

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA
FUNDADA EN 1960



PREMIO APTA - FUNDACIÓN RIZZUTO, AÑO 1981
Indizada en Catálogo Latindex Nivel 1
Incluida en el Index Medicus Latinoamericano (OPS)
Indizada en Base de Datos LILACS (BIREME-OPS) y CONDOR (S.I.I.C.)
Incluida en Base de Datos Periódica, UNAM, México
Indizada en base Scielo Argentino
Participante de los Requisitos Uniformes, Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas
Participante del Proyecto EXTRAMED, Organización Mundial de la Salud (OMS)
ISSN 0048 - 7600 - ISSN on-line 2250-639X
Registro de la Propiedad Intelectual 67.145

AUTORIDADES



DIRECTOR

Alejandro S. Oria

(Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires)

EDITOR JEFE

Eduardo B. Arribalzaga

(Hospital de Clínicas, Buenos Aires)

COMITÉ EDITORIAL

Raúl A. Borracci

(Hospital de Clínicas, Buenos Aires)

Eduardo Bumaschny

(Instituto Roffo, Buenos Aires)

Sung H. Hyon

(Hospital Italiano, Buenos Aires)

Mario L. Iovaldi

(Hospital Alemán, Buenos Aires)

Gustavo A. Lyons

(Hospital Británico, Buenos Aires)

Manuel R. Montesinos

(Hospital de Clínicas, Buenos Aires)

Carlos G. Ocampo

(Hospital Argerich, Buenos Aires)

Rodrigo Sanchez Claría

(Hospital Italiano, Buenos Aires)

SECRETARIA

Mariela L. Ramos

2013; Vol 104 Nº 1 (ENERO - FEBRERO - MARZO) - ÍNDICE

Reglamento de Publicaciones	III
Autoridades Academia Argentina de Cirugía	IX

Editorial	
Guías de estilo para la confección de manuscritos	XV

Artículos Originales	
Utilidad del colgajo anterolateral de muslo en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. Sergio D. Quildrian MAAC, Roque S. Adan MAAC, M. Gabriela Vega MAAC y Pedro A. Saco MAAC	1
Esofagectomía subtotal por abordaje mini-invasivo: resultados de una experiencia inicial. Daniel D. Pirchi MAAC, Roberto A. Cerutti MAAC, Leonardo G. Pankl MAAC, Gustavo A. Lyons MAAC y Eduardo A. Porto MAAC ..	6

Presentación de Casos	
Agenesia de vesícula biliar. Importancia del diagnóstico preoperatorio. Juan J. Cerda, Ezequiel Palmisano, María José Domínguez y col	14
Obstrucción intestinal post-trombosis venosa de la vena mesentérica superior. Presentación de caso y revisión de la literatura. Leonardo A. Arrechea MAAC, Alejandro M. de la Torre MAAC FACS y col	17
Hernia diafragmática postraumática complicada. Gustavo J. A. Mantovani MAAC, Daniel Valeri y col	21

Sesiones Academia Argentina de Cirugía	
Comunicación	
El "mejor cirujano". Eduardo de Santibañes MAAC FACS	24

Publicación Oficial de la Asoc. Arg. de Cirugía
Correspondencia y suscripciones:
M. T. de Alvear 2415 - (1122) Cap. Fed.
Tel.: 4822-6489 / 4822-2905-3649
FAX Nº (054-11) 4822-6458
E-mail: info@aac.org.ar - revista@aac.org.ar

Producción gráfica y editorial:
GM - Mansilla E., Mansilla N., Irrera M. S/H
Cdoro. Rivadavia 3330 - (B1874FUH) Pcia. de Buenos Aires
Tel./Fax: 4205-2497/6644 L. Rot.
e-mail: info@graficagm.com.ar
Website: www.graficamansilla.com.ar

PRESIDENTE Dr. Norberto A. Mezzadri	Instructions to the authors	III
VICEPRESIDENTE 1° Dr. Luis T. Chiappetta Porras	Argentinean Academy of Surgery Members	IX
VICEPRESIDENTE 2° Dr. Ricardo A. Torres	Editorial	
VICEPRESIDENTE 84º CONGRESO Dr. Juan Pekolj	Guidelines	XV
SECRETARIO GENERAL Dr. Javier C. Lendoire	Original Papers	
SECRETARIO DE ACTAS Dr. Pablo Capitanich	Results in the utilization of anterolateral thigh free flap in head and neck pathology. Sergio D. Quidrian MAAC, Roque S. Adan MAAC, M. Gabriela Vega MAAC and Pedro A. Saco MAAC.....	1
TESORERO Dr. Gustavo L. Rossi	Initial results in mini-invasive esophagectomy. Daniel Pirchi MAAC, Roberto A. Cerutti MAAC, Leonardo G. Pankl MAAC, Gustavo A. Lyons MAAC and Eduardo A. Porto MAAC.....	6
PROFESORADO Dr. Diego L. Sinagra	Cases Report	
VOCALES TITULARES Dr. Roberto A. Cerutti Dr. Carlos M. Canullán Dr. Angel M. Minetti Dr. Angel M. Vannelli	Agenesis of the gallbladder. The preoperative diagnostic. Juan J. Cerda, Ezequiel Palmisano, Maria Jose Dominguez et al.....	14
VOCALES SUPLENTE Dr. Matías B. Quesada Dr. Mariano L. Bregante Dr. Maximiliano Bun Dr. Carlos F. Candia Dr. Juan A. Salceda Dr. Gustavo M. Stork	Intestinal occlusion due to mesenteric venous thrombosis. Leonardo A. Arrechea MAAC, Alejandro M. de la Torre MAAC FACS et al.....	17
CONSEJO CONSULTIVO Dr. Pedro A. Ferraina Dr. Alejandro S. Oria Dr. Eduardo Cassone Dr. Eduardo de Santibañes Dr. Claudio Iribarren	Post-traumatic diaphragmatic hernia. Gustavo J.A. Mantovani MAAC, Daniel Valeri et al.....	21
DIRECTOR Dr. Martin E. Mihura	Sessions of the Argentinean Academy of Surgery	
CIRUJANOS MAESTROS Achával Ayerza, Horacio (1998) + Ahuall, Antonio (2001) Acosta, Juan M. (2008) Baro, Manuel (2001) + Benaim, Fortunato (2004) Beveraggi, Enrique M. (2001) Curutchet, H. Pablo (2008) Defelitto, Jorge R. (2012) Ortiz, Frutos E. (2005) García Casella, Miguel A. (2006) Garriz, Roberto (1992) + Gramática, Luis (2011) Gutiérrez Maxwell, Vicente P. (2000) Heidenreich, Arturo (2007) Hülkamp, Pedro (2009) Lange, Wolfgang G. (2001) Laurence, Alberto E. (1985) + Mc Lean, Leonardo (2010) Mainetti, José M. (1976) + Manrique, Jorge (1999) + Martínez Marull, Alfredo (2002) Martini, Roald B. (2004) Mazzariello, Rodolfo (2005) + Moroni, Jorge M. (2003) Nallar, José (2009) Olacireguí, Juan C. (2007) Oria, Alejandro S. (2012) Perera, Santiago G. (2003) + Pradier, Roberto N. (2010) Santángelo, Héctor D. (2006) Uriburu, Julio V. (1983) +	Communication	
	The "best surgeon". Eduardo de Santibañes MAAC FACS.....	24
	<hr/> Publicación Oficial de la Asociación Argentina de Cirugía Correspondencia y suscripciones: M. T. de Alvear 2415 - (1122) Cap. Fed. Tel.: 4822-6489 / 4822-2905-3649 FAX N° (054-11) 4822-6458 E-mail: info@aac.org.ar - revista@aac.org.ar	

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA es el órgano oficial de la Asociación Argentina de Cirugía de aparición trimestral. Considerará para la publicación artículos relacionados con diversos aspectos de la cirugía que se someten a un proceso de arbitraje por pares (peer review system) a simple ciego, con formulario ad hoc. Podrán versar sobre investigación clínica o experimental, conferencias, artículos originales inéditos, revisiones actualizadas, presentación de casos, cartas al Director y otras formas de publicación que resulten aceptadas por el Consejo Editorial. Deben todos ser inéditos. Ningún material publicado podrá ser reproducido parcial o totalmente sin la previa autorización del Consejo Editorial de la Revista.

Las opiniones vertidas en los trabajos son de exclusiva responsabilidad de los autores. El Consejo Editorial se reserva el derecho de efectuar correcciones gramaticales, de estilo y otras dependientes de las necesidades de impresión.

Debido a los costos de correo, los trabajos no serán siempre devueltos a los autores, pero sí las ilustraciones. Trabajos incompletos no serán aceptados para su revisión editorial.

Los trabajos aceptados para su publicación pueden ser objeto de un Comentario Editorial.

- Envíe *original* y 2 copias del escrito en español (incluyendo 2 juegos separados y con etiquetas de las ilustraciones), además de una copia en soporte electrónico en programa Word, Times New Roman 12. Escriba a doble espacio de un lado solamente en papel A4, 36 renglones y con no menos de 3 cm de margen izquierdo y el apellido del primer autor en el rincón superior derecho de cada página. Prepare el escrito como sigue: 1) *página del título y autores*; 2) *resumen y summary o abstract*; 3) *texto*; 4) *bibliografía*; 5) *tablas* y 6) *leyendas*. Numere las páginas en forma consecutiva, empezando con la página del título como página 1 y finalizando con la página de las leyendas de fotos y/o esquemas.

- El artículo original no debe exceder de 12 páginas escritas y ser proporcionalmente corto en las ilustraciones y tablas a incluir.

- La presentación de casos debe contar con resumen y summary según indicación del Scientific Style and Format del Council of Science Editors (2002).

El *texto* para los informes de casos no debe exceder las 4 páginas escritas a doble espacio. Si las tablas o ilustraciones son incluidas, el texto debe ser reducido. Los informes de casos con una extensión mayor no serán considerados para su publicación.

- Las *referencias bibliográficas* deben ser seleccionadas y pertinentes al artículo presentado. Excepto en las revisiones actualizadas (collective reviews), los artículos originales no deben tener más de 20 citas y los informes de casos, 5.

Página del Título

- Dé al artículo un título que no exceda las 2 líneas de 50 caracteres cada una. Incluya los nombres de los autores que realmente participaron en el diseño, elaboración y ejecución del trabajo, con el grado académico más destacado. Incluya el nombre y el lugar de la institución donde se realizó el trabajo.

- Si el artículo ha sido presentado en un Congreso o Jornada, provea un pie de página con el nombre, lugar y fecha de la reunión.

Resumen

- Escriba un resumen estructurado (en español e inglés) de 100 a 250 palabras para un artículo original; el resumen estructurado consta de los antecedentes (background), objetivo (objective), lugar de aplicación (setting), diseño (design), población (population), método (method), medidas de evaluación (outcome measures), resultados (results) y conclusiones (conclusions). Se escribirá en forma puntual (no narrada).

Texto

- Debe estar organizado como sigue: *Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión*.

- Las *referencias bibliográficas* deberán ser pertinentes al tema e incluir, en lo posible, autores argentinos; se colocarán en orden numérico-alfabético en el texto, de acuerdo con el apellido del autor inicial, debiendo figurar el número correspondiente al lado de cada cita. Se dispone que las citas deben llevar el siguiente orden

de localización: año, N° de volumen, página inicial y final. Identifique las referencias en el texto con números arábigos en la misma línea de texto. No citar comunicaciones personales, manuscritos en preparación y otros datos no publicados ni verificables. No se aceptarán citas bibliográficas que no sean comprobables con los trabajos originales y se desaconseja citas de resúmenes y revistas electrónicas. Escriba las referencias a doble espacio en una hoja separada. Controle 2 veces las referencias para evitar repeticiones.

- Todas las *abreviaturas* deben ser definidas entre paréntesis luego de la(s) palabra(s) completa(s), la primera vez que se utilice(n). No colocar abreviaturas en los resúmenes.
- Los análisis estadísticos deben ser especificados al final de la sección Método.
- Escriba los *agradecimientos* incluyendo los subsidios o becas recibidos al finalizar el texto antes de las citas bibliográficas.

Tablas

Deben ser presentadas en hojas separadas a doble espacio cada una con un número arábigo y título precedente con notas explicativas y leyendas debajo si fuera necesario. Identifique las abreviaturas usadas al pie de las tablas. Incluya el permiso escrito del autor y editor si reproduce cualquier tabla previamente publicada. Las tablas deben ser lo suficientemente explicativas por sí mismas y no deben repetir el texto o las ilustraciones.

Figuras (gráficos, dibujos o fotos)

Envíe por triplicado los juegos de ilustraciones, cada uno con su respectivo sobre. Si existen 2 partes de una misma ilustración (parte A y B) deben enviarse por separado. Se prefiere el envío de fotografías. Deben

tener la suficiente claridad y definición para que se mantengan luego de su reducción para publicar. Todos deben tener una leyenda y las abreviaturas explicadas.

Coloque el nombre del primer autor, el número de figura y la flecha que indique el borde superior, en la cara posterior de la ilustración.

Investigación en Seres Humanos

Especifique si el trabajo ha sido aprobado por el Comité institucional de Ética actuante o las pautas éticas seguidas por los investigadores/autores con el consentimiento informado. En investigación con animales también deberán ser controlados por el Comité Institucional de Ética, y/o en acuerdo con el Manual de Ética y Deontología del Cirujano (Asoc. Argent. Cirugía - 1996).

Conflictos de Interés

La Revista solicita a los autores que revelen cualquier asociación comercial que pueda originar un conflicto de interés en relación con el manuscrito. Todos los subsidios o recursos usados en el trabajo se agradecerán como tal en un pie de página.

Enunciado de Responsabilidad Científica. Publicación Exclusiva (carta adjunta al manuscrito enviado), debe decir:

Certifico que ningún material del trabajo presentado ha sido publicado previamente y no se encuentra actualmente en consideración para ser presentado en simposios, libros, como artículos a publicar por invitación o publicación preliminar de cualquier clase excepto en resúmenes de no más de 300 palabras.

Firma de Autor(es)

Verifique antes de enviar su artículo:

- Original y 2 copias incluyendo resumen, leyendas, tablas.
- 2 juegos de ilustraciones claramente descriptas según instrucciones.
- Numere todas las páginas.
- Artículo escrito a doble espacio.
- En página inicial, destaque el autor que contestará la correspondencia con dirección, teléfono, fax y e-mail completo.
- Firma por todos los autores de los enunciados de Responsabilidad Científica y publicación exclusiva.
- Referencias bibliográficas completas, en orden numérico-alfabético.
- Inclusión de permiso para reproducir o adaptar ilustraciones y tablas.
- Consentimiento informado del paciente por fotografías a publicar.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

The ARGENTINE JOURNAL OF SURGERY is the official entity of the Argentine Association of Surgery, published every three months. It will consider for publication articles related to different aspects of surgery, which will be subject to a blind peer review system through a specific form. The articles may refer to clinical or experimental research, conferences, original unpublished articles, collective reviews, case presentation, letters to the Director and other forms of publication accepted by the Editing Board. Every article must be unpublished. No published material may be reproduced in whole or in part without the prior consent of the Editing Board of the Journal.

