clin Nutr 2013;32:34-44
4. Gustafsson U, Scott M, Schewentk W et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. World J Surg 2013; 37: 259-284
5. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Surgery including organ transplantation. Clin Nutr 2006; 25: 224-244
6. Marik P, Zaloga G. Immunonutrition in high risk surgical patients. A systematic review and analysis of the literature. JPEN 2010; 34: 378-386
7. Marimuthu K, Varadhan K, Ljungqvist O, Lobo D. A meta-analysis of

-
- the effect of combinations of immune modulating nutrients on outcomes in patients undergoing major open gastrointestinal surgery. *Ann Surg* 2012; 255(6):1060-1068
8. Braga M, Wischmeyer P, Drover J et al. Clinical evidence for pharmacutrition in major elective surgery. *JPEN* 2013; 37(1):66S-72S
 9. Burden S, Todd C, Hill J, Lal S. Pre-operative Nutrition Support in Patients Undergoing Gastrointestinal Surgery. (Review) <http://www.thecochranelibrary.com>
 10. Aguilár-Nascimento JE, Diniz B, V. do Carmo A, et al. Clinical Benefits after the implementation of a protocol of restricted perioperative intravenous crystalloid fluids in major abdominal operations. *World J Surg* 2009; 33(5):925-930
 11. Lobo D, Bostock K, Neal K et al. Effect of salt and water balance on recovery of gastrointestinal function after elective colonic resection: A randomized controlled trial. *The Lancet* 2002; 359: 1812
 12. Osland M, MPhil B, Yunus R. Early versus traditional feeding in patients undergoing resectional gastrointestinal surgery: A meta-analysis. *JPEN* 2011; 35(4):473-487
-

ORDEN Y TRABAJO

JOSÉ FÉLIX VIVAS

Lino de Clemente y Palacios (Figura 1) es un destacado prócer de la Independencia Venezolana. A raíz de los sucesos del 19 de abril de 1810, fue nombrado primer Secretario de Guerra y Marina por lo que se le considera como el primer Ministro de la Defensa que tuvo Venezuela. Elegido diputado por Caracas, aparece como firmante del Acta de Independencia en 1811 y de la primera constitución de la república. Hombre de confianza de Simón Bolívar con quien estaba emparentado por la línea materna, se incorporó al Ejército Libertador, donde tuvo una distinguida participación en la Guerra de Independencia, especialmente en el campo de la guerra naval. Es considerado uno de los próceres más honestos que ha tenido la república.

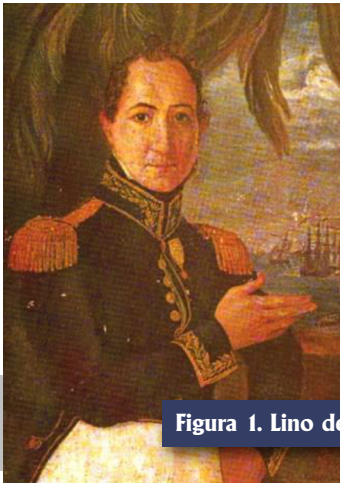


Figura 1. Lino de Clemente

Carmen Clemente Travieso (Figura 2), bisnieta del prócer, fue una escritora venezolana, precursora feminista y activista de los derechos de la mujer en nuestro país; tuvo activa participación en los sucesos de la semana del estudiante en 1928. De amplia y extraordinaria labor periodística, fue fundadora de la Asociación Venezolana de Periodistas en 1941 y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Prensa en 1946. Se le recuerda por sus múltiples reportajes y escritos, entre los que destacan: Las Esquinas de Caracas, Mujeres de la Independencia, Anécdotas y Leyendas de la Vieja Caracas y sus biografías de Luisa Cáceres de Arismendi y Teresa Carreño, además de numerosos artículos publicados en los más importantes periódicos y revistas de Venezuela.

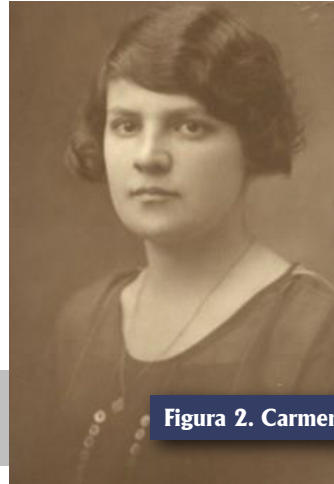


Figura 2. Carmen Clemente Travieso

Es de esta noble estirpe de donde proviene Antonio Clemente, distinguido médico venezolano a quien dedicamos estas líneas, donde mostraremos su notable participación en la medicina venezolana, especialmente en el campo de la cirugía y de la actividad académica y universitaria. He tomado como título de esta biografía la frase "Orden y Trabajo", porque con estas dos significativas palabras el doctor Clemente resumió su agradecimiento a un sensible homenaje que le realizó la Sociedad Venezolana de Cirugía, al otorgar su epónimo a la LXX Jornada Nacional de Cirugía, realizada en Caracas en julio de 2015.