Opinions given in the papers are the exclusive responsibility of their authors. The Editing Board will have the right to correct the grammar, style and other aspects, depending on printing needs.

Due to the mailing costs, papers will not always be returned to the authors, but illustrations always will. Incomplete papers will not be accepted for editorial review.

Papers accepted for publication may be used for Editorial Comments.

- *Send an original and 2 copies* of the paper in Spanish (including 2 separate sets of copies with labels for the illustrations), and also a copy in electronic media in Word, using font Times New Roman 12. Write only on one side of the sheet, using double space, A4 paper, 36 lines and at least 3 cm left margin. Write the first author's last name on the upper right corner of each page. Organize the paper as follows: 1) title and authors page; 2) summary or abstract; 3) text; 4) bibliography; 5) tables; 6) legends. Number the pages consecutively starting with the title page as page 1 and ending with the illustration and/or graph legend page.

- The original article must not exceed 12 written pages and the extension of illustrations and tables included must be proportional.

- Case reports must have a summary in accordance with the Scientific Style and Format of the Council of Science Editors (2002).

The *text* of case reports must not exceed 4 pages written with double space. If tables or illustrations are included, the text must be reduced. Longer case reports will not be considered for publication.

- *Bibliographic references* must be selected and relevant to the article presented. Except for collective reviews, original articles must not have more than 20 citations and case reports, 5.

Title page

- Give the article a title of no more than 2 lines of 50 characters each. Include the names of authors who actually participated in the design, drafting and execution of the paper with the highest academic degree. Include the name and location of the institution where the work was carried out.

- If the article has been presented at a congress or conference, write a footnote with the name, place and date of the event.

Summary

- Write a structured summary (in Spanish and English) of 100 to 250 words for an original article. A structured summary is composed of a background, objective, setting, design, population, method, outcome measures, results and conclusions. It will be written by items, not narrated.

Text

- It must be organized as follows: *Introduction, Material and Methods, Results and Discussion*.

- *Bibliographical references* must be relevant to the subject and include, if possible, Argentine authors. They will be written in alphanumerical order in the text, ordered by the last name of the first writer, and each citation must have the relevant number next to it. Citations must follow this order: year, volume number, first and last page. Identify references in the text with Arabic numerals on the same text line. Do not cite personal communications, unfinished drafts and other unpublished and unverifiable data. Bibliographic citations that cannot be checked with the original texts will not be accepted. We advise against citing summaries and electronic journals. Write references with double space in a separate sheet of paper. Double check references in order to avoid repetition.

- Every *abbreviation* must be defined between brackets the first time it is used, following the spelled out form. Do not write abbreviations in summaries.

- Statistical analysis must be specified at the end of the section Method.

- Write the *acknowledgements* including subsidies or scholarships received at the end of the text, before bibliographical citations.

Tables

They must be presented in separate sheets with double space, each one numbered with an Arabic numeral and title before with the explanatory notes and legends below if necessary. Identify abbreviations used below tables. Include the written consent of the author and editor if you reproduce a table that has already been published. Tables must be self explanatory and must not repeat the text or illustrations.

Figures (graphs, drawings or pictures)

Send three sets of illustrations, each one with its envelope. If there are 2 parts of the same illustration (part A and B), they must be sent separately. Photographs are preferred. They must be clear and sharp enough to keep their qualities once they are reduced for publication.

Each one must have a legend and abbreviations must be explained.

Write the name of the first author, the figure number and the arrow indicating the top border on the back of the illustration.

Research on human beings

Specify if the work has been approved by the acting Institutional Ethics Board or by the ethical rules followed by researchers/authors with informed consent. In the case of research with animals, it must also be controlled by the Institutional Ethics Board and/or in accordance with the Ethics and Deontology Manual for Surgeons (Argentine Surgery Association, 1996).

Conflict of Interests

The journal requires authors to reveal any business association that may give rise to a conflict of interests in relation to the manuscript. Any subsidy or resources used in the work will be acknowledged in a footnote.

Scientific Responsibility and Exclusive Publication Statement (letter attached to the manuscript sent), it must read as follows:

I certify that no material of the work presented has been published before or is currently under consideration for presentation at symposiums, books, articles to be published by invitation or preliminary publications of any kind, except in summaries of no more than 300 words.

Signature of author(s)

Before sending your article, check the following:

- Original and 2 copies including summary, legends, tables.
- 2 sets of illustrations clearly described in accordance with the illustrations.
- Number every page.
- Article written with double space.
- In the first page, indicate the author that will answer mail with complete address, phone and fax numbers and e-mail address.
- Signature by every author of Scientific Responsibility and Exclusive Publication statements.
- Complete bibliographical references in alpha-numerical order.
- Inclusion of written consent to reproduce or adapt illustrations and tables.
- Informed consent of patient for photographs to be published.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA REGULAMENTO PARA PUBLICAÇÕES

A REVISTA ARGENTINA DE CIRURGIA é o órgão oficial da Associação Argentina de Cirurgia, publicada trimestralmente. Para sua publicação, serão considerados os artigos relativos a diversos aspectos da cirurgia submetidos a um processo de revisão cega por pares (*peer review system*), com o formulário ad hoc. Os temas poderão versar sobre pesquisa clínica ou experimental, conferências, artigos originais inéditos, revisões atualizadas, apresentação de casos, cartas para o Diretor e outras formas de publicação aceitas pelo Conselho Editorial. Todos os trabalhos devem ser inéditos. O material publicado não poderá ser reproduzido parcial ou totalmente sem autorização prévia do Conselho Editorial da Revista.

As opiniões emitidas nos trabalhos são de exclusiva responsabilidade dos autores. O Conselho Editorial se reserva o direito de corrigir erros gramaticais, de estilo e outros necessários para a impressão.

Devido aos custos de correio, os trabalhos não serão sempre devolvidos a seus autores, mas as ilustrações serão devolvidas. Os trabalhos incompletos não serão aceitos para sua revisão editorial.

Os trabalhos aceitos para ser publicados podem ser objeto de um Comentário Editorial.

- *Envie original e duas cópias* do trabalho em espanhol (incluindo 2 exemplares separados e com rótulos para as ilustrações) além de uma cópia em formato eletrônico em programa Word, fonte Times New Roman 12. Escreva com espaçamento duplo, em apenas um lado de papel A4, 36 linhas e com não menos de 3 cm da margem esquerda, e o sobrenome do primeiro autor no canto superior direito de cada página. O texto deve ser preparado da maneira a seguir: 1) página do título e autores; 2) resumo e *summary* ou *abstract*; 3) texto; 4) bibliografia; 5) tabelas e 6) legendas. As páginas devem ser numeradas correlativamente, começando pela página do título como página 1 e concluindo com a página das legendas das fotos e/ou esquemas.
 - O artigo original não deve exceder as 12 páginas com texto, e deve ser proporcionalmente curto nas ilustrações e nas tabelas a ser incluídas.
 - A apresentação de casos deve ter resumo e *summary*, segundo as indicações da *Scientific Style and Format* do *Council of Science Editors* (2002). Os textos para os relatórios de casos não deve exceder as 4 páginas com espaçamento duplo do texto. Se as tabelas ou ilustrações forem incluídas, o texto deve ser reduzido. Os relatórios de casos com extensão maior não serão considerados para ser publicados.
 - As *referências bibliográficas* devem ser escolhidas e pertinentes ao artigo apresentado. Salvo nas revisões atualizadas (*collective reviews*), os artigos originais não devem ter mais de 20 citações e os relatórios de casos, 5.
- Página do Título**
- O título do artigo não deve superar as 2 linhas de 50 caracteres cada uma. Inclua os nomes dos autores que realmente participaram no desenho, elaboração e execução do trabalho, com o grau acadêmico mais destacado. Inclua, também, o nome e o local da instituição onde o trabalho foi realizado.
 - Se o artigo foi apresentado em um Congresso ou Jornada, inclua uma nota de rodapé com o nome, o local e a data da reunião.
- Resumo**
- Escreva um resumo estruturado (em espanhol e em inglês) de 100 até 250 palavras para um artigo original. O resumo estruturado contém os antecedentes (*background*), objetivo (*objective*), local de aplicação (*setting*), desenho (*design*), população (*population*), método (*method*), medidas de avaliação (*outcome measures*), resultados (*results*) e conclusões (*conclusions*). Será escrito em forma pontual (não narrada).
- Texto**
- Sua organização deve ter: *Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão*.
 - As referências bibliográficas devem ser pertinentes ao tema, e devem incluir, se for possível, autores argentinos. Serão colocadas em ordem numérico-alfabética no texto, segundo o sobrenome do autor inicial, e deverá aparecer o número correspondente junto a cada citação. A ordem de localização das citações deve ser: ano, n° de volume, página inicial e final. Identifique as referências no texto com números arábicos na mesma linha do texto. Não devem

ser citadas comunicações pessoais, manuscritos em preparação e outros dados não publicados nem verificáveis. Não serão aceitas as citações bibliográficas que não possam ser comprovadas com os trabalhos originais. Não são aconselháveis as citações de resumos e revistas eletrônicas. Escreva as referências com espaçamento duplo em folha separada. Controle as referências duas vezes para evitar repetições.

- Todas as siglas devem ser colocadas, quando aparecem pela primeira vez, entre parênteses precedidas da forma completa do nome. Nos resumos, não devem ser colocadas siglas.
- As análises estatísticas devem ser especificadas no final da seção Método.
- Os agradecimentos devem incluir os subsídios ou bolsas recebidos e devem ser escritos ao concluir o texto, antes das citações bibliográficas.

Tabelas

Devem ser apresentadas em folha separada, com espaçamento duplo cada uma, com um número arábico e título prévio, com notas explicativas e legendas embaixo, se corresponder. Identifique as siglas usadas debaixo das tabelas. As autorizações escritas do autor e do editor devem ser incluídas ao reproduzir uma tabela previamente publicada. As tabelas devem ser suficientemente explicativas por si próprias e não devem repetir o texto nem as ilustrações.

Figuras (gráficos, desenhos ou fotografias)

Os exemplares de ilustrações devem ser enviados por triplicado, cada um deles em seu respectivo envelope. Se houver 2 partes de uma mesma ilustração (parte A e parte B), elas devem ser enviadas separadas. O envio de

fotografias é preferido. Elas devem ser suficientemente claras e definidas para manter sua qualidade depois de ser reduzidas para sua publicação. Todas devem ter sua legenda e as siglas explicadas.

Colocar o nome do primeiro autor, o número de figura e a seta indicando a borda superior na face posterior da ilustração.

Pesquisa em Seres Humanos

Deverá especificar se o trabalho foi aprovado pelo Comitê Institucional de Ética em vigor, ou pelas normas éticas utilizadas pelos pesquisadores/autores com a aprovação informada. No caso de pesquisa com animais, os trabalhos deverão ser controlados também pelo Comitê Institucional de Ética e Deontologia do Cirurgião (Assoc. Argent. Cirurgia - 1996).

Conflito de Interesse

A Revista requer que os autores revelem qualquer associação comercial que possa provocar um conflito de interesse em relação ao manuscrito. Todos os subsídios ou recursos usados no trabalho serão agradecidos em uma nota de rodapé.

Enunciado de Responsabilidade Científica.

A Publicação Exclusiva (carta anexa ao manuscrito enviado) deve dizer:

Certifico que nenhum material do trabalho apresentado foi publicado previamente, e não é considerado, na atualidade, para ser apresentado em simpósios, livros, como artigos a ser publicados por convite ou publicação preliminar de nenhum tipo, exceto em resumos de não mais de 300 palavras.

Assinatura do(s) autor(es)

Verifique antes de enviar seu artigo:

- Original e 2 cópias, incluindo resumo, legendas e tabelas.
- 2 exemplares de ilustrações claramente descritas, segundo as instruções.
- Numere todas as páginas.
- Artigo escrito com espaçamento duplo.
- O autor que responderá a correspondência deverá ser destacado, na página inicial, com endereço, telefone, fax e correio eletrônico completo.
- Assinatura dos enunciados de Responsabilidade Científica e publicação exclusiva por todos os autores.
- Referências bibliográficas completas, em ordem numérico-alfabética.
- Inclusão da autorização escrita para reproduzir ou adaptar ilustrações e tabelas.
- Consentimento informado do paciente para fotografias a ser publicadas.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA

Publicación de la Asociación Argentina de Cirugía

Volumen 104

Número 1

ENERO - FEBRERO - MARZO 2013

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA 2012

PRESIDENTE

Pedro A. Ferraina

VICEPRESIDENTE

Norberto A. Mezzadri

SECRETARIO GENERAL

Juan Pekolj

SECRETARIO ANUAL

Luis E. Sarotto

TESORERO

Manuel R. Montesinos

DIRECTOR DE PUBLICACIONES Y PRENSA

Jorge L. Manrique

DIRECTOR DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO

Roberto H. Lamy

VOCAL 1º

Ángel M. Minetti

VOCAL 2º

Carlos G. Ocampo

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

EX-PRESIDENTES

1913 - Antonio Gandolfo	1962 - Iván Goñi Moreno
1914 - Pascual Palma	1963 - Alberto E. Baila
1915 - Marcelino Herrera Vegas	1964 - Guillermo E. Belleville
1916 - Pedro Chutro	1965 - Juan R. Michans
1917 - Marcelo Viñas	1966 - José E. Rivarola
1918 - Máximo Castro	1967 - Diego E. Zabaleta
1919 - David F. Prando	1968 - Héctor Marino
1920 - Daniel Cranwell	1969 - Alfredo Llambías
1921 - Eduardo F. Beláustegui	1970 - Rodolfo Varela Chilense
1922 - Enrique Finochietto	1971 - Adolfo M. Rey
1923 - Enrique Bazterrica	1972 - Jorge Sánchez Zinny
1924 - José M. Jorge	1973 - Juan C. Casiraghi
1925 - Luis A. Tamini	1974 - Julio V. Uriburu
1926 - Arturo Zabala	1975 - Armando G. Russo
1927 - Armando R. Marotta	1976 - Andrés A. Santas
1928 - José Arce	1977 - Guillermo F. Cottini
1929 - Oscar Copello	1978 - Alberto E. Laurence
1930 - Roberto Solé	1979 - Angel N. Bracco
1931 - Alejandro Ceballos	1980 - Enrique P. Viacava
1932 - Adrián J. Bengolea	1981 - Wolfgang G. Lange
1933 - Rodolfo A. Rivarola	1982 - Clemente J. Morel
1934 - Rodolfo E. Pasman	1983 - Jorge Manrique
1935 - Manuel Ruiz Moreno	1984 - Roberto A. Gárriz
1936 - Bartolomé N. Calcagno	1985 - Rubén Siano Quirós
1937 - Adolfo N. Landívar	1986 - Juan J. Fontana
1938 - Delfor del Valle	1987 - Eduardo Schieppati
1939 - Ricardo Rodríguez Villegas	1988 - Federico R. Pilheu
1940 - Tomás B. Kenny	1989 - Santiago G. Perera
1941 - Alberto Rodríguez Egaña	1990 - Fortunato Benaim
1942 - Alberto Gutiérrez	1991 - Miguel A. Figueroa
1943 - Carlos J. Allende	1992 - Horacio Achával Ayerza
1944 - Pedro Jáuregui	1993 - Enrique M. Beveraggi
1945 - Oscar Ivanissevich	1994 - Manuel A. Casal
1946 - Vicente Gutiérrez	1995 - Eduardo R. Trigo
1947 - Luis E. Paglieri	1996 - Vicente P. Gutiérrez
1948 - Angel F. San Martín	1997 - Humberto Faraoni
1949 - Osvaldo Mazzini	1998 - E. Roberto Vidal
1950 - Ricardo Donovan	1999 - Pedro Hülskamp
1951 - Alejandro J. Pavlovsky	2000 - Roberto N. Pradier
1952 - Ernesto Cornejo Saravia	2001 - Jorge A. Sívori
1953 - José A. Caeiro	2002 - Arturo Heidenreich
1954 - Juan C. Bidart Malbrán	2003 - Leonardo Mc Lean
1955 - José Vals	2004 - Osvaldo González Aguilar
1956 - Mario M. Brea	2005 - Alejandro S. Oría
1957 - Julio Diez	2006 - Alfredo Martínez Marull
1958 - Carlos E. Ottolenghi	2007 - Fernando Bonadeo Lassalle
1959 - Carlos Velasco Suárez	2008 - Héctor D. Santángelo
1960 - Marcelo Gamboa	2009 - Eduardo de Santibañes
1961 - Anibal S. Introzzi	2010 - Enrique A. Sívori
	2011 - H. Pablo Curutchet

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA**SECRETARIOS GENERALES**

1913 - 1918	Daniel J. Cranwell	1972 - 1976	Guillermo F. Cottini
1918 - 1923	José M. Jorge	1976 - 1980	Wolfgang G. Lange
1923 - 1928	Oscar Copello	1980 - 1984	Rubén Siano Quirós
1928 - 1933	Rodolfo E. Pasman	1984 - 1988	Santiago G. Perera
1933 - 1938	Ricardo Rodríguez Villegas	1988 - 1992	Enrique M. Beveraggi
1938 - 1943	Pedro Jáuregui	1992 - 1995	Miguel A. Gómez
1943 - 1948	Osvaldo F. Mazzini	1995 - 1996	Dino B. Sfarich
1948 - 1953	Marcelino J. Vernego	1996 - 2000	Jorge A. Sívori
1953 - 1958	Carlos Velasco Suárez	2000 - 2004	Alejandro S. Oría
1958 - 1963	Guillermo L. Belleville	2004 - 2008	Eduardo de Santibañes
1963 - 1968	Alfredo Llambías	2008 - 2012	Norberto A. Mezzadri
1968 - 1972	Juan C. Casiraghi	2012 - 2016	Juan Pekolj

Miembros Honorarios Nacionales

2008 - Acosta, Juan M.	(1981)	1983 - Lange, olfgang. G.	(1960)
1992 - Benaim, Fortunato	(1963)	2008 - Martínez Marull, Alfredo	(1987)
1995 - Beveraggi, Enrique M.	(1975)	2005 - Mc Lean, Leonardo H.	(1985)
2009 - Bonadeo Lassalle, Fernando	(1971)	1994 - Moroni, Jorge M.	(1977)
2011 - de Santibañes, Eduardo	(1988)	2007 - Oría, Alejandro S.	(1985)
2006 - González Aguilar, Osvaldo	(1981)	2002 - Pradier, Roberto N.	(1969)
2011 - Gramática, Luis	(1982)	2010 - Santángelo, Héctor D.	(1979)
1998 - Gutiérrez, Vicente P.	(1971)	2003 - Sívori, Jorge A.	(1977)
2004 - Heidenreich, Arturo	(1967)	2012 - Sívori, Enrique A.	(1976)
2001 - Hülskamp, Pedro	(1971)		

Miembros Eméritos

2002 - Abelleyra, Jorge H.	(1980)	1995 - Linares, Carlos A.	(1975)
2002 - Aguirre, Félix M.	(1982)	1979 - Loyúdice, Francisco	(1952)
2002 - Alberti, Jorge E.	(1987)	1997 - Lucas, Miguel Ángel	(1976)
2004 - Angeliillo Mackinlay, Tomás A.	(1989)	2003 - Margossin, Juan	(1984)
2003 - Artusi, Guillermo R.	(1989)	1976 - Martiarena, Lorenzo	(1950)
2011 - Astiz, Juan M.	(1976)	2011 - Martini, Roald B.	(1984)
2004 - Baldi, Julio	(1982)	2007 - Mihura, Martín E.	(1993)
1987 - Barrantes, Néstor E.	(1967)	2001 - Naveiro, Juan José	(1983)
2012 - Benati, Mario L.	(1994)	1992 - Nocito, Julio C.	(1977)
2008 - Bernardello, Edgardo T. L.	(1978)	2008 - Obejero, Enrique	(1987)
1990 - Bianchi Donaire, Pedro M.	(1971)	2001 - Olaciregui, Juan Carlos	(1977)
2004 - Campana, Juan Manuel	(1980)	2002 - Paladino, Alberto M.	(1986)
1997 - Cervini, Osvaldo E.	(1975)	2009 - Papendieck, Cristóbal	(1992)
2011 - Cherjovsky, Mario R.	(1988)	2004 - Pardo, Orlando B.	(1989)
2003 - Chiesa, Dardo M. J.	(1987)	2010 - Pataro, Eduardo	(1993)
1983 - Couretot, Máximo F.	(1979)	1991 - Piégari, Mario N.	(1975)
1998 - De Marco, Silvio	(1983)	1976 - Pique, José A.	(1950)
2006 - Decoud, Jorge A.	(1985)	2005 - Pujato, Raúl M.	(1981)
1995 - Duran, Manuel O.	(1979)	2012 - Rosenberg, Moises	(1988)
1990 - Dussaut, Alejandro	(1973)	1988 - Rubianes, Carlos E.	(1969)
2009 - Enrici, Ermenegildo A.	(1994)	2003 - Sampere, Carlos T.	(1976)
2011 - Esteva, Hugo	(1991)	1985 - Sfarich, Dino B.	(1999)
1993 - Farache, Salomón	(1985)	2011 - Spector, Carlos H.	(1984)
1992 - Fernández Valoni, Arsenio	(1973)	1999 - Suarez, Aldo R.	(1988)
1989 - Firpo, Carlos A.	(1970)	1991 - Tiscornia, Osvaldo M.	(1979)
2007 - Galindo, Fernando	(1995)	2011 - Vasallo, Bartolomé C.	(1995)
1988 - Gil Mariño, Juan A.	(1969)	1982 - Viqueira Casal, José B.	(1963)
1998 - Grosso, Ricardo M.	(1980)	1991 - Vipo, Alfredo O.	(1980)
1985 - Gruart, Federico J.	(1970)	1996 - Waisman, Hipólito J.	(1985)
1995 - Linares, Carlos A.	(1975)	1993 - Welsh, Patricio	(1970)
1979 - Loyudice, Francisco	(1956)	1985 - Yavicoli, Oscar A.	(1970)

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

Miembros Académicos

1994 - Ahumada, Juan Carlos	(1988)	2011 - Figari, Marcelo F.	(2003)
2002 - Albertengo, Juan Carlos	(1995)	2006 - García, Hugo A.	(2001)
2012 - Alan González, Benito	(2006)	2003 - Giménez, Mariano E.	(1998)
1993 - Alvarez Rodríguez, Juan E.	(1987)	1999 - Graziano, Alfredo	(1993)
2010 - Andriani, Oscar C.	(2005)	1993 - Grinspan, Ricardo M.	(1988)
1998 - Apestegui, Carlos A.	(1989)	1984 - Gutiérrez, Luis V.	(1978)
2003 - Argibay, Pablo F.	(1997)	1987 - Hurtado Hoyo, Elías	(1981)
2006 - Arozamena, Carlos J.	(1995)	2010 - Hyon, Sung Ho	(2004)
1983 - Barredo, Claudio	(1977)	2011 - Imventarza, Oscar C.	(2005)
1993 - Bumashny, Eduardo	(1987)	1997 - Iribarren, Claudio	(1992)
2003 - Bun, René F.	(1994)	2005 - Lamy, Roberto H.	(2000)
1997 - Buroni, José R.	(1991)	2008 - Latif, Jorge A.	(2002)
2009 - Califano, Leonardo L.	(2004)	2008 - Lendoire, Javier C.	(2003)
1998 - Casalnuovo, Carlos A.	(1992)	1997 - Manrique, Jorge L.	(1992)
2009 - Cavadas, Demetrio	(2003)	2005 - Mezzadri, Norberto A.	(1998)
2008 - Cerutti, Roberto A.	(2001)	2002 - Minetti, Angel Miguel	(1997)
1996 - Chiappetta Porras, Luis T.	(1991)	2004 - Montesinos, Manuel R.	(1998)
1997 - Ciardullo, Miguel A.	(1991)	2004 - Muzzio, Santiago	(1991)
2008 - Covaro, Jorge A.	(2002)	2011 - Ocampo, Carlos G.	(2003)
2009 - Curto, Oscar Cayetano	(1998)	1996 - Ortiz, Frutos Enrique	(1966)
1986 - Curuchet, H. Pablo	(1978)	2012 - Pardo, Hugo A.	(2006)
2001 - De Rosa, Roberto A.	(1986)	2003 - Pekolj, Juan	(1998)
2005 - Debonis, Daniel L.	(1997)	2012 - Rainone, Juan E.	(2007)
1998 - Defelitto, Jorge R.	(1996)	2004 - Rijana, Rodolfo J.	(1998)
1980 - Diez, Julio A.	(1974)	1999 - Rodríguez Martín, Jorge A.	(1993)
1998 - Donnelly, Eduardo J.	(1992)	1989 - Saad, Eduardo N.	(1984)
2003 - Etcheverry, Ricardo M.	(1994)	2011 - Saco, Pedro A.	(2004)
2007 - Fajre, Mirta L.	(2001)	2012 - Salariato, Osvaldo	(2007)
2008 - Fernández Marty, Alfredo P.	(1997)	2008 - Salomón, Mario	(2002)
1989 - Ferraina, Pedro A.	(1983)	1991 - Simkin, David O.	(1986)
2005 - Ferreres, Alberto R.	(1998)	2012 - Vaccaro, Carlos A.	(2006)
2011 - Figari, Marcelo F.	(2003)	2011 - Vannelli, Angel M.	(2005)
2006 - García, Hugo A.	(2001)	2004 - Vuoto, Héctor D.	(1999)

Miembros Asociados

2008 - Altuna, Irene M. R.		2007 - Mc Cormack, Lucas	
1999 - Badaloni, Adolfo E.		1999 - Merello Lardies, Jorge	
2008 - Berkowski, Darío E.		2005 - Ojea Quintana, Guillermo M.	
2011 - Brandi, Claudio D.		2010 - Reilly, Jorge A.	
2003 - Casavilla, F. Adrián		2011 - Rossi, Gustavo L.	
2009 - de la Torre, Alejandro M.		2009 - Rotholtz, Nicolás A.	
2011 - Duhalde, Martín A.		2011 - Russi, Rodolfo H.	
2007 - Grondona, Jorge P.		2007 - Salariato, Osvaldo	
2006 - Hequera, Jorge A.		2010 - Sarotto, Luis E.	
2011 - Kohan, Gustavo		2011 - Serafini, Víctor H.	
2007 - Leiro, Fabio O.		2009 - Terrés, Marcelo C.	
1996 - Leone, Roque R.		2008 - Tisminetzky, Gustavo J.	
1997 - Lipinski, Alberto I.		1986 - Trainini, Jorge C.	
2002 - Luciani, Wilfrido		1992 - Troiano, Rodolfo A.	
2008 - Lucilli, Norberto		2005 - Vannelli, Angel M.	
2008 - Mattered, Francisco J.		2010 - Wainstein, Daniel E.	
2012 - Mazza, Oscar M.		2009 - Zandalazini, Hugo I.	

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA**Miembros Correspondientes Nacionales**

1986 - Amarillo, Hugo R.	1997 - Lada, Paul E.
1967 - Andrada, Juan G.	2000 - Montenegro, Rolando B.
2000 - Beraudo, Mario A.	1981 - Navarini, Emilio A.
1992 - Bosch Andrada, Juan P.	1998 - Pérez Giménez, Pedro A.
2004 - Bracco, Ricardo A.	1995 - Rodríguez, Jorge Raúl
2001 - Campi, Osvaldo	2000 - Rodríguez, Sadi Vital
1999 - Cariello, Alberto	1994 - Rodríguez Otero, Juan Carlos
2007 - Cassone, Eduardo	1992 - Ruiz, Pedro L.
1997 - Castilla, Carlos E.	1993 - Secchi, Mario
1991 - Ciribe, Jorge R.	1986 - Seineldin, Semy
1999 - Deluca, Eduardo	2002 - Serra, Fernando O.
2003 - Florez Nicolini, Francisco	1991 - Sonzini Astudillo, Pablo E.
1994 - Gil, Octavio A. R.	2004 - Tellería, Andrés F.
2002 - Gramática, Luis (h)	1995 - Tomasini, Marcos
	1992 - Torres, Ricardo A.