Antonio Clemente Heimerdinger nació en Caracas el 24 de noviembre de 1927. Fueron sus padres Elsa Heimerdinger Casanova y Antonio Ramón Clemente Rodríguez del Toro, hogar formado junto a sus hermanos Alfredo y Lino Clemente Heimerdinger. Descendiente en línea directa de Lino de Clemente y de Fermín Toro de quienes es tataranieta, así como del Marqués del Toro, pertenece a familias de la más alta tradición y abolengo del país. La familia Clemente vivía en Sabana Grande, en la urbanización La Florida. De sólida formación cristiana, creció asistiendo a la iglesia de El Recreo, que también era una especie de centro de reunión, pues estaba rodeada de espacios libres y enfrente tenía una pequeña plaza que aun subsiste. En ese ambiente sereno y pueblerino transcurrió la infancia del doctor Clemente, donde jugaba plácidamente con patines y montando bicicleta. Para ir a Caracas había que hacerlo en tranvía o autobús ya que a la ciudad la separaban de Sabana Grande haciendas y vegas con plantaciones de caña de azúcar y café. Los domingos iba con sus amigos a la metrópoli y en ocasiones se regresaban a pie para economizar.

Los estudios de formación de primer y segundo nivel los realiza el doctor Clemente en el Colegio La Salle de Tienda Honda, prestigiosa institución educativa que aun funciona en el centro de Caracas (Figura 3). De su paso por este plantel conserva grato recuerdo de las clases impartidas por el Hermano Gastón, director del colegio, el Hermano Ginés, de reconocida trayectoria en las ciencias naturales y el Hermano Francisco en filosofía y lógica. Estos estudios los realizó entre los años 1934 y 1945, alternando la disciplina educativa con los gratos desfiles de fin de año, excursiones al Ávila y los juegos de fútbol.



Colegio La Salle, de Tienda Honda en Caracas. Fotografía de la época

En el año 1945 ingresa el doctor Antonio Clemente a la Universidad Central de Venezuela, donde obtuvo el título de Médico Cirujano de manos del rector Julio de Armas en el año 1951, como integrante de la Promoción Pastor Oropeza. De sus compañeros de promoción destacan por su actividad académica Josías De Lima y su esposa Lolita Eljuri, Fuad Lechín y Francisco Kerdel Vegas; así como cirujanos de relieve como: Lino Clemente Urrutia, José Antonio Gubaira, Oswaldo Karam, Jesús Regetti y Enrique Yéspica, entre otros; el famoso pintor Oswaldo Vías también fue integrante de esa promoción. Durante sus estudios médicos y al poco tiempo de graduado, el doctor Clemente fue interno en el hospital Carlos J Bello de la Cruz Roja de Caracas, así como en el Hospital Vargas, interno en el Instituto Oncológico Luis Razetti, y residente del Centro Médico de Caracas desde el año 1951 hasta 1953.

Para realizar estudios de especialización, el doctor Antonio Clemente viaja a la ciudad de Nueva York, donde ingresa en el año 1953 como interno de cirugía en el Hospital Saint Vincent (Figura 4), prestigiosa institución católica de las Hermanas de la Caridad y asociado a la Universidad de Nueva York, donde posteriormente continúa la residencia en Cirugía General durante

los años 1953 y 1957, llegando a ser Jefe de Residentes, bajo la dirección del insigne cirujano Louis M Rousselot, uno de los pioneros en el desarrollo del tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal.



Figura 4. Hospital St Vincent, de Nueva York, en el bajo Manhattan

Al regresar a Venezuela en 1957 comienza a trabajar en el recién inaugurado Hospital Universitario de Caracas, ingresando al Servicio y Cátedra de Cirugía I del profesor Miguel Pérez Carreño (Figura 5), iniciándose así una larga y extraordinaria labor en el campo quirúrgico y académico, manteniéndose su fructífera actividad creativa hasta la actualidad. En esta etapa de su carrera compartió cátedra con notables figuras de la cirugía nacional, tales como Guillermo Negrette de Windt, Néstor Bracho Semprún, Elías Rodríguez Azpurúa, Adán Hermoso Centeno, Reinaldo Douahi y, en una mención exclusiva, el maestro Augusto Diez, a quien le profesó especial cariño y los unió una larga amistad consolidada al ser compadres por partida doble.



Figura 5. Cátedra y Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario de Caracas. El doctor Clemente es el primero a la izquierda en la segunda fila, al lado de Néstor Bracho Semprún. El profesor Miguel Pérez Carreño aparece examinando al paciente. El doctor Augusto Diez es el cuarto de izquierda a derecha, en la segunda fila. Óleo del pintor Roberto Fantucci

En esta etapa que va desde 1957 hasta 1970 el doctor Antonio Clemente tuvo una muy destacada actuación como profesor universitario y cirujano. Fue coordinador del postgrado de Cirugía General de la Facultad de Medicina de 1961 hasta 1968, fundador de la Comisión de Estudios de Postgrados de la Facultad de Medicina en 1962, profesor titular en 1964, y director del curso de Cirugía desde 1968 hasta 1970. Ingresó a la Sociedad Venezolana de Cirugía en 1960 donde también tuvo una prolifera actividad que le mereció la honrosa investidura como miembro honorario. En 1964 obtiene el título de Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela con la tesis doctoral "Hipertensión Portal", seguramente inspirado en las enseñanzas del profesor Rousselot.

En el año 1970 es nombrado por concurso Jefe de la Cátedra y Servicio de Cirugía 3, cátedra fundada por el insigne profesor Hermógenes Rivero. De 1973 hasta 1979 también ejerció los cargos de Jefe del Departamento de Cirugía de la Escuela Luis Razetti y miembro del Consejo de Escuela de la Facultad de Medicina.

Una vez culminada su actividad como profesor de la Universidad Central de Venezuela, el doctor Clemente comienza a desarrollar a partir de 1979 intensa labor en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Ingresa por concurso de oposición al Hospital Miguel Pérez Carreño, como Jefe del Servicio de Cirugía 4, jefatura que ejerció hasta el año 1996. Allí tuvo la oportunidad de conocerlo ya que trabajé bajo su dirección como interno de postgrado en el año 1985. Amplio conocedor de la problemática de la seguridad social en Venezuela, fue vicepresidente del IVSS durante los años 1979 a 1981, y tuvo el privilegio de ser el primer director de Docencia e Investigación del instituto.

En la más alta institución médica académica del país, Antonio Clemente también hizo presencia, donde está dejando fecunda labor plasmada en 25 trabajos publicados en la Colección Razetti y múltiples artículos en la Gaceta Médica de Caracas. El doctor Clemente fue incorporado a la Academia Nacional de Medicina en 1992 como Miembro Correspondiente Nacional para el Puesto 33, sucediendo a la doctora Milena Sardi de Selle. En 1995 es elegido Individuo de Número ocupando el Sillón XXXVI, vacante dejada por el doctor David Iriarte. Su trabajo de incorporación fue "El Seguro Social: crisis y soluciones", con el juicio crítico del académico Carlos Hernández. Su labor académica es reconocida y lo hace merecedor de ser Presidente de la Academia Nacional de Medicina durante los años 2008 a 2010 (Figuras 6 y 7).

La obra del doctor Antonio Clemente es extraordinaria, inmensa; desde que se inició como docente en el Hospital Universitario de Caracas se preocupó por la más adecuada formación del cirujano y por la organización de los servicios quirúrgicos y de los programas docentes. Una vasta obra escrita concebida en más de 400 trabajos de investigación, publicados



Figura 6. Juramentación del doctor Antonio Clemente Heimerdinger como Presidente de la Academia Nacional de Medicina



Figura 7. Discurso desde el púlpito de Santo Tomás de Aquino en el paraninfo de la Academia

en importantes revistas científicas venezolanas y extranjeras, 200 de ellos sobre cirugía y los demás en relación a la docencia, investigación quirúrgica, seguridad social, administración y organización de los servicios médicos; múltiples ponencias y conferencias, actividades éstas en las que aun se mantiene vigente y trabajando, como por ejemplo en un último tema que ha desarrollado y es en lo concerniente a lo que ha denominado "Medicina Organizada", excelente estudio donde se expone la disposición y estructura institucional de la medicina nacional, un correcto ordenamiento que ha dado sus logros y que ahora, cuando observamos un retroceso en las políticas del estado en relación a la salud y a la formación del recurso humano, esta Medicina Organizada describe el orden en su conjunto de la profesión médica en Venezuela, con sus fortalezas y debilidades, y se proponen recomendaciones para mejores resultados; investigación que debe ser divulgada para su estudio por todos los que se dedican a la organización de la salud en nuestro país.

La actividad científica y académica del doctor Clemente es complementada al pertenecer a prestigiosas sociedades científicas nacionales e internacionales. Entre las más importantes es miembro de la Sociedades Venezolanas de Cirugía, de Oncología y de

Gastroenterología, Miembro del Colegio Americano de Cirujanos donde ha sido Gobernador del Capítulo Venezolano, y Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Argentina de Cirugía (único miembro venezolano de esta corporación). Miembro Honorario de la Asociación Argentina de Cirugía. Además, en su larga trayectoria ha sido merecedor de múltiples distinciones y condecoraciones, tales como la Orden Andrés Bello, José María Vargas, Mérito al Trabajo, Seguridad Social, José Izquierdo, Cruz de Sanidad y muchas más

La Sociedad Venezolana de Cirugía como justo reconocimiento a la labor de uno de sus más conspicuos miembros, dispuso como epónimo de la LXX Jornada Nacional de Cirugía el nombre del Dr. Antonio Clemente Heimerdinger, evento que se realizó en Caracas en el mes de julio de 2015 (Figura 8). En un emotivo acto donde asistió acompañado de sus familiares, recibió el homenaje del Servicio de Cirugía 1 del HUC donde inició su carrera universitaria (Figura 9), así como múltiples manifestaciones de afecto por parte de la directiva de la Sociedad, de amigos y de antiguos discípulos. Es en este acto donde el doctor Clemente al corresponder a las distinciones deparadas, resumió su discurso de agradecimiento en dos palabras que definen su filosofía de vida y que lo han conducido al sitio de honor donde está en la medicina venezolana, palabras que son un profundo mensaje a las jóvenes generaciones, y que son las que dan título a esta semblanza: "Orden y trabajo". Esto es lo que nos recomendó el doctor Clemente a todos los que estábamos ahí,

este es el secreto del éxito que dos develaba, algo sencillo para alcanzar la grandeza.

La figura del doctor Clemente inspiraba mucho respeto. Era admirable su capacidad organizadora en el servicio de Cirugía 4 del Hospital Miguel Pérez Carreño. Una disciplina prusiana, una puntualidad suiza, era impresionante ver como todos los días a las 7 en punto de la mañana hacía entrada en el servicio para comenzar la revista médica, después de subir por las escaleras los 10 pisos que separaban al servicio de la entrada del hospital. Los residentes debían ir correctamente vestidos, la limpieza y pulcritud del servicio era la norma. Las historias clínicas y notas operatorias eran revisadas y corregidas religiosamente. El orden y la disciplina eran notorios, sin lugar a dudas un servicio ejemplar. Y así era el doctor Clemente y le imprimía su huella al servicio: pragmático, sin retórica, esquemático, no solo era cirujano. Antonio Clemente es sanitarista, epidemiólogo, clínico, humanista, maestro; cualidades que integraba a la cirugía para obtener los mejores resultados.