Miembros Correspondientes Extranjeros

2002 - Belghiti, Jacques	(Francia)	1975 - Mercadier, Mauricie	(Francia)
1994 - Birolini, Dario	(Brasil)	1993 - Moreno G., Enrique	(España)
1994 - Bismuth, Henri	(Francia)	1996 - Nin Vivo, Jorge	(Uruguay)
2010 - Castaing, Denis	(Francia)	1976 - Patiño, José F.	(Colombia)
2010 - Ceconello, Iván	(Brasil)	1995 - Pellegrini, Carlos	(U.S.A.)
1976 - Clemente, A.	(Venezuela)	2000 - Perissat, Jaques	(Francia)
2012 - Devenis, Christos	(Grecia)	1995 - Pinotti, Henrique W.	(Brasil)
2006 - Díaz Faes, José	(España)	1993 - Praderi, Raúl	(Uruguay)
1978 - Duran S., Hipólito	(España)	2002 - Rossi, N. Peter	(U.S.A.)
1998 - Estape C., G.	(Uruguay)	1996 - Rossi, Ricardo	(Chile)
1976 - Flores E., Enrique	(México)	1976 - Romo Diez, Xavier	(México)
1993 - Gazzaniga, G. M.	(Italia)	2008 - Russell, Thomas R.	(U.S.A.)
2012 - Gruenberger, Thomas	(Austria)	2004 - Salvadori, Bruno	(Italia)
2006 - Hidalgo P., Manuel	(España)	2004 - San Román T., J. M.	(España)
1992 - Hugier, Michel	(Francia)	2011 - Schmidt, Jan	(Alemania)
2011 - Jaeck, Daniel	(Francia)	1994 - Sonneborn, Ricardo	(Chile)
1993 - Laffaje, Horacio A.	(U.S.A.)	2007 - Strasberg, Steven	(USA.)
1992 - Launois, Bernard	(Francia)	2008 - Sugarbaker, Paul H.	(U.S.A.)
1992 - Lyra, Ezequiel	(Chile)	1994 - Terz, José	(U.S.A.)
2008 - Marescaux, Jacques	(Francia)	1998 - Wexner, Steven	(U.S.A.)
2012 - Mentha, Gilles	(Suiza)		

EDITORIAL

GUÍAS DE ESTILO PARA LA CONFECCIÓN DE MANUSCRITOS REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA

TÍTULO

El título debe ser lo más conciso posible y al mismo tiempo transmitir la idea central del trabajo; pero no debe ser general, ni difuso o impreciso. Lo ideal es que exprese la conclusión del trabajo y que incorpore en el mismo, las palabras claves que facilitarán la búsqueda bibliográfica posterior. No debe ser sólo una introducción al tema, ni tampoco meramente orientador de qué trata el trabajo. En lo posible, no debe incluir preguntas, ni referencias al lugar de trabajo o frases como «nuestra experiencia».

Ejemplo de un título incorrecto demasiado general:

Mediastinitis en la cirugía cardiovascular.

Título correcto:

Incidencia y tratamiento conservador de la infección esternal post cirugía cardíaca.

Ejemplo de un título incorrecto que incluye una pregunta:

Endocarditis infecciosa en pacientes diabéticos. ¿Son un grupo de alto riesgo?

Títulos correctos:

La presencia de diabetes empeora la evolución de la endocarditis infecciosa (excluye la duda y expresa la conclusión del trabajo) o La presencia de diabetes aumenta la mortalidad a largo plazo de la endocarditis infecciosa.

INTRODUCCIÓN

La Introducción debe extenderse entre 350 y 450 palabras, y debe seguir la siguiente secuencia lógica:

1. los antecedentes del tema o problema del trabajo,
2. el problema nuevo a tratar, y
3. el objetivo o propósito del trabajo.

Se debe comenzar describiendo los antecedentes del problema a tratar; o sea, lo que ya se sabe del tema; lo que ya está demostrado o establecido en el área. En esta sección no deben extenderse las referencias históricas, a no ser que sea fundamental para luego comprender para qué se hizo el trabajo. Todas las aseveraciones hechas

en esta primera parte deberán acompañarse de las citas respectivas que las avalen; aunque sin ser excesivas.

Después de exponer lo que ya está aceptado del tema, el párrafo siguiente deberá incluir el planteo del problema a tratar; o sea, qué es lo que se desconoce o sobre qué hay dudas en el área (con las referencias bibliográficas respectivas), y que serán estudiadas en el trabajo. En general, esta sección comienza con frases del tipo «*Aunque el problema es XX, todavía no hay consenso sobre. ...*» o «*A pesar de que se demostró XX, no existe experiencia (o se desconoce)...*» o «*Se sabe que XX; sin embargo (pero)...*». Este tipo de frases permitirá plantear cuáles son las dudas o los huecos del conocimiento que se pretenden abordar y solucionar.

Finalmente se plantean los objetivos o propósitos del trabajo, que deben ser explícitos, claros y concisos. Los objetivos tienen que ser concretos y pueden ser planteados en forma general pero precisa, y/o en forma particular o pormenorizada, aunque no demasiado pretensivos. No hay que olvidar la estrecha relación y concordancia que deberá existir entre los objetivos planteados y la conclusión del trabajo: por lo tanto, no se deben incluir objetivos que luego no serán cumplidos en el desarrollo del trabajo

MATERIAL Y MÉTODOS

En esta sección se describe la forma en que se desarrolló la investigación; o sea los pacientes o materiales (muestras de sangre, biopsias, encuestas, etc.) estudiados y los métodos (quirúrgicos, instrumentales, educativos, etc.) empleados, de acuerdo a los siguientes contenidos y secuencia:

Pacientes o material

- a. la población o muestra estudiada,
- b. el lugar de realización del estudio, y
- c. el lapso o momento en el que se llevo a cabo.

Métodos

- a. las técnicas empleadas,
- b. el diseño metodológico, y
- c. el tratamiento estadístico.

En primer lugar se debe exponer qué y cuántos pacientes (u otro material) fueron incorporados al estudio, en qué lugar se realizó el trabajo y en qué período de tiempo.

Las técnicas empleadas deberán incluir la forma de recolección de los datos (manual, electrónica, *on line*), el uso de bases de datos y, por otro lado, los procedimientos propiamente dichos relacionados con los pacientes (técnicas quirúrgicas, métodos de análisis, obtención de especímenes, etc.).

A continuación, el diseño metodológico incluirá el tipo de estudio (prospectivo, retrospectivo, observacional, etc.), la forma de aleatorización si correspondiera, los criterios de inclusión y exclusión de pacientes, la inclusión de un grupo control si correspondiera y los puntos finales evaluados.

Por último, en el párrafo de análisis estadístico se deberá explicar cómo se recolectaron y cuál fue el tratamiento de los datos, así como las pruebas usadas y, si correspondiera, el cálculo del tamaño de la muestra y el *software* estadístico usado.

Las fallas más frecuentes en esta sección son la elección de un diseño inadecuado de la investigación, la falta o inadecuación del tratamiento estadístico, el tamaño insuficiente de la muestra y la falta de un grupo control comparativo.

RESULTADOS

En esta sección se consignan los hallazgos obtenidos por los autores después de haber seguido un método de investigación específico. Debe ser clara para demostrar que los resultados son la consecuencia lógica de la metodología implementada para apoyar la hipótesis o responder a la pregunta planteada en la introducción. No deben repetirse los métodos que fueron expuestos en la sección correspondiente.

En artículo de investigación

Evitar repeticiones de lo expuesto en tablas, gráficos y cuadros. Es imprescindible mostrar los datos representativos, con omisión de aquellos innecesarios o consignados en otras secciones. El contenido de esta sección debe seguir la secuencia lógica racional y tener relación con los ítems presentados en «material y métodos».

La redacción, de tipo descriptiva clara, concisa y precisa, permitirá conocer si el diseño del experimento/ investigación estuvo correctamente elaborado, fue efectivo y los efectos de una técnica (o su modificación) fueron comparados con procedimientos convencionales. Con respecto a las muestras, los resultados deben basarse en tamaños similares y homogéneos.

Las conclusiones deducidas de los datos siempre deben fundamentarse en la breve descripción de los criterios estadísticos aplicados que previamente fueron expuestos en «material y métodos».

En las pruebas estadísticas deben precisarse los niveles de significación pertinentes, la descripción de los parámetros, exposición de indicadores apropiados de error o incertidumbre (intervalos de confianza, elegibilidad de los sujetos de experimentación), detalles del proceso de aleatorización, existencia de complicaciones, especificación del número de observaciones perdidas y programa informático usado. No se omitirán los resultados negativos atingentes. Si los parámetros estadísticos descriptos aparecen separados de los resultados y no se exponen los fundamentos de su elección, ofrecen escasa ayuda para su comprensión. Si, en cambio, aparece la «prueba de ji cuadrado» para tablas de contingencia 2 v 2, el hecho es suficientemente informativo.

La sección Resultados es indispensable para señalar con datos observados las hipótesis probadas y describir un nuevo conocimiento.

Presentación de caso clínico

Como el resultado forma parte de la presentación del caso no merece mayores comentarios, excepto que siempre debe enunciarse el seguimiento y/o evolución final.

DISCUSIÓN

A diferencia de la Introducción, Material y Métodos y Resultados, en las que el estilo de redacción es descriptivo, la sección discusión se caracteriza por ser la única en la que el autor debe expresar opiniones personales, ya sea interpretando sus resultados, confirmando o descartando hipótesis, discutiendo las fortalezas o debilidades del estudio, rechazando las opiniones de otros autores, etc. Es así como el estilo de redacción de la discusión es argumentativo y se caracteriza por el empleo de «párrafos argumentativos» claros y sólidos. Aunque la mejor manera de aprender

a redactar párrafos argumentativos es mediante el análisis del estilo de redacción de las revistas de alto impacto en idioma inglés, siempre es útil conocer previamente la estructura básica del párrafo argumentativo².

La primera oración del párrafo se llama «oración temática o tópica» porque enuncia el tema o tópico que luego desarrollarán las siguientes tres a seis oraciones. La última oración puede recapitular el tema o servir de enlace para el párrafo siguiente, o cuando se trata del primer párrafo de la discusión puede enunciar la tesis. De este modo, los párrafos son los ladrillos de la argumentación que, cuando están bien ensamblados, brindan ese texto claro y ordenado que es indispensable en toda redacción científica.

Desarrollo de la discusión

Siguiendo las direcciones del pensamiento, existen dos maneras clásicas de desarrollar una discusión: la deductiva y la inductiva.

La *deductiva* es la más empleada y se caracteriza por progresar de lo general a lo particular. Desde el primer párrafo el autor introduce la tesis del estudio y los principales resultados que la sustentan. Luego, cada uno de los temas particulares es tratado y agotado en el párrafo correspondiente, hasta que reaparece la tesis como conclusión final.

Ejemplo de primer párrafo de una discusión deductiva:

1. Primera oración del párrafo: Nuestros resultados muestran que, en comparación con placebos y otros regímenes contra la diabetes, el tratamiento con rosiglitazone se asoció con un aumento significativo en el número de muertes por infarto de miocardio.
2. Siguen 2 oraciones que desarrollan la oración temática.
3. Oración final: Debido a que la exposición a rosiglitazone se ha difundido, el impacto del aumento en el riesgo cardiovascular podría ser substancial si fuera reproducido en estudios controlados con mayor número de pacientes.

(Nissen SE, y col, New Engl J Med, 2007)

Este trabajo consta de 9 párrafos. El primero tiene como idea temática los resultados obtenidos. La oración final de este primer párrafo presenta la tesis. A partir de aquí los restantes párrafos desarrollan sucesivamente los aspectos particulares que de ella se deducen.

La forma *inductiva* de estructurar la discusión consiste en discutir a lo largo de los primeros

párrafos aspectos particulares del problema y en el último párrafo presentar la tesis como conclusión. Esta forma es común en los textos literarios, toda vez que el autor busca un efecto sorpresa con la tesis. Tiene el inconveniente, sin embargo, de desorientar al lector cuando se requiere mucha lectura para llegar a la tesis.

Según Baker¹ el problema de la estructura inductiva es que «no se puede tener al gato por mucho tiempo dentro de una bolsa». Por esto la estructura inductiva puede ser útil en textos literarios muy cortos pero es desaconsejable para textos científicos con más de tres párrafos. Por otro lado, en el texto científico la sorpresa no existe ya que el lector habitualmente comienza la lectura por el resumen.

La forma «híbrida» es una tercera manera de estructurar la discusión. Es muy utilizada en trabajos científicos y combina inducción con deducción. Consiste en iniciar la discusión mediante uno o dos párrafos inductivos que tratan un aspecto particular y luego introducir la tesis. Esta estructura es eficaz cuando los resultados del estudio no coinciden con la opinión general sobre el problema. En estos casos, si se inicia la discusión con uno o dos párrafos sobre la opinión general y luego se introduce la tesis que se le opone, el contraste produce un efecto importante.

Ejemplo de discusión híbrida

Primera oración del primer párrafo: «Distintos autores apoyan el concepto que la obstrucción biliopancreática no solo inicia sino que también agrava la inflamación pancreática.

Siguen 6 oraciones que desarrollan la precedente oración temática.

Primera oración del segundo párrafo: Los resultados de nuestro estudio, sin embargo, no apoyan esta tesis. Siguen 6 oraciones que desarrollan esta oración interpretando los datos del estudio

Oria A, y col, Ann Surg, 2007

Esta discusión consta de 6 párrafos largos. El contraste entre el primer párrafo y la tesis atrapa la atención e induce a continuar la lectura.

ERRORES A EVITAR

La discusión es la parte del trabajo científico que debe transmitir un mensaje que no es otra cosa que la tesis del estudio. Para ello el autor debe cumplir con las normas de la redacción científica, o sea debe ser ordenado, claro, preciso y

conciso. Desafortunadamente, nuestra literatura quirúrgica abunda en textos confusos, extensos y desordenados que impiden la comprensión y apreciación del mensaje.

Digresión

Según el diccionario, se denomina «digresión» a romper el hilo del discurso y hablar en él de cosas que no tienen conexión con lo que se está tratando. En lenguaje vulgar es irse por las ramas. Es frecuente en estos casos que los autores opinen sobre métodos diagnósticos o terapéuticos que no han sido utilizados en el estudio, así como aspectos anatomopatológicos o clínicos que no han sido investigados. La digresión destruye la discusión, confunde y desorienta al lector, al extremo que no sabe si está leyendo un trabajo original o una monografía. Es cierto que en ocasiones la digresión es un recurso para esconder la pobreza del mensaje, pero en otras es un error involuntario que desmerece el valor del estudio.

Desorden

El desorden se debe a la falta de un plan para desarrollar la discusión. El primer paso es elegir la forma que tendrá la discusión: deductiva, inductiva o híbrida. A continuación se deben seleccionar los aspectos del estudio que serán discutidos y el número de párrafos que ocuparán. Cuando la discusión es ordenada no hay posibilidad de digresión ya que todo el texto está en estrecha conexión con el objetivo del estudio. La presencia de múltiples párrafos cortos es característica de digresión y desorden.

Omisión de aspectos del estudio cuya discusión es imprescindible

Los aspectos cuya discusión es imprescindible varían según la tesis del estudio. Si bien siempre se deben citar y a veces también comentar las publicaciones más importantes sobre el tema, cuando la tesis del estudio se contrapone con otras tesis publicadas, la situación es compleja. Es necesario entonces señalar claramente las fortalezas y debilidades del estudio propio, así como también las fortalezas y debilidades de los estudios ajenos. Debe quedar bien clara la explicación de por qué los resultados y las tesis son diferentes.

Se debe recordar que los buenos revisores podrán no percibir las fortalezas del estudio pero siempre percibirán sus debilidades.

Ambigüedad

La ambigüedad y la imprecisión son dos defectos frecuentes que restan claridad al estudio, desalientan al lector y son causa de rechazo del manuscrito o al menos de su revisión. Nada peor para un revisor que no comprender el sentido exacto de una frase o advertir una imprecisión cuando se discuten resultados. En ocasiones ambos defectos pueden subsanarse mediante una lectura atenta y la corrección del texto.

Prejuicio

Un defecto imperdonable es omitir las citas de autores que sostienen ideas opuestas a las del autor. Cuando la omisión es obvia, el manuscrito es habitualmente rechazado.

Argumentación falaz

Las falacias en la argumentación son fácilmente reconocibles por los revisores. La mayoría de las veces se originan en sesgos conscientes o inconscientes en la selección de pacientes. La argumentación falaz es causa de rechazo del trabajo ya que es un defecto que no puede ser corregido.

Conclusión

La discusión no es la sección más importante del trabajo científico pero es fundamental para su publicación, ya que es la más difícil de redactar. Mientras que en Métodos y en Resultados la redacción se limita a frases descriptivas, en la Discusión el autor debe interpretar resultados y desarrollar una tesis, o sea que debe argumentar. Para esto es necesario un aprendizaje en la redacción de párrafos argumentativos que son los ladrillos con los que se construye una discusión.

Toda discusión debe tener un hilo conductor que transporte al lector desde el primer párrafo hasta la conclusión, y este proceso requiere planificación. Primero se debe elegir la estructura de la discusión (deductiva, inductiva o híbrida); luego se deben seleccionar los temas a discutir y el número de párrafos que ocuparán. Por lo general, de 5 a 9 párrafos largos son suficientes. Los defectos característicos de la discusión deben ser evitados, siendo los más importantes y frecuentes la digresión, la omisión de temas cuya discusión es imprescindible, la ambigüedad, el prejuicio y la argumentación falaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker S. The complete stylist and handbook. Edif. Harper & Row, New York, 1989.
2. Oría A., Kohan G. Cómo escribir un trabajo científico y publicarlo. PROACI, decimocuarto ciclo, módulo 4, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, diciembre 2010.

MATERIAL GRÁFICO

La Revista Argentina de Cirugía sólo incluirá en su edición impresa Tablas y Figuras. Las figuras incluyen diagramas, fotografías, algoritmos, esquemas, gráficos de barras, gráficos de torta, etc.

Tanto las tablas como las figuras deben ser autorreferenciales, es decir, deben explicarse por sí mismas, sin necesidad de recurrir al texto del artículo para comprenderlas.

Todas las abreviaturas utilizadas en tablas y figuras deben estar aclaradas al pie de las mismas, debajo de una raya horizontal (abreviatura, aclaración; abreviatura, aclaración; y

así sucesivamente. Por ejemplo: Hto, hematocrito; GR, glóbulo rojo; Hb, hemoglobina). Las tablas sólo deben contener tres líneas horizontales; por favor, no incluya ninguna línea vertical. Las líneas requeridas son las que separan el título de la Tabla, los encabezamientos del resto, y la que indica la terminación de la Tabla. Las figuras de observaciones microscópicas llevarán el número valor de la ampliación efectuada (expresada en X).

Todos los valores numéricos deben estar acompañados de su unidad. Los decimales se separarán con un punto. Los números de hasta 4 cifras se escribirán sin espacio, punto ni coma (por ejemplo: 1357, 6893 y 3356). A partir de 5 cifras, se dejará un espacio cada 3 cifras (por ejemplo: 24 689, 163 865 y 9 786 432). Los años se escribirán sin separación, puntos ni comas.

Todas las tablas y figuras digitalizadas deberán ser enviadas con una resolución igual o mayor que 300 dpi. Por favor, tenga en cuenta que las figuras se publican en blanco y negro; por lo tanto, utilice distintas texturas para barras y figuras, en lugar de colores.

UTILIDAD DEL COLGAJO ANTEROLATERAL DE MUSLO EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CABEZA Y CUELLO

Sergio D. Quildrian* MAAC, Roque S. Adan** MAAC, M. Gabriela Vega** MAAC,
Pedro A. Saco*** MAAC

DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO - INSTITUTO DE ONCOLOGÍA
"ÁNGEL H. ROFFO" FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Antecedentes: El colgajo libre anterolateral de muslo está poco difundido en Occidente dado lo complejo de su anatomía y las características morfológicas de nuestra población. No obstante, cuando las condiciones son propicias, representa una alternativa eficaz en la reconstrucción de cirugías de cabeza y cuello ya que puede proveer una cantidad suficiente de piel, músculo y eventualmente fascia con relativamente poca morbilidad en el sitio dador.

Objetivo: Evaluar resultados en la utilización del colgajo libre anterolateral de muslo en patología de cabeza y cuello.

Material y Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes tratados entre 2004-2011. Se analizaron datos poblacionales y del tumor, resección, tamaño del colgajo, número y tipo de perforantes, complicaciones del colgajo y lecho dador, morbimortalidad.

Resultados: Se trataron 20 pacientes, 15 (75%) hombres, edad promedio 55,5 años (rango: 22-77). Doce pacientes presentaban tumores de cavidad oral y 8 de piel. Todas fueron reconstrucciones primarias, siendo 3 cirugías de rescate. Quince fueron colgajos fasciocutáneos y 5 fasciomocutáneos. By-pass venoso: 1 caso. Promedio de perforantes por colgajo: 2, la mayoría miocutáneas (23/31). Superficie promedio de isla de piel: 118 cm² (rango: 24-319 cm²). Complicaciones del colgajo: 1 caso (5%). Cierre primario del lecho dador: 17 pacientes, 2 requirieron injerto y un cierre por segunda. La mortalidad fue de 5%.

Conclusiones: El colgajo libre anterolateral de muslo representa una alternativa válida para reconstrucción quirúrgica en tumores de cabeza y cuello, dada su versatilidad y la posibilidad de cubrir defectos de diferentes tamaños, poco defecto en lecho dador y morbimortalidad aceptable.

Palabras clave: cuello - colgajo - cirugía

ABSTRACT

Background: Because of its complex anatomy and the morphology of our population the anterolateral thigh flap has not been widely spread in Occident. Nevertheless, in selected situations, it represents a useful alternative for reconstruction in surgery of head and neck because it may provide enough amounts of skin, muscle and eventually fascia with little donor site morbidity.

Objective: To evaluate the results in the utilization of anterolateral thigh free flap in head and neck pathology.

Materials and Method: Retrospective and descriptive study of patients treated between 2004 and 2011. Population and tumor data, type of resection, flap size, quantity and type of perforators, flap and donor site complications, morbidity and mortality was evaluated.

Results: Twenty patients was treated, 15 (75%) males, average age was 55,5 (range: 22-77). Twelve patients had oral cavity tumors and 8 skin tumors. All the reconstructions were primary, with 3 rescuers surgeries. There were 15 fasciocutaneous flaps and 5 fasciomocutaneous. Venous by-pass: 1 case. Average flap's perforators: 2, the majority myocutaneous (23/31). Average skin paddle surface: 118 cm² (range: 24-319 cm²). Flap complications: 1 case (5%). Primary close of donor site: 17 patients, 2 with skin graft and 1 secondary close. Mortality rate 5%.

Conclusions: Anterolateral thigh flap represents a useful alternative for reconstructive surgery in head and neck tumors, due its versatility and possibility of resolve defects of variables sizes, little donor site defect and acceptable morbidity and mortality.

Key word: neck - flap - reconstructive surgery

Rev. Argent. Cirug., 2013; 104 (1): 1-5

* Servicio de Cirugía de Tumores de Partes Blandas.

** Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

*** Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

**** Jefe de Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Dirección de correspondencia: Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo", Av. San Martín 5481 (C1417DTB), Buenos Aires, Argentina.

Email: squildrian@intramed.net

Presentado en el 82º Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires, Noviembre de 2011.

Recibido: el 20/12/2011.

Aceptado: el 09/08/2012.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se considera que el éxito de los colgajos microquirúrgicos aumentó del 76% al 95% en la mayoría de los centros especializados, debido a la mayor experiencia de los cirujanos y a las mejoras en las técnicas e instrumental microquirúrgico. Por tal motivo, el objetivo actual del cirujano no se debe restringir solamente a lograr el éxito del colgajo sino que debe ir dirigido al mejoramiento de la función y apariencia de los sitios dador y receptor. En este contexto, las ventajas que ofrece el colgajo anterolateral de muslo lo hacen particularmente atractivo, ya que el mismo puede proveer una cantidad suficiente de piel, músculo y eventualmente fascia con relativamente poca morbilidad en el sitio dador. Este colgajo está basado en las perforantes musculocutáneas y septocutáneas de la rama descendente de la arteria femoral circunfleja lateral. Fue descrito inicialmente por Song y cols. en 1984 pero se popularizó posteriormente con el trabajo de Koshima et al, a causa de la mayor comprensión de su complicada anatomía^{1, 4, 10, 8, 12, 13, 14}.

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados en la utilización del colgajo libre anterolateral de muslo en patología de cabeza y cuello en una serie de pacientes tratados en un centro especializado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes tratados entre 2004 y 2011 por patología de cabeza y cuello que fueron reconstruidos utilizando el colgajo libre anterolateral de muslo. Se excluyeron entonces, las reconstrucciones realizadas con colgajos pediculados o libres de otro sitio dador.

Se evaluaron los datos poblacionales de la serie, las características del tumor, tipo de resección realizada, tamaño del colgajo, número y características de las perforantes, complicaciones registradas en el colgajo, complicaciones del lecho dador, morbimortalidad de la serie.

El seguimiento se realizó por medio de la evaluación de los pacientes en consultorio.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Las perforantes cutáneas del colgajo anterolateral de muslo derivan de la rama descendente de la arteria circunfleja, rama a su vez del sistema de la arteria femoral profunda. Esta rama desciende por el espacio intermuscular entre el recto anterior y el vasto externo. Las mismas se identificaron en forma preoperatoria con Doppler y se diseñó el colgajo con centro en las mismas según su proyección a nivel cutáneo.

RESULTADOS

En el período evaluado, se reconstruyeron 20 pacientes con patología de cabeza y cuello por medio de la utilización del colgajo libre anterolateral de muslo. Quince pacientes eran de sexo masculino (75%). La edad promedio fue de 55,5 años (rango: 22-77 años). Doce pacientes presentaban tumores de cavidad oral y 8 de piel.

En todos los casos se trató de reconstrucciones primarias, siendo en 3 pacientes cirugías de rescate.

Con respecto a las características del colgajo, 15 fueron colgajos fascio-cutáneos y 5 fascio-miocutáneos. El promedio de perforantes por colgajo fue de 2; se encontraron un total de 31 perforantes, siendo 23 de estas de tipo mio-cutáneas (74%). El tamaño de la isla de piel varió entre 24 y 319 cm², siendo el promedio de las mismas de 118 cm². En un paciente se requirió la realización de by-pass venoso por la escasa longitud del pedículo. Se observó falla del colgajo en 1 paciente (5%), que presentó isquemia arterial al 7º día postoperatorio, con posterior pérdida del mismo a pesar de ser reexplorado quirúrgicamente.

El lecho dador, pudo ser cerrado en forma primaria en 17 pacientes, en 2 se realizó cierre parcial e injerto y en un paciente cierre por segunda.

La mortalidad de la serie fue de 5%, y se debió al óbito de un paciente al que se le había resecado un carcinoma de labio inferior con compromiso mandibular. El mismo requirió para la reconstrucción de un colgajo libre osteomio-cutáneo de peroné y un colgajo anterolateral de

muslo por el gran defecto observado en cavidad oral y partes blandas. El paciente requirió asistencia respiratoria mecánica prolongada e intercurrió con hemoptisis masiva y óbito.

DISCUSIÓN

El refinamiento en la técnica microquirúrgica y los altos porcentajes de éxito de los colgajos libres, hicieron que la atención del cirujano microquirúrgico se dirigiera aún más hacia el aspecto final del sitio receptor, buscando colgajos que pudieran no sólo adaptarse a la superficie receptora para cubrir los defectos generados por la resección, sino también logrando un resultado estético más refinado. De este modo, al éxito funcional y estético luego de la reconstrucción del lecho quirúrgico, se debe agregar la importancia de lograr la menor morbilidad posible en el sitio dador del colgajo^{14,15}. En este contexto, el colgajo anterolateral de muslo combina características que lo vuelven una alternativa atractiva al momento de realizar reconstrucciones microquirúrgicas en las que no se requiere componente óseo asociado.

Desde su primera descripción por Song et al. en 1984, el colgajo libre anterolateral de muslo fue haciéndose cada vez más popular entre los cirujanos microquirúrgicos. Adquirió mayor desarrollo en China y Japón, y se considera que su menor difusión en occidente obedece a las características raciales de nuestra región, donde se observa un hábito corporal diferente y una mayor incidencia de obesidad que dan como resultado una mayor cantidad de tejido graso en muslo, lo cual puede obligar a realizar adelgazamientos luego de su disección⁷.

Este colgajo presenta particulares variaciones anatómicas en comparación con otros colgajos libres más comunes (recto anterior del abdomen, colgajo de antebrazo, etc.). Al respecto, Kimata et al. describen sobre 74 colgajos anterolaterales 8 tipos de variaciones en el origen de las perforantes que deben ser tenidas en cuenta al momento de realizar la disección⁵.

Por otro lado, la mayor dificultad en la disección en los casos de perforantes musculocutáneas lo hacen más dependiente de la curva de aprendizaje^{5, 14, 15, 10}. Al respecto, según distintas publicaciones, se considera que en aproximadamente el 80-90% de los casos las perforantes son musculocutáneas y en el 10-20% restante septocutáneas^{5, 15, 17}. En esta serie, se

encontraron perforantes musculocutáneas en el 74% de los casos, y el resto de tipo septocutáneas, cifras similares a las reportadas en la bibliografía.

Entre las ventajas más apreciables de este colgajo se incluyen la presencia de un pedículo lo suficientemente largo y con vasos de diámetro considerable para una más sencilla realización de la anastomosis microquirúrgica, la menor morbilidad y secuela funcional del sitio dador en comparación con otros colgajos, sumado a la posibilidad de utilizar dos equipos quirúrgicos en forma simultánea^{2, 15}. La posibilidad de disponer de gran cantidad de piel, tejido celular subcutáneo, fascia y eventualmente músculo ha logrado diversificar sus utilidades y hasta se ha asociado a otros colgajos en el caso de reconstrucciones con grandes defectos^{14, 16}.