Unido en matrimonio con la señora Olga Blanch Rutman de Clemente, se consolidó la unión con la formación de un núcleo familiar complementado con sus 7 hijos y sus nietos, a quienes siempre les ha inculcado los preceptos de la fe y la caridad cristiana (Figura 10).

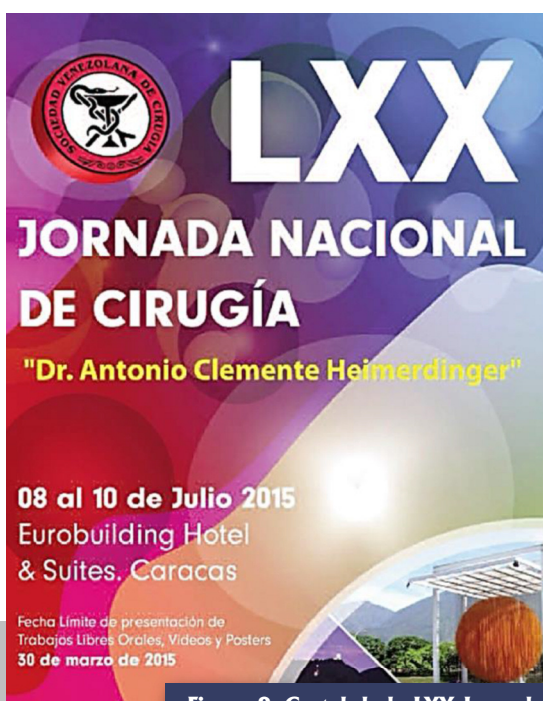


Figura 8. Cartel de la LXX Jornada Nacional de Cirugía en honor al doctor Antonio Clemente



Figura 9. Miembros del Servicio de Cirugía 1 del Hospital Universitario de Caracas en el acto de homenaje al doctor Clemente. De izquierda a derecha: doctores Javier Cebrián (jefe del servicio), Nelson Dellán, Antonio Clemente, Oscar Colina y Arturo Soto

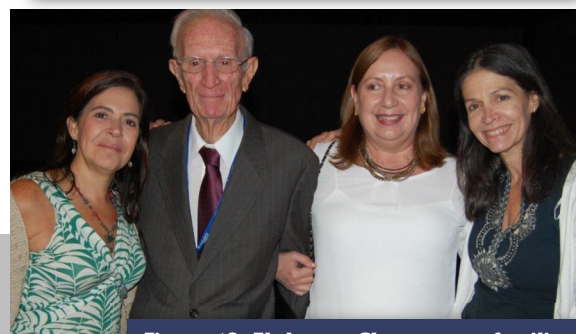


Figura 10. El doctor Clemente en familia

HISTORIA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA. PASADO, PRESENTE Y FUTURO.

ISMAEL J. SALAS MARCANO

ANTECEDENTES

La primera universidad venezolana, la REAL Y PONTIFICA UNIVERSIDAD DE CARACAS, fue creada el 22 de diciembre de 1721. Sin embargo, la educación médica se inicia con la creación en nuestra Universidad de la primera Cátedra de Medicina el 10 de octubre de 1763. La Universidad Real y Pontificia pasó a ser denominada UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA después de la independencia y el 24 de junio de 1827, Simón Bolívar con la magnífica colaboración del Dr. José María Vargas, promulga los Estatutos Republicanos de la Universidad Central de Venezuela. Un día después, el 25 de junio de 1827, se suscribe el decreto creador de la Facultad de Medicina de Venezuela. A los 64 años de ese trascendente suceso, se funda el Hospital Vargas de Caracas, gracias a la decisión del Dr. Pablo Rojas Paúl, Presidente de la República (1888-1890) quien cuarenta días después de su toma de posesión, el 16 de agosto de 1888, firmó el decreto destinado a su construcción siendo inaugurado el 1 de enero de 1891 por el entonces presidente Raimundo Andueza Palacios.

A los cuatro años de la creación del Hospital Vargas, la excelente labor desarrollada y el empuje de ese brillante grupo de médicos crearon las condiciones para el decreto del 30 de enero de 1895 del Presidente de la República, general Joaquín Crespo, el cual en su primer artículo establecía la creación en su seno de las cátedras de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y Clínica de Obstetricia y Ginecología, dependientes de la Facultad de Clínicas Médicas de la Universidad Central de Venezuela que han sido desde entonces baluartes fundamentales para la adecuada formación de los médicos.

Después de la muerte del general Juan Vicente Gómez, cuando en 1936 asume la presidencia el general Eleazar López Contreras, se produce un incremento de la población y de cambios socioeconómicos importantes; se inicia una etapa de modernidad y expansión de la educación y de los servicios sanitarios en todos sus niveles. Los cambios ocurridos imponen nue-

vas necesidades de formación de los médicos venezolanos, que se incorporan a la corriente mundial influenciada por el modelo norteamericano. Comienzan nuevamente los estudios médicos de post-grado no reglamentados, auspiciados en este reinicio por el recién creado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, institución que conjuntamente con la fundación Rockefeller subvenciona los estudios de algunos médicos en los Estados Unidos.

De acuerdo con el estudio de los datos de origen de los cursos médicos de post-grado y de los hechos históricos del país, se ha determinado que existió un largo período entre 1827 y 1934 de ausencia o de receso en relación a los que llamamos estudios de postgrado no reglamentados, con una breve interrupción en 1892 por la creación de las llamadas residencias médicas e internados y externados hospitalarios fundados por el doctor Luis Razetti.