La serie de Wei et al. evalúa 672 colgajos anterolaterales de muslo realizados en 660 pacientes. De estos, 484 se utilizaron para reconstruir defectos en cabeza y cuello. Las indicaciones más comunes fueron la reparación posterior a exéresis de tumores de cabeza y cuello, seguidos por tumores en miembros. Otras indicaciones fueron la reconstrucción por trauma, exéresis de sarcomas, úlceras en miembros por diabetes mellitus, infecciones y quemaduras, así como reconstrucción luego de resecciones mamarias¹⁵. El porcentaje de éxito fue del 95.7% y 29 pacientes presentaron fallas del colgajo (12 completas y 17 parciales)¹⁵. La primera publicación de una serie occidental es la de Mäkitie et al. en 2003, quien realizó 39 colgajos anterolaterales de muslo en 37 pacientes en el Princess Margaret Hospital de Canadá. Se utilizaron tanto colgajos suprafasciales¹⁰ como subfasciales²⁹. El tamaño promedio fue de 132 cm²²⁴⁻²⁵² cerrándose el sitio dador en forma primaria en 37 casos y con injertos de piel en 2. El porcentaje de éxito fue del 97.4%¹⁰. En esta serie, el éxito fue del 95% un paciente presentó pérdida del colgajo.

Kimata y cols. evaluaron la morbilidad asociada en el sitio dador en 37 pacientes en los que se realizaron colgajos anterolaterales de muslo. En 32 de ellos se realizó cierre primario en la herida de muslo y los cinco restantes con injerto libre de piel. Sólo un paciente presentó infección de esta herida y necrosis de la línea de sutura debido a gran tensión de los bordes. La disfunción del miembro inferior dador se correlacionó con la cantidad de músculo vasto externo resecaado para formar parte del colgajo.

Asimismo, la resección del pedículo del recto anterior y la edad de los pacientes no se correlacionaron con alteraciones en el sitio dador. Si bien el 87.5% de los pacientes presentaron algún tipo de alteración de la sensibilidad debida a la resección en mayor o menor medida del nervio cutáneo lateral del muslo, la misma fue bien tolerada⁶. En el trabajo de Wei et al. 403 casos se cerraron en forma primaria en el sitio dador y 269 casos requirieron injertos. En 10 pacientes se observaron infecciones de este sitio en los casos injertados y 4 pacientes desarrollaron hematomas en los casos con cierre primario¹⁵. Hanasono et al. evaluaron prospectivamente la morbilidad del sitio dador en 220 procedimientos reconstructivos en los cuales se utilizaron porcentajes variables de músculo vasto externo, con hasta un 22% de necesidad de sección de su nervio motor. Si bien el 8% de los pacientes presentó cierto grado de debilidad o inestabilidad motora en el postoperatorio inmediato, a los 6 meses todos habían resuelto y recuperado su actividad habitual².

Por otro lado, para conservar la funcionalidad del cuádriceps, Wei recomienda la disección cuidadosa del nervio del vasto externo y no incluir gran volumen del mismo en los colgajos miocutáneos¹⁵. El mismo autor realiza el cierre primario de defectos menores a 9 cm de ancho sin haber observado síndrome compartimental en su serie. El cierre primario del sitio dador puede incluso realizarse con colgajos de avance V-Y¹⁶. En la presente serie se pudo realizar cierre primario del lecho dador en el 85% de los casos (17 pacientes).

En el caso particular de los defectos por resección parcial o total de la lengua intraoral, que habitualmente son reconstruidos con colgajos radiales, la utilización del colgajo anterolateral de muslo parece ser una alternativa asociada a menor morbilidad del lecho dador y similar resultado en la reconstrucción. Al respecto, un trabajo prospectivo randomizado³ evalúa los resultados obtenidos en la reconstrucción de estos defectos linguales con el colgajo anterolateral de muslo y el radial. Sobre un total de 41 pacientes operados, 21 fueron reconstruidos utilizando un colgajo anterolateral de muslo y el resto con colgajo radial, se observó que ambos fueron efectivos para la reconstrucción sin diferencias significativas en los porcentajes de falla o reoperación. A su vez, hubo mayor presencia de parestesias asociada a los injertos de piel utilizados en todos los pacientes con colgajos radiales

y en el único paciente del grupo anterolateral que lo requirió. No obstante, con el colgajo de muslo se evita la inmovilización temporaria postoperatoria, la debilidad y la necesidad de un segundo sitio dador para crear el injerto de piel utilizado en el colgajo de antebrazo. Otras ventajas están representadas por la facilidad de adquirir mayor volumen en el colgajo de muslo al adjuntar músculo vasto externo en defectos linguales amplios o la posibilidad de disminuir su espesor en forma segura^{7,9,11}. Asimismo, Wei utiliza colgajos finos sin la inclusión de fascia lata para reemplazar al radial en la reconstrucción de defectos linguales¹⁵.

En lo referente a las particularidades anatómicas del pedículo, Wei et al. informan que en sólo 6 casos (0.9%) no se obtuvieron vasos aceptables para la anastomosis, la mayoría de los cuales fueron en la primera parte de la curva de aprendizaje lo que demuestra que si bien no es un colgajo común es posible diseccionarlo si se tiene un acabado conocimiento de sus particularidades anatómicas¹⁵. Similares resultados revelan Kimata et al. con 5.4% de los casos sobre 74 en los que no fue posible localizar perforantes durante la disección⁵. Debido a esta posibilidad de no obtener vasos seguros para llevar a cabo la anastomosis, el cirujano debe estar capacitado para utilizar colgajos vecinos que lo sustituyan (anteromedial o fascia lata)⁵. En la casuística aquí presentada, las perforantes siempre pudieron ser identificadas y no existió necesidad de cambiar el tipo de colgajo a utilizar. Los autores consideran que la posibilidad de falla del mismo, es un hecho cierto a pesar de contar con un equipo entrenado en técnicas de reconstrucción microquirúrgica, creemos que el colgajo libre anterolateral de muslo representa una alternativa atractiva al momento de decidir la reconstrucción de lechos quirúrgicos en pacientes con tumores de cabeza y cuello, dada su versatilidad y su baja morbilidad asociada. Wei y Makitie consideran que debería ser el colgajo de elección para la reconstrucción de defectos de cabeza y cuello, así como en tronco y extremidades. Aunque la presente serie es pequeña, los resultados alcanzados hacen suponer que la curva de aprendizaje podría ser relativamente más corta de lo informado en la bibliografía, siempre que se cuente con un equipo de cirujanos entrenados en microcirugía y con un conocimiento pleno de las variaciones anatómicas que este colgajo supone. No obstante, sólo una casuística mayor nos asegurará una correcta valoración de

los resultados de esta técnica, tan poco difundida en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Celik N, Wei FC, et al. *Technique and strategy in anterolateral thigh perforator flap surgery, based on an analysis of 15 complete and partial failures in 439 cases.* *Plast Reconstr Surg* (2002); 109(7): 2211-6.
2. Hanasono MM, Skoracki FJ, Yu P. *A prospective study of donor-site morbidity after anterolateral fasciocutaneous and myocutaneous free flap harvest in 220 patients.* *Plast Reconstr Surg* (2010); 125(1): 209-14.
3. Huang CH, Chen HC, Huang YL, Mardini S, Feng GM. *Comparison of the Radial Forearm Flap and the Thinned Anterolateral Thigh Cutaneous Flap for Reconstruction of Tongue Defects: An Evaluation of Donor-Site Morbidity.* *Plast Reconstr Surg* (2004); 114: 1704.
4. Huang W, Chen H, et al. *Reconstruction of Through-and-Through Cheek Defects Involving the Oral Commisure, Using Chimeric Flaps from the Thigh Lateral Femoral Circumflex System.* *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 433.
5. Kimata Y, Uchiyama K, et al. *Anatomic Variations and Technical Problems of the Anterolateral Thigh Flap: A Report of 74 Cases.* *Plast Reconstr Surg* 1998; 102(5):1517-1523.
6. Kimata Y, Uchiyama K, et al. *Anterolateral Thigh Flap Donor-Site Complications and Morbidity.* *Plast Reconstr Surg* 2000; 106:584.
7. Kimura N, Satoh K, et al. *Clinical application of the free thin anterolateral thigh flap in 31 consecutive patients.* *Plast Reconstr Surg* (2001); 108(5): 1197-208.
8. Koshima I, Fukuda H, et al. *Free anterolateral thigh flaps for reconstruction of head and neck defects.* *Plast Reconstr Surg* (1993); 92: 421.
9. Lin DT, Coppit GL, Burkey BB. *Use of the anterolateral thigh flap for reconstruction of the head and neck.* *Curr Opin Otolaryngol Head Neck. Surg* 2004; 12: 300-304
10. Mäkitie AA, Beasley NJP, et al. *Head and neck reconstruction with anterolateral thigh flap.* *Otolaryngol Head Neck. Surg* 2003; 129: 547-55.
11. Ross GL, Dunn R, Kirkpatrick J, Koshy CE, Alkureishi LW et al. *To thin o not to thin: the use of the anterolateral thigh flap in the reconstruction of intraoral defects.* *Br J Plast Surg* (2003); 56(4): 409-13.
12. Shieh S, Chiu H, Yu J, Pan S et al. *Free Anterolateral Thigh Flap for Reconstruction of Head and Neck Defects following Cancer Ablation.* *Plast Reconstr Surg* 2000; 105(7): 2349-2357.
13. Song YG, Chen GZ, Song YL. *The free thigh flap: A new free flap concept based on the septocutaneous artery.* *Br J Plast Surg* 1984; 37: 149.
14. Wei F, Celik N, Jeng S. *Application of "Simplified Nomenclature for Compound Flaps" to the Anterolateral Thigh Flap.* *Plast Reconstr Surg* 2005; 115: 1051.
15. Wei F, Jain V, H et al. *Have We Found an Ideal Soft-Tissue Flap? An Experience with 672 Anterolateral Thigh Flaps.* *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 2219.
16. Yamada N, Kakibuchi M, et al. *A New Way of Elevating the Anterolateral Thigh Flap.* *Plast Reconstr Surg* 2001; 108(6): 1677-1682.
17. Yildirim S, Avci G, Akoz T. *Soft-Tissue Reconstruction Using a Free Anterolateral Thigh Flap: Experience With 28 Patients.* *Ann Plast Surg* (2003); 51: 37-44.

ESOFAGECTOMÍA SUBTOTAL POR ABORDAJE MINI-INVASIVO: RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA INICIAL

E. Daniel Pirchi* MAAC, Roberto A. Cerutti* MAAC, Leonardo G. Pankl** MAAC, Gustavo A. Lyons** MAAC, Eduardo A. Porto*** MAAC

RESUMEN

Antecedentes: Existen múltiples técnicas de esofagectomía mini-invasiva (EMI). Su gran heterogeneidad hace que los meta análisis no den resultados concluyentes y que se requieran series con técnicas estandarizadas. Existen pocas experiencias publicadas de esofagectomías subtotales con anastomosis intratorácicas realizadas totalmente por vía mini-invasiva. No existen publicaciones de EMI en nuestro país.

Objetivo: Analizar los resultados iniciales de una serie consecutiva de EMI con anastomosis intratorácica.

Lugar de aplicación: Hospital Británico de Buenos Aires.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo.

Población: 34 pacientes operados de esofagectomías totalmente mini-invasivas de 2009 a 2011, con más de 6 meses de seguimiento.

Método: Se excluyeron los casos híbridos (abordajes combinados mini-invasivos y convencionales). Se evalúa una serie inicial de EMI, analizando las subtotales con anastomosis intratorácicas realizadas por abordaje totalmente laparoscópico y toracoscópico.

Resultados: De las 34 EMI, 26 fueron con anastomosis intratorácica. No hubo conversiones. El promedio de ganglios resecaados fue de 26,1. La morbilidad total fue del 38,2%, de las cuales la morbilidad mayor en subtotales fue del 19,2%. Se registró una mortalidad (2,9%) debida a hemorragia post colocación de stent endoscópico. El 85% de los pacientes presentó sobrevida libre de enfermedad, con seguimiento de 21 meses. No hubo recidivas locales ni implantes tumorales en sitio de trócares.

Conclusiones: La EMI con anastomosis intratorácica es una técnica segura en recuperación y morbilidad posoperatoria. Permite manejo tipo fast track con tiempos cortos de internación. Este abordaje posibilitó linfadenectomías radicales con bajo impacto respiratorio.

Palabras clave: esófago - cirugía mini-invasiva - anastomosis

ABSTRACT

Background: multiple techniques of esophagectomy are mini-invasive (MIE). Its great heterogeneity makes the meta-analyses do not give conclusive results and series with standardized techniques may be required. There are few published experiences of esophagectomies subtotales with anastomosis performed entirely by the via mini-invasive intrathoracic. There are no publications of MIE in our country.

Objective: To evaluate the initial results of a consecutive series of MIE with intrathoracic anastomosis.

Setting: Hospital Británico de Buenos Aires.

Design: retrospective observational study.

Population: 34 esophagectomies-operated patients completely mini-invasive from 2009 to 2011, with more than 6 months of follow-up.

Method: the hybrid cases (combined approaches mini-invasive and conventional) were excluded. An initial series of EMI with the subtotales intrathoracic anastomosis by totally laparoscopic and thoracoscopic approach was evaluated.

Results: Of the 34 EMI, 26 were with intrathoracic anastomosis. There were no conversions. The average number of nodes resected was 26.1. Total morbidity was 38.2, of which higher subtotales morbidity was the 19.2. There was a (2.9) mortality due to bleeding post endoscopic stent placement. The 85 patients presented survival free of disease with follow-up of 21 months. There were no local recurrences or implants in trocar site.

Conclusions: The EMI with intrathoracic anastomosis is a safe technique with advantages in recovery and post-operative morbidity. It allows type fast track with short hospital stay times. This approach enabled radical lymphadenectomy with low respiratory impact.

Key words: esophagus - esophagectomy techniques- intrathoracic anastomosis

Rev Argent Cirug, 2013;104(1):6-13

* Cirujanos de planta – Servicio de Cirugía Gral - Hospital Británico de Buenos Aires.

** Cirujanos de planta – Servicio de Cirugía Torácica - Hospital Británico de Buenos Aires.

*** Jefe de Servicio de Cirugía General – Hospital Británico de Buenos Aires.

Recibido el 02/12/2011.

Aceptado el 11/06/2012.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del adenocarcinoma de esófago se halla en aumento en el mundo occidental. La resección quirúrgica con linfadenectomía radical, usualmente asociada a esquemas de adyuvancia o neoadyuvancia, continúa siendo la única opción curativa en cánceres de esófago resecables.

Las dos intervenciones realizadas más frecuentemente en estos pacientes son la esofagectomía transtorácica (procedimientos de Ivor Lewis o de McKeown) y la transhiatal (procedimiento de Orringer). La primera (que permite una mejor exposición mediastinal y mejor linfadenectomía) se asocia a una mayor morbilidad respiratoria. La intervención transhiatal, al evitar la toracotomía ofrece una menor agresión pulmonar y fue adoptada por muchos centros en décadas pasadas como procedimiento de elección para los tumores de esófago distal¹⁸. Sin embargo, revisiones más recientes han planteado que no existirían grandes diferencias en morbilidad entre ambas técnicas y que la técnica transtorácica presenta una tendencia de mayor supervivencia^{6, 11, 17}.

Hace más de una década se han presentado experiencias iniciales de abordajes transhiatales laparoscópicos⁸. Esta técnica de baja complejidad presenta como limitantes la visión subóptima de las estructuras importantes periesofágicas, el campo estrecho de trabajo a través del hiato, la dificultad para la movilización de instrumentos en el mediastino alto y un impacto negativo en la disección ganglionar mediastinal por lo que otros centros las reemplazaron por alternativas mini-invasivas con abordaje torácico¹³.

Con el advenimiento de los procedimientos mini-invasivos toracoscópicos y laparoscópicos surge una alternativa que podría combinar las ventajas de la intervención transhiatal (es decir una menor morbilidad) y las de la intervención transtorácica con una linfadenectomía más radical. La mayoría de las publicaciones ha mostrado resultados iniciales prometedores, poniendo en evidencia ventajas operatorias y posoperatorias tanto en morbilidad como en recuperación y en los tiempos de internación^{13, 16, 19, 24}.

No obstante, dentro de la categoría “mini-invasiva” se agrupa una gran heterogeneidad de técnicas diferentes tales como las “híbridas” (combinación de abordajes convencionales y mini-invasivos), las “videoasistidas” (abordajes

mini-invasivos con conversiones programadas) y las “mini-invasivas puras” (laparoscópicas más cervicotomías, lo que constituye la variante mini-invasiva de la esofagectomía transhiatal, y las laparoscópicas más toracoscópicas, o variante mini-invasiva de la esofagectomía transtorácica). Esta multiplicidad de técnicas determina que los metaanálisis no ofrezcan aún resultados significativos y se requieran resultados de poblaciones de centros individuales intervenidos con una sola técnica^{4, 15}. En nuestro país no existen hasta el presente publicaciones sobre esofagectomías mini-invasivas.

En el año 2003 iniciamos un estudio prospectivo randomizado comparando anastomosis cervicales e intratorácicas en tumores de esófago distal. Con la incorporación de la esofagectomía mini-invasiva (EMI), en la que realizamos el abordaje combinado laparoscópico y toracoscópico, surgió la posibilidad de comparar también las anastomosis cervicales con las intratorácicas realizadas mediante EMI. Al igual que en otras experiencias en EEUU^{3, 16}, los buenos resultados de las EMI con anastomosis intratorácicas (esofagectomía subtotal de Ivor Lewis mini-invasiva) nos alentaron a realizarla en forma sistemática, abandonando la comparación inicial.

Algunos autores han planteado las dificultades de esta operación y otros han señalado sus posibles riesgos, como las mediastinitis severas en casos de dehiscencias anastomóticas¹². Sin embargo, existen muy pocas referencias bibliográficas de experiencias con EMI en las que se individualicen los resultados de EMI subtotales con anastomosis intratorácicas para poder evaluar sus ventajas y riesgos reales. Además, la gran demanda tecnológica y de costos, que llevan a modificaciones técnicas con respecto a sus descripciones iniciales, requieren confirmar su factibilidad para un centro quirúrgico en nuestro país y evaluar sus resultados.

El objetivo de esta presentación es analizar los resultados a corto y mediano plazo de esofagectomías subtotales mini-invasivas mediante técnica estandarizada, es decir excluyendo las intervenciones híbridas, realizadas en un solo centro en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO

En el Hospital Británico de Buenos Aires se realizó este estudio observacional retrospectivo de esofagectomías realizadas por abordaje mini-

invasivo. De éstas, se seleccionaron las esofagectomías subtotales con anastomosis intratorácicas y se excluyeron los procedimientos iniciales híbridos que combinaron abordajes convencionales con mini-invasivos. Se incluyeron a los pacientes intervenidos en forma consecutiva desde 2009 hasta marzo de 2011 a fin de contar con un seguimiento mínimo de seis meses.

La técnica quirúrgica utilizada fue un abordaje combinado en dos tiempos, primero laparoscópico y luego toracoscópico. Todas las operaciones fueron realizadas por un solo cirujano (D.P.), asistido por un equipo para el tiempo abdominal y por otro para el tiempo torácico. Se efectuó siempre profilaxis antibiótica, cateterización venosa central de tres vías y colocación de catéter raquídeo para analgesia.

El tiempo laparoscópico se realizó con el paciente en decúbito dorsal e intubación endotraqueal simple. Se usaron cuatro trócares, dos de 10 mm y dos de 5 mm, y retracción hepática autoestática. Se inició el procedimiento mediante laparoscopia con óptica de 30° para excluir secundarismo. Para la liberación hiatal y esquelitización gástrica se empleó bisturí armónico (Ultracision®), teniéndose especial cuidado en evitar lesiones de la arcada gastroepiplóica. Se seccionó el pedículo de la coronaria estomáquica incluyendo en bloc al grupo ganglionar del tronco celíaco. Se confeccionó el tubo gástrico mediante suturas mecánicas lineales cortantes y se suturó su extremo al estómago resecaado, para poder traccionar el tubo gástrico dentro del tórax. Se confeccionó una yeyunostomía laparoscópica con punto antitorción. El último paso del tiempo laparoscópico fue la disección transhiatal baja incluyendo el tejido ganglionar mediastinal "en bloc" con la pieza a resecaar. Se dejó drenaje abdominal.

El tiempo toracoscópico se realizó con el paciente en decúbito lateral izquierdo e intubación selectiva mediante tubo doble luz. Se colocaron cuatro trócares, dos de 10 mm y dos de 5 mm. Se realizó tracción diafragmática mediante punto transparietal y la sección del ligamento pulmonar inferior para permitir la retracción anterolateral del pulmón. Se movilizó el esófago en sentido ascendente incluyendo al tejido periesofágico circunferencial y los grupos ganglionares 9, 8 y 7. Se disecó la vena ácigos en su cayado y se seccionó la misma con sutura mecánica vascular. Una vez movilizado el esófago por encima de la ácigos, incluyendo el grupo ganglionar laterotraqueal derecho, se seccionó

el esófago cerca de la cúpula pleural y se posicionó al tubo gástrico dentro del tórax traccionando del esófago resecaado. Se retiró un trocar ubicado en el 8° espacio intercostal y se prolongó dicha incisión en 3 cms, introduciéndose en su lugar un retractor/protector de herida (Alexis®) y extrayendo la pieza por el mismo. Se posicionó el yunque de la sutura mecánica circular en el esófago proximal. Se introdujo el vástago de sutura mecánica a través de dicho retractor, colocándolo en el tubo gástrico y perforando su cara posterior. Se confeccionó así una sutura mecánica circular esófago-gástrica término lateral, cerrando luego el extremo abierto del tubo gástrico mediante sutura mecánica lineal. La intervención finaliza con lavado y avènement pleural.

El presente estudio se realizó simultáneamente con otros dos protocolos prospectivos randomizados aún en curso: uno de comparación de suturas mecánicas esófago-gástricas con dispositivo ORVIL®, que coloca el yunque de la sutura mecánica en forma transoral, y otro de efecto de piloroplastias. De este modo, sólo en la mitad de la población analizada se realizó anastomosis con ORVIL®, y sólo en la mitad se realizaron piloroplastias.

Se han realizado varias modificaciones técnicas con respecto a las descripciones iniciales de esta intervención³, entre ellas evitar el uso de suturas mecánicas para el tratamiento del epiplón menor y de la arteria pilórica, la sección del pedículo de la coronaria estomáquica, el cierre laparoscópico del extremo del tubo gástrico y la sección del cayado de la ácigos. Hemos reemplazado estas maniobras, realizadas en EE. UU. mediante suturas mecánicas, por uso de sutura intracorpórea y/o hemolocks. El retractor/protector de herida torácica fue reemplazado muchas veces por dispositivo similar de látex confeccionado en nuestro hospital. Finalmente, la confección de la yeyunostomía no se realizó con sets comerciales sino mediante colocación laparoscópica de sonda K108.

En el posoperatorio el paciente permaneció las primeras 48 hs en sala de cuidados intensivos o intermedios iniciándose inmediatamente con alimentación parenteral y rehabilitación quinésica respiratoria y motora. Se aplicó protocolo de manejo "fast track", con alimentación enteral por yeyunostomía a las 12 hs de postoperatorio y estimulación precoz de la deambulación. Se efectuó una radioscopia esofágica con contraste hidrosoluble al 4° día postoperatorio

iniciándose dieta oral líquida de no hallarse alteraciones en la misma. En caso de buena tolerancia oral el paciente fue externado al 6° a 7° día postoperatorio. Se postergó la extracción de un drenaje pleural fino siliconado (tipo Blake®) hasta el 9° día postoperatorio, retirándolo en el consultorio externo.

En el presente estudio se analizaron los resultados operatorios y postoperatorios. Se presentaron las complicaciones posoperatorias dividiéndolas en mayores (definidas según grados III, IV y V de la clasificación STROC)⁵ y menores. Se analizaron las variantes técnicas incurridas durante el período en estudio. Para resultados oncológicos iniciales se incluyeron sólo pacientes con más de 1 año de seguimiento al 1/10/2011, con controles clínicos trimestrales y tomográficos anuales. En caso de requerir adyuvancia (en estadios IIb o superiores) se realizó también tomografía computada antes y después del protocolo de adyuvancia.

RESULTADOS

Desde el año 2003 se realizaron esofagectomías híbridas combinando abordajes convencionales y mini-invasivos o con conversiones programadas para disminuir costos en la confección del tubo gástrico. Estas intervenciones fueron excluidas de este análisis, comenzando el período en estudio con el primer procedimiento totalmente mini-invasivo realizado el 10 de marzo de 2009 y finalizándolo el 9 de marzo de 2011. En dicho período de 2 años se realizaron consecutivamente un total de 34 esofagectomías mini-invasivas; de éstas 26 fueron subtotales y 8 totales. Durante el primer año se operaron simultáneamente otras intervenciones por abordaje convencional pero desde el año 2010 todos los casos fueron realizados en forma mini-invasiva sin selección de casos.

Las características de la población se presentan en la tabla 1. En la misma se observa que la mayoría de las esofagectomías subtotales se debieron a adenocarcinomas distales o de la unión esofagogástrica (Siewert I). Un paciente con adenocarcinoma distal asociado a un segmento esofágico de 17 cm con metaplasia de Barrett requirió esofagectomía total. Cuatro pacientes fueron intervenidos por segmento largo de metaplasia de Barrett con displasia de alto grado y en dos de ellos se detectó carcinoma in situ.

La mayoría de los pacientes presentó tumores localmente no avanzados. En un paciente, estadificado preoperatoriamente como T2N+, la patología definitiva presentó adenopatías metastásicas en tronco celíaco (M1a) por lo que su estadio final fue IV. En 8 pacientes se realizó esquema de neoadyuvancia.

	Esofagect subtotal (n=26)	Esofagect total (n=8)	Total EMI (n=34)
Sexo:			
• Masculino	17	8	25 (73.5%)
• Femenino	9	0	9 (26.4%)
Edad:			
• Media (años)	59.3	64.2	60.4
• Rango (años)	33-75	61-72	33-75
ASA			
• II	16	5	21 (61.7%)
• III	10	3	13 (38.2%)
EPOC	7	2	9 (26.4%)
Ubicación en esófago			
• Por encima de bifurc traq	0	7	7 (20.5%)
• Distal	17	1	18 (52.9%)
• Unión EG (Siewert I)	9	0	9 (26.4%)
Patología			
• Ca epidermoide	1	7	8 (23.5%)
• Adenocarcinoma	22	1	23 (67.6%)
• Barrett con displ alto	2	0	2 (5.8%)
• Papilomatosis	1	0	1 (2.9%)
Estadio			
• 0	5	0	5 (14.7%)
• I	5	2	7 (20.5%)
• IIa	4	3	7 (20.5%)
• IIb	7	1	8 (23.5%)
• III	4	2	6 (17.6%)
• IV	1	0	1 (2.9%)

TABLA 1
Características de la población estudiada

El tiempo operatorio promedio de las esofagectomías subtotales fue de 366 minutos (280-510). No hubo conversiones a cirugía convencional ni se registraron complicaciones intraoperatorias. En un caso hubo un fallo de funcionamiento de la sutura circular que requirió confección de nueva anastomosis. Los tiempos operatorios se redujeron de una media de 396 minutos (315 - 510) en la primera mitad de la serie a 337 minutos (280-430) en la segunda mitad, a pesar de la ausencia de selección de casos en

ese último período. En todos los casos excepto uno (2.9%) pudo lograrse la extubación en quirófano. Este paciente tenía antecedente de EPOC y presentó mala mecánica respiratoria que demoró su extubación hasta las 36 hs de posoperatorio.

Se registraron 21 complicaciones posoperatorias en 13 pacientes (38.2% de las 34 EMI), las cuales se muestran en la tabla 2. De ellos, en 10 se había realizado una esofagectomía subtotal (morbilidad 38.4%). La mayoría de las complicaciones fueron menores pero ocurrieron cinco complicaciones mayores en esofagectomías subtotales (morbilidad mayor en esofagectomías subtotales 19.2%). Éstas fueron un retardo en extubación, ya comentado, una colección mediastinal que requirió retorcoscopia y 2 dehiscencias anastomóticas. Ambas dehiscencias fueron hallazgos radiológicos al 4° día postoperatorio que fueron tratadas mediante stent endoscópico. En uno de estos pacientes el stent produjo a las 48 hs una hemorragia masiva que ocasionó su óbito, lo que constituye la única mortalidad de la serie EMI (2.9%). Por último, en el seguimiento alejado de las EMI subtotales se registró una estenosis esofágica que requirió dilataciones endoscópicas. No se registraron quielotórax ni parálisis de cuerdas vocales en esta serie.

Pudo aplicarse el protocolo fast track en 20 de los 26 pacientes con esofagectomía subtotal (76.9%) lográndose realimentación oral al cuarto o quinto día posoperatorio y egreso hospitalario al 6° día en 17 de estos pacientes y al 7° día en los tres restantes. El tiempo de internación en UTI fue de 1.1 días (0-4). La mediana de tiempo total de internación fue de 6 días (5-32, promedio: 7.9). No se requirieron reinternaciones.

En el seguimiento alejado, todos los pacientes operados de EMI subtotal presentan deglución adecuada sin disfagia, incluyendo la paciente que requirió dilataciones. Se registraron 16 pacientes que requieren medicación antireflujo, todos ellos asintomáticos con la misma.

El promedio de ganglios resecaados en esofagectomías subtotales fue de 26.1 (13-34).

En las 20 EMI subtotales con seguimiento oncológico mayor a 1 año, el seguimiento promedio fue de 21 meses (13-31). En 17 de estos pacientes (85%) se registró sobrevida libre de enfermedad. De los 3 pacientes restantes con progresión de la enfermedad, ninguno presentó recidiva local de la misma ni implantes en sitio de trócares.