Antes de 1936 no existía en nuestro medio ni la enseñanza, ni los conceptos, acerca de la necesidad de un aprendizaje continuo del médico por medio de cursos de postgrado. Generalmente quien deseaba mejorar sus conocimientos buscaba la protección de un profesor, le seguía en sus actuaciones, a veces se convertía en su ayudante, de esa manera mejoraba sus habilidades y conocimientos. A la par, los profesores eran estudiosos, a veces sabios, pero siempre autoformados. Algunos eran privilegiados con esfuerzos personales o familiares, pudieron viajar al exterior generalmente a Francia, para adquirir allí, con los grandes maestros tanto el propio aprendizaje como la metodología y los sistemas de enseñar.

HISTORIA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGIA.

PASADO

El encomiable propósito de agrupación científica, como suprema aspiración de progreso y superación colectiva entre nuestros profesionales, no es patrimonio de las generaciones actuales. En las postrimerías del siglo XIX, aumenta la presencia de profesionales residenciados en Caracas, quienes todavía ejercían indistintamente la Medicina Interna, la Obstetricia y la Cirugía. Para el año de 1893, un grupo selecto y representativo de nuestras juventudes médicas, encabezado por Pablo Acosta

Expresidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Jefe Honorario de Cirugía del Hospital "Carlos J. Bello" Cruz Roja de Venezuela. Profesor de la Escuela de Medicina "José María Vargas" U.C.V. Ex Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular Hospital Vargas. Caracas.

Ortiz, Luis Razetti, Santos Dominici, David Lobo y Conde Flores, entre otros, pocas veces superadas en pujanza progresista, de regreso a Europa, no tardan en percatarse de la imperiosa necesidad en que estaban de coordinar sus esfuerzos científicos, bajo forma de organizada acción colectiva con miras a una mayor compenetración espiritual y una más estrecha colaboración profesional, en pro del verdadero progreso cultural y científico. Su desarrollo seguiría el modelo de los estudios europeos, en especial de la escuela médica francesa.

Inspirados en tan nobles ideales, dignos de la más exitosa culminación, se dieron a la tesonera labor de colegiarse, fundando la noche del 03 de Abril de 1893, la histórica "SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE CARACAS", la primogénita de nuestras organizaciones profesionales, que por su alto valor científico y su profundo sentido realista se convirtió a poco, en el "Colegio de Médicos de Venezuela", pasando a ser más tarde y en definitiva, por la férrea voluntad de sus iniciadores y decreto ejecutivo del 7 de marzo de 1904, nuestra "ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA", aún en la actualidad, máximo exponente de la cultura médica del país. Jamás será suficientemente apreciada y admirada la titánica labor de sus gestores.

Realizado así el primer intento de agrupación científica, en las postrimetrías del siglo XIX y en los alrededores del XX, se adelanta en la historia médica con el esbozo de la primera colaboración profesional entre médicos internistas de una parte y cirujanos y parteros de la otra, independiente de sus actividades pero todavía agrupados indiferentemente para fines científicos. Animados por idénticos propósitos existieron otras tendencias de agrupaciones médicas similares, tales como, la SOCIEDAD MÉDICA DE CARACAS y la MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES, pero menos afortunadas que sus antecesores, solo tuvieron una vida efímera y sin especial significado en nuestra vida científica.

Durante el primer cuarto del siglo XX, no solo se acentúa y se hace más marcada la separación de las actividades, comienza ya a iniciarse la división entre parteros y cirujanos, hasta entonces estrechamente unidos; y a surgir profesionales que ejercen la Cirugía General como única actividad científica. Su número aumenta rápidamente en relación con las necesidades ambientales, a tal punto que no tardan en florecer múltiples especialidades de naturaleza exclusivamente quirúrgica y es lógico que se pensara en la organización de una agrupación científica de carácter exclusivamente quirúrgico, a diferencia de las hasta entonces existentes, de tipo híbrido, compuestas indistintamente por médicos, cirujanos y parteros.

En semejantes circunstancias, surgió la SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA, que representa una manifestación mucho más elevada que un simple acontecimiento gremial, finalidad ésta de la labor exclusiva de los Colegios de Médicos. Su verdadera génesis estriba en la inaplazable culminación de una

evidente necesidad, con el sólo propósito de lograr una mayor aproximación en nuestras inquietudes científicas y de acordar en común los múltiples problemas que a diario se plantean en la práctica, tratando así de unificar criterios y contribuir al progreso y dignificación de nuestra especialidad.

Para aquella época, el viejo y noble Hospital Vargas encerraba toda una tradición de hombres que desinteresada y honestamente se habían sacrificado por el bienestar colectivo. Pero ello no era suficiente; había que lograr que tanto en la ciudad como en el campo reinaran los principios científicos en la profesión y que los requisitos de una técnica prevaleciera sobre la improvisación; el país comenzaba a vivir la etapa de la responsabilidad del hombre ante la comunidad; existía el sentir unánime de que había la imperiosa necesidad de sumar voluntades para hacer fructificar el avance en conjunto, razón de la evolución siempre ascendente, sin pausas ni retardos. Fue propicia la ocasión de la realización de los concursos de oposición para los cargos de segundos cirujanos adjuntos del Hospital Vargas en el mes de Junio del año 1944 para que los jóvenes que conquistaran tan apreciables posiciones no se contentaran con el goce del triunfo personal, sino que entraran a considerar el modo como ellos, cirujanos en formación, pudieran contribuir al adelanto de su especialidad que en ese entonces aseguraban con la permanencia en el hospital y la dedicación a la enseñanza de la cirugía.

Todos, al unísono se propusieron una tarea, la de formar una SOCIEDAD QUIRÚRGICA digna de nuestro país. Resolvieron escoger entre sus profesores de cirugía al que consideraron con las mayores cualidades de prestigio científico y profesional, honestidad y moral médica intachable, hombre empeñado en darle empuje a la cirugía venezolana. Ese hombre fue el doctor Domingo Luciani a quien expusieron sus ideas y de inmediato les dio el más franco apoyo. Noche tras noche en su casa de habitación se reunió el grupo promotor de la futura Sociedad Quirúrgica. Se eligió como modelo los reglamentos y estatutos de la Academia de Cirugía de París.

Una vez realizado el anteproyecto se discutió sobre los cirujanos que debían llamar a firmar el acta constitutiva. En esa época, en Venezuela, después de la muerte del general Juan Vicente Gómez, hubo una renovación del personal docente y asistencial de los hospitales mediante los concursos de oposición, unos justos, otros con reservas, pero al fin de cuentas, el nuevo ingreso a los hospitales era por mérito y no por recomendaciones ni por influencias políticas. Así fue que se renovó íntegramente todo el personal del Hospital Vargas, así como también los jefes de servicio de la Cruz Roja.

Consideraron que lo más justo para formar el grupo de profesionales de la nueva Sociedad era aceptar a todos aquellos profesionales universitarios y cirujanos de los hospitales que habían obtenido mediante un concurso de oposición, su cargo docente y asistencial y dejaron también una puerta abierta para

otros profesionales que se consideraran con credenciales suficientes para pertenecer a ella.

En estos estatutos se contemplaron 4 categorías de miembros: fundadores, titulares, asociados nacionales y asociados extranjeros. Se admitían como miembros fundadores (copia del texto): a) los actuales profesores titulares de la rama quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela; b) los actuales jefes de clínicas y jefes de trabajos prácticos por concurso de la rama quirúrgica de la misma facultad; c) los actuales cirujanos titulares del Hospital Vargas de Caracas y d) los que se incorporen antes del 31 de diciembre de 1944, siempre que se llenen las condiciones que se exigen para ser miembro titular. La dirección y administración de la Sociedad estará a cargo de una Junta Directiva compuesta por 6 miembros, que durarán un año en sus funciones a excepción del secretario general que durará tres años. La Junta Directiva estuvo integrada por un presidente, un vicepresidente, un secretario general, director de la revista, un secretario anual, un tesorero y un bibliotecario archivero. Ninguno de los miembros de la Junta Directiva podrá ser para el período inmediatamente siguiente (cierre de la cita del texto)

Así nació la SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA. Cronológicamente es la primera de carácter exclusivamente quirúrgico, aparecida en el panorama científico del país. Aquella joven generación de cirujanos había fundido su anhelo con la experiencia y ducción de sus maestros, quienes con igual entusiasmo daban el inicial impulso consagratorio de la nueva organización. Firmaron como miembros fundadores (en orden alfabético) los doctores: Albano Adriani (+), Leopoldo Aguerreverre (+), Ricardo Baquero (+), Oscar Beaujón (+), Pedro Blanco Gásperi (+), Alfredo Borjas (+), Angel Bustillos (+), Domingo Calatrava (+), Demístocles Carvalho (+), Hernán de las Casas (+), Trino Castro (+), Antonio José Castillos (+), J.M. Cervoni (+), Franz Conde Jahn (+), Salvador Córdova (+), Fernando Rubén Coronil, C.P. De Bellard (+), Fermín Díaz (+), J.M. Espino (+), Francisco Flamerich (+), Julio César Álvarez (+), Jorge González Celis (+), P.A. Gutiérrez Alfaro (+), J. J. Gutiérrez Osorio A, Gutiérrez Solís (+), David R. Iriarte (+), Pablo Izaguirre (+), José Izquierdo (+), Agustín La Corte, Félix Lairret (+), Cruz M. Lepage (+), Leopoldo E. López (+), L. López Viloría (+), Domingo Luciani (+), A. Martínez Niochet (+), Luis R. Méndez (+), M. V. Méndez Gimón (+), Francisco Montbrun Ríos, Guillermo Negrete de Windt (+), Miguel Pérez Carreño (+), Jesús Rhode (+), J.C. Rivas Morales (+), Hermógenes Rivero (+), Luis F. Rivero (+), Luis Rodríguez Santana (+), J.J. Rojas Contreras, Héctor Sánchez Becerra (+), H. Toledo Trujillo (+), Carlos Travieso (+), Martín Valdivieso (+), R. Betancourt Ravart (+), Juan G. Yáñez (+), Rafael Zamora Pérez (+).

Su primera Junta Directiva estuvo constituida por el Dr. Domingo Luciani, Presidente; Dr. Pedro Blanco Gásperi, Vice-Presidente; Dr. José de la Trinidad Rojas Contreras, Secretario

General; Dr. Jorge González Celis, Secretario Anual; Dr. Leopoldo E. López, Tesorero y Dr. Manuel Vicente Méndez Gimón, Bibliotecario Archivero, quienes quedaban encargados de darle personería jurídica a esta Sociedad que se registró por las bases admitidas en la Asamblea de fecha 20 de Octubre de 1944 y por los Estatutos y Reglamentos aprobados por las Asambleas del 27 al 30 del mismo mes de Octubre del mencionado año. El Acta Constitutiva fue autenticada en el Juzgado Cuarto de Parroquia y protocolizada en la Oficina Subalterna del Segundo Circuito de Registro del Departamento Libertador del Distrito Federal. En acto académico solemne en el Paraninfo de la Universidad Central de Venezuela, hoy Paraninfo del actual Palacio de las Academias, fue juramentada la primera Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía para el período 1945-1946.

El retardo de tan urgente realización es lógico producto de nuestra lenta y peculiar evolución científico social, influenciada muy probablemente, en las peculiares circunstancias y condiciones de nuestra agitada existencia histórica: Sometidos primero, a la vigilante tutela de un rígido control colonial y sacudidos más tarde con irreparables ímpetus revolucionarios por los históricos acontecimientos de nuestra magna gesta emancipadora, prolongada luego por otras muchas revueltas que constituyeron otras tantas trabas al libre curso de nuestro natural desenvolvimiento. Sin embargo, dentro del desarrollo de nuestra cirugía, desde el empirismo craso de los indígenas precolombinos, hasta la especialidad consciente de metódicas y bien regladas técnicas que en la actualidad posee, la cirugía venezolana ha pasado sucesivamente por una serie de períodos cónsonos con las diferentes ideas, circunstancias y tendencias de las distintas épocas.

Este simple bosquejo retrospectivo del origen de la Sociedad es suficientemente elocuente para comprender la razón de ser de su existencia, pero a su vez está lleno de justicia humana y ungido de veneración y de respeto para el recuerdo que involucra esta rememoración de nombres no olvidados, pero tampoco debidamente presentes muy dignos, de una generación ya pasada de grandes maestros que merecen y merecerán nuestro recuerdo, nuestro cariño y nuestro aplauso y también a las sobrevivientes figuras como los doctores Fernando Rubén Coronil, Francisco Montbrun Ríos, José de la Trinidad Rojas Contreras, hoy respetadas y apreciadas por todos, donde todavía se puede hallar juntos, en simbiosis, en una sola persona, al médico, al maestro, al catedrático, al apóstol, al amigo, al benefactor social.

Hacer reminiscencia de personajes históricos, no involucra la idea de suplantarlos al presente, pretendiendo que todo tiempo pasado fue mejor; lo que resultaría tan anacrónico e incongruente como suponer que el pasado no existe y que el progreso y la ciencia comienzan con nosotros. Desde este punto de vista, tan nefasto resulta vivir en impetuosa contemplación pre-

térita, reposando en el recuerdo de nuestras glorias pasadas

como suponer que nada cuentan en nuestra cultura el ejemplo edificante y la sabia enseñanza de quienes nos precedieron. Es tendencia moderna, muy en boga en nuestra época, propender hacia el mezquino intento de aminorar merecimientos y desconocer valores llegando en ocasión hasta empeñarse en destruir reputaciones, con la desatinada pretensión, sin base ni fundamento, de que el pasado no tiene más valor que la curiosidad y nuestros antecesores, otra importancia que la histórica; sin detenerse a reflexionar que la vida actual, en sus distintos ordenes y aspectos, no es mas que la consecuencia obligada de ayer en adaptada evolución a las exigencias de hoy y que sin el ejemplo y enseñanzas de quienes nos han precedido en la obra, no por importantes que parezcan las realizaciones actuales, solo representan en definitiva, insignificantes aportes, en el seno milenario de los siglos y humildes eslabones en la ininterrumpida cadena del progreso colectivo. Ignorar nuestro pasado es menospreciar el presente y desvalorizar nuestro futuro.

PRESENTE

En la medicina venezolana, se ha cumplido el proceso histórico biológico de la continuidad de las generaciones, y si hoy podemos presentar con orgullo los progresos de nuestra cirugía, con arrogancia debemos decirlo, que se lo debemos a esos hombres que ensanchando los senderos en que habían dejado sus maestros, se hicieron a su vez maestros, para que la cirugía continuase caminando por la ruta superativa de su evolución y llegase a romper los horizontes de la rutina hasta llegar a este siglo, a convertirse en un arte muy depurado, sin aceptar como definitivo el conocimiento que nos brinda en procura de buscar siempre mejores soluciones. Hay entre nosotros ilustres maestros y evoco con cariño a quines ya desaparecidos me guiaron en el áspero y dulce camino de nuestra especialidad, hay también talentosos condiscípulos que siguieron las huellas de sus maestros y otros que sin tener la suerte de encontrarlos fueron maestros y discípulos de si mismos, autodidactas.

Durante estos cincuenta y seis años su presidencia ha sido ocupada por nuestros más prestigiosos y representativos valores de la cirugía. Primero vivió bajo la presidencia del que había sido maestros de todos, el profesor Domingo Luciani, siguieron los doctores: Pedro Blanco Gásperi, Salvador Córdova, Miguel Pérez Carreño, Fermín Díaz, Alfredo Borjas, Carlos Travieso, Fernando Rubén Coronil, Ricardo Baquero González, José Domingo Leonardo, Eduardo Carbonell, Francisco Montbrun, Hernán Quintero Uzcátegui, Aquiles Erminy, Francisco Romero Lobo, José María Cartaya, Luis A. Bello Valera, Carlos Hernández, Héctor Jurado Roz, Francisco Romero Ferrero, Pablo Briceño Pimentel. Todos trabajaron con denuedo, con tenacidad, con mística en la gran persecución del desideratum que aspiraban

para la Sociedad.

La Sociedad Venezolana de Cirugía ha sido ejemplar en su uniforme y progresivo rendimiento; ha cumplido a cabalidad sus objetivos, atendida a los mejores principios y preocupada por sanos intereses. No ha visto en su equilibrada existencia, ni precipitadas iniciativas, ni lapsos de desalientos; como que ella ha tenido la fortuna de no ser expresión de temperamentos personales ni reducto de grupos absorbentes. Siempre ha sido campo abierto a las mejores ideas, equidistantes de rígido dogmatismo, de liberalismo mal entendido. Ha sido afortunada en la elección de sus directivos, que han sabido cumplir con los requerimientos que supone el crecimiento regular de los 56 años y las crecientes exigencias por la amplitud de sus programas. Ha propiciado la confraternidad y acercamiento científico y profesional de todos los cirujanos calificados en el territorio nacional, en procura de solucionar los problemas que se derivan del estudio, la investigación, la docencia y el ejercicio de la cirugía, buscando elevar el nivel de la asistencia y enseñanza del arte quirúrgico y promoviendo la investigación científica de los problemas médico asistenciales y sociales del paciente quirúrgico.

La Sociedad Venezolana de Cirugía ha tenido desde sus albores un mesurado liberalismo para la selección de nuevos miembros en el deseo de que a ella se incorporen todos los cirujanos que así lo deseen y que llenen ciertas condiciones que exigen los Estatutos y Reglamentos, lo que la ha hecho cada vez más fuerte y su futuro más firme, pero también ha buscado desde el principio apartarse del terreno de la polémica y de la lucha gremial, pues su objetivo es únicamente de carácter científico, su aspiración es solamente contribuir al adelanto de la cirugía nacional mediante el intercambio de ideas de sus miembros. Soy de los que creo que los organismos estrictamente científicos deben integrarse y vivir alejados de la lucha diaria, ajeno a la ciencia misma; y que los asuntos que competen a las sociedades científicas no pueden ser tratados en asambleas gremiales, ni decidirse por votación. La ciencia es una disciplina que requiere especial formación espiritual, resultando imposible hacer científicos por decretos o resoluciones, ni sociedades científicas según procedimientos o líneas de acción fijadas por elementos o factores extraños. Por todo lo cual pienso que la Sociedad Venezolana de Cirugía debe oponerse a cualquier interferencia extraña que pretenda desviarla de su orientación exclusivamente científica.

No hay duda que todos los objetivos expresados en el artículo segundo de sus estatutos han sido ampliamente logrados en los 56 años cumplidos de su fecunda labor como ha sido "propender por todos los medios a su alcance, al estudio, investigación y progreso de la cirugía, estrechar vinculaciones y mantener la unidad de la ciencia quirúrgica", Y no hay duda tampoco que los nuevos miembros que han ingresado en estos años han

sabido interpretar los objetivos de la sociedad, han sabido hacer una labor de continuidad en la obra iniciada hace más de cinco décadas y están animados cada día mas de un gran espíritu de superación por haber logrado contribuir muy generosamente a colocar la cirugía venezolana a la altura que hoy ocupa que igual, en proceso, en técnica, en rendimiento y resultados obtenidos, a los mejores logros y a las alturas alcanzadas en otros países. Es necesario no olvidar que el progreso en todas las esferas del pensamiento es obra colectiva, producto de la concurrencia y superación de las ideas venidas de todas las latitudes.

La vida de la Sociedad ha transcurrido en la mayor armonía y cordialidad y ha ofrecido la observación, rara en nuestro medio, de haber despertado en sus miembros el interés por la actividad científica pura, por la discusión de los problemas independientemente de consideraciones de carácter personal, sin ambiciones, sin palabrerías, ni afán de sobresalir. Ha vivido con provecho, ha rendido con honor, con pausa pero sin prisa; ha obtenido la unidad de acción, el acercamiento y la armonía de todos los cirujanos calificados en escala nacional para bien de la cirugía venezolana.

FUTURO

Pero la cirugía continúa en constante evolución vinculada estrechamente como están sus actividades a los progresos de la ciencia y a las transformaciones impuestas por las nuevas ideas y

las necesidades de la vida moderna. La explosión tecnológica durante los últimos cincuenta años ha tenido efecto sobre casi todos los campos de la existencia humana y ninguno mas importante que del combate de la enfermedad. El desarrollo de equipos e instrumental nuevo, preciso, los trasplantes de órganos; la telemedicina, la telecirugía, la cirugía robótica asistida por computadora y recientemente el primer borrador de la secuencia completa del ADN que conforma el código genético humano nos dice que estamos entrando en una nueva era de la medicina.

No obstante tenemos fé en el futuro, justificada en el vigor de la estructura que hoy ofrece nuestra sociedad, pasados ya los delicados años de formación y desarrollo. Cada vez serán más exigentes sus tareas, de mayor calidad sus compromisos, pero los podrá cumplir airoosamente con la capacidad y experiencias que atesoran ahora sus hombres de acción manteniendo el espíritu de confraternidad y responsabilidad profesional, gremial y moral que ha prevalecido hasta hoy entre sus miembros.

“Solo el trabajo creador y constante, la seriedad y responsabilidad en los planteamientos y el equilibrio en las ejecutorias, pueden conducirnos a las metas que se reclaman”

Nota del Editor: En homenaje y recuerdo al doctor Ismael Salas Marcano, estimado expresidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía recientemente fallecido, se publica este importante trabajo de la historia de nuestra Sociedad.