	Esofagectomía subtotal (n=26)	Esofagectomía total (n=8)	Total EMI (n=34)
MORBILIDAD MAYOR	5 (19,2%)	3 (37,5%)	8 (23,5%)
• Dehiscencias anastomóticas	2	1	3 (8,8%)
• Colección mediastinal	1*	1**	2 (5,8%)
• Estenosis esofágica	1	1	2 (5,8%)
• Retardo en extubación	1	0	1 (2,9%)
MORBILIDAD MENOR	10 (38,4%)	3 (37,5%)	13 (38,2%)
• Atelectasias/derrame pleural	3	1	4 (11,7%)
• Fibrilación auricular	1	1	2 (5,8%)
• Infección de herida	1	1	2 (5,8%)
• Fiebre sin foco	2	0	2 (5,8%)
• Infección de catéter	1	0	1 (2,9%)
• Linforragia persistente	1	0	1 (2,9%)
• Ileo	1	0	1 (2,9%)
MORBILIDAD TOTAL			
- Complicaciones:	15	6	21 (61,7%)
- Pacientes complicados:	10 (38,4%)	3 (37,5%)	13 (38,2%)

TABLA 2

Complicaciones posoperatorias de la población estudiada

*requirió reoperación.

**requirió avenamiento pleural.

DISCUSIÓN

Desde la descripción inicial de abordajes híbridos que combinaban la movilización esofágica toracoscópica con una laparotomía, se han desarrollado grandes modificaciones técnicas⁷. Posteriormente, las esofagectomías totalmente mini-invasivas, que combinan laparoscopia y toracoscopia, mostraron ventajas en cuanto al dolor y recuperación posoperatorios, tiempo de internación y morbilidad^{13,19, 24}. Desde su introducción hace más de una década, su indicación fue restringida inicialmente a tumores T1 o T2 sin neoadyuvancia, pero fue extendiéndose progresivamente a cánceres más avanzados¹⁵, aunque su uso aún no se ha generalizado. Sigue considerándose una de las intervenciones quirúrgicas gastrointestinales más complejas y siguen en estudio sus ventajas reales sobre la morbimortalidad posoperatoria, la radicalidad oncológica y los costos.

En la actualidad, las tres opciones habituales en EMI son la transhiatal que combina laparoscopia con cervicotomía, la de triple abor-

daje (McKeown) por toracoscopia, laparoscopia, y cervicotomía, y la de doble abordaje (Ivor Lewis) por laparo y toracoscopia. Las dos primeras implican anastomosis cervicales y la última una anastomosis intratorácica. Cada vez más publicaciones sugieren la importancia terapéutica y pronóstica del número de ganglios resecados, sugiriendo que por esa razón la intervención debe ser realizada con abordaje torácico en centros entrenados^{1, 10, 17, 21, 25}. Sin embargo, no existen aún estudios concluyentes que lo confirmen. Si bien la selección de la técnica está basada en cierta medida en la preferencia y experiencia del cirujano, la localización tumoral impone limitaciones. Los tumores proximales o la presencia de segmentos muy largos de Barrett requieren esofagectomías totales con anastomosis cervical. En cambio en los tumores distales y de unión esofagogástrica (Siewert I-II) es donde el cirujano puede optar por cualquiera de los 3 procedimientos.

Algunos centros con experiencias en EMI han preferido inicialmente operar los tumores esofágicos distales mediante esofagectomías totales con anastomosis cervicales, principalmente por las ventajas para detectar y tratar las dehiscencias anastomóticas^{3, 16, 19, 24}. Las anastomosis intratorácicas fueron evitadas por los riesgos de mediastinitis severas y debido a las dificultades técnicas para confeccionarlas por toracoscopia¹⁶. Sin embargo, la construcción de una anastomosis cervical no es necesariamente una alternativa segura. Sus desventajas incluyen tensión excesiva de la anastomosis e isquemia del extremo del tubo gástrico donde se confecciona la anastomosis. De este modo, publicaciones con anastomosis cervicales han mostrado alta incidencia de dehiscencias anastomóticas, estenosis, lesiones nerviosas recurrenciales y disfunción de deglución faringoesofágica^{2, 9, 11, 14}.

Por ello, varios de estos centros pioneros en esofagectomías por abordaje toracoscópico han favorecido progresivamente las anastomosis intratorácicas (operación de Ivor Lewis) por la posibilidad de reseca la porción más isquémica del tubo gástrico y realizar anastomosis libres de tensión, evitando la agresión innecesaria del cuello^{3, 16}.

Las experiencias publicadas más representativas en esofagectomías subtotales mini-invasivas son dos. La primera presentación fue de Bizekis, con una serie de 15 intervenciones puras y 25 híbridas³. La segunda es la de Nguyen, quien de modo similar al autor prece-

dente, inició su experiencia en EMI con anastomosis cervicales pero al constatar las ventajas de las anastomosis intratorácicas las adoptó como técnica estándar y presentó los resultados de 51 EMI subtotales puras. 16 Ambas presentaciones confirmaron las ventajas halladas en otras técnicas de EMI, tales como la mejor recuperación y disminución de tiempos de internación global y en UTI. Ambas series tuvieron bajos índices de morbilidad mayor (20% y 11.8% respectivamente), con índices de dehiscencias de 6% y 9.4% y mortalidad de 6% y 2.9% respectivamente. Llama la atención que ninguna de las causas de muerte fue por mediastinitis debida a dehiscencias anastomóticas, lo que impone replantearse cual es la trascendencia real de esta complicación en las series mini-invasivas actuales.

Nuestra experiencia confirma las mismas ventajas en recuperación, tiempo de internación, requerimiento de UTI y morbilidad. Si bien no se trata de un estudio comparativo, debe resaltarse el bajo índice de complicaciones respiratorias para una serie con abordaje torácico. Creemos que ésta es la gran ventaja de las EMI al permitir por vía toracoscópica una linfadenectomía más radical, pero sin ocasionar por esto mayor morbilidad. Por lo tanto, el fundamento principal del abordaje mini-invasivo no es lograr menores complicaciones respiratorias que el abordaje transhiatal convencional, sino ofrecer una alternativa de baja agresión pulmonar con mayor radicalidad oncológica.

Al igual que en las otras experiencias, nuestro índice de dehiscencias anastomóticas fue bajo. Debe señalarse que estas tampoco cursaron con el temido cuadro de mediastinitis severa sino que fueron sospechadas clínicamente por presencia de débito turbio en el drenaje mediastinal y confirmadas mediante el estudio radiológico. Sin embargo su manejo sistemático mediante stents endoscópicos condujo a la única mortalidad de nuestra serie. Se han publicado otras experiencias de complicación hemorrágica masiva post stenting esofágico²³. En una serie reciente de 17 stents colocados para tratamiento de dehiscencias anastomóticas se registraron 3 (17.6%) complicaciones hemorrágicas fatales debidas a erosión aórtica²². Estos hallazgos nos imponen replantear su empleo liberal. En la actualidad estamos participando del diseño de stents menos rígidos con copa inferior más adaptable para su uso en postoperatorio de esofagectomías.

Las limitaciones de nuestro estudio surgen de ser una serie inicial de casos seleccionados, estudiados en forma retrospectiva con corto seguimiento. Por otro lado, como ya se mencionó la selección de casos ocurrió sólo en el primer año de la experiencia, cuando seguían realizándose simultáneamente esofagectomías convencionales. Posteriormente aplicamos la EMI a todos los casos en forma consecutiva, abarcando así más de la mitad de la serie por lo que la selección de casos fue sólo parcial e inicial. El índice logrado de 85% de supervivencia libre de enfermedad podría explicarse por la selección mencionada o debido al corto seguimiento (21 meses). Sin embargo, cumple el objetivo de confirmar el buen desempeño de las EMI en disminuir las recidivas locales o la ausencia de implantes en los sitios de trócares, que habían sido inicialmente descriptos en procedimientos híbridos y que ocurren entre los 3 y 6 meses de posoperatorio²⁶. Finalmente, hay consenso en que la utilidad de la EMI en estadios III y IV requiere aún mayores estudios.

Todas las técnicas de EMI realizadas sin conversiones imponen indudablemente mayores costos, debido a la construcción laparoscópica del tubo gástrico mediante suturas mecánicas. Sin embargo, los mayores costos globales en esofagectomías están dados por el impacto negativo de las complicaciones y requerimientos de UTI. Al producir menor morbilidad, la EMI podría así compensar sus mayores costos operatorios.

Como ya se ha citado, se requieren aún más estudios para lograr metaanálisis concluyentes en este tópico pero la tendencia es marcada a favor de la EMI^{4, 15}. Recientemente hemos publicado un análisis donde demostramos que incluso en los casos no complicados, las EMI transtorácicas equiparan sus costos las esofagectomías transtorácicas convencionales debido a la reducción del tiempo de internación y requerimiento de UTI²⁰. El efecto de reducción de internación está dado por el manejo fast track de las EMI, el cual no sería posible sin las ventajas en recuperación que ofrece el abordaje miniinvasivo.

Por otro lado, hemos realizado varias modificaciones técnicas que han reducido costos, principalmente evitando el uso de suturas mecánicas en algunas maniobras que permiten su reemplazo por suturas manuales o hemolocks, así como también por el uso de protectores de pared de fabricación hospitalaria. Del análisis del

tipo de morbilidad de nuestra serie, ante la ausencia de hemorragias o colecciones abdominales o en pared torácica, concluimos que estas modificaciones no han tenido traducción clínica en nuestros pacientes. Otra modificación publicada es el abordaje torácico con paciente en decúbito prono, que permitiría ventajas en la exposición, menores necesidades de retracción pulmonar e hipotéticamente evitar el colapso pulmonar derecho^{19, 24}. Consideramos que esta variante es prometedora para abordajes de 3 campos (McKeown) donde el tiempo torácico es menor. Sin embargo, la confección de una anastomosis intratorácica podría verse dificultada por una mayor necesidad de retracción del tubo gástrico por lo cual se requieren mayores experiencias para tener conclusiones de sus ventajas y desventajas.

En conclusión, en nuestra experiencia inicial, la EMI se mostró segura y ofreció una alternativa razonable a la esofagectomía convencional. Coincidiendo con otras experiencias, la realización toracoscópica de una anastomosis intratorácica fue factible, sin impactos negativos en tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias o conversiones a cirugía convencional. Se observaron ventajas en recuperación, tiempo de internación, complicaciones y posibilidad de manejo fast track. El abordaje torácico mini-invasivo permite linfadenectomías radicales, con bajo impacto respiratorio y buen efecto oncológico en términos de recidiva local a mediano plazo. Pueden realizarse modificaciones técnicas que permitan aplicarla en nuestro país sin traducción en cambios en la morbilidad posoperatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altkorki NK, Zhou XK, Stiles B, et al. *Total number of resected lymph nodes predicts survival in esophageal cancer*. Ann Surg 2008; 248: 221-226.
2. Atkins BZ, Shah AS, Hutcheson KA, et al. *Reducing hospital morbidity and mortality following esophagectomy*. Ann Thorac Surg 2004; 78: 1170-1176.
3. Bizekis C, Kent MS, Luketich JD, et al. *Initial experience with minimally invasive Ivor Lewis esophagectomy*. Ann Thorac Surg 2006; 82: 402-407.
4. Butler N, Collins S, Memon B, Memon M. *Minimally invasive oesophagectomy: current status and future direction*. Surg Endos 2011; 25: 2071-2083.

5. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, et al. *The Clavien-Dindo classification of surgical complication: five year experience*. Ann Surg 250:187-96; 2009.
6. Connors RC, Reuben B, Neumayer LA, Bull DA. *Comparing outcomes after transthoracic and transhiatal esophagectomy: a 5 year prospective cohort of 17,395 patients*. J Am Coll Surg 2007; 205: 735-740.
7. Cushieri A. *Endoscopic subtotal oesophagectomy for cancer using the right thoracoscopic approach*. Surg Oncol 1993; 2(Suppl 1):3-11.
8. DePaula AL, Hashiba K, Ferreira EA, et al. *Laparoscopic transhiatal esophagectomy with esophagogastropasty*. Surg Laparosc Endosc 1995; 5:1-5.
9. Easterling CS, Bousamra M, Lang IM, et al. *Pharyngeal dysphagia in postesophagectomy patients: correlation with biomechanics*. Ann Thorac Surg 2000; 69: 989-992.
10. Greenstein AJ, Litle VR, Swanson SJ, et al. *Effect of number of lymph nodes sampled on postoperative survival of lymph node-negative esophageal cancer*. Cancer 2008; 112:1239-1246.
11. Hulscher JBF, Tijssen JGP, Obertop H, et al. *Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis*. Ann Thorac Surg 2001; 72:306-313.
12. Hulscher JBF, van Sandwick JW, de Boer AG, et al. *Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus*. N Engl J Med 2002; 347:1662-1669.
13. Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, et al. *Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients*. Ann Surg 2003; 238: 486-495.
14. Martin RE, Letsos P, Taves DH, et al. *Oropharyngeal dysphagia in esophageal cancer before and after transhiatal esophagectomy*. Dysphagia 2001; 16: 23-31.
15. Nagpal K, Ahmed K, Vats A, et al. *Is minimally invasive surgery beneficial in the management of esophageal cancer? A meta-analysis*. Surg Endosc 2010;24: 1621-1629.
16. Nguyen NT, Hinojosa MW, Smith BR, et al. *Minimally invasive esophagectomy. Lessons learned from 104 operations*. Ann Surg 2008; 248:1081-1091.
17. Omloo JM, Lagarde SM, Hulscher JB, et al. *Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinomas of the mid/distal esophagus: five year survival of a randomized clinical trial*. Ann Surg 2007, 246: 992-1000.
18. Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. *Transhiatal esophagectomy: clinical experience and refinements*. Ann Surg 1999; 230:392-403.
19. Palanivelu C, Prakash A, Senthilkumar R, et al. *Minimally invasive esophagectomy: thoracoscopic mobilization of the esophagus and mediastinal lymphadenectomy in prone position-experience of 130 patients*. J Am Coll Surg 2006; 203:7-16.
20. Pirchi D, Cerutti R, Martinez Bongio H, et al. *Diferencias de costos entre las esofagectomías convencionales y mini-invasivas. Análisis de esofagectomías subtotales sin complicaciones*. Rev Argent Cirug 2010; 99:1-8.
21. Rizzetto C, DeMeester SR, Hagen JA, et al. *En bloc esophagectomy reduces local recurrence and improves survival compared with transhiatal resection after neoadjuvant therapy for esophageal adenocarcinoma*. J Thorac Cardiovasc Surg 2008; 135: 1228-36.
22. Schweigert M, Dubecz A, Stadlhuber RJ, et al. *Risk of stent-related aortic erosion after endoscopic stent insertion for intrathoracic anastomotic leaks after esophagectomy*. Ann Thorac Surg 2011;92:513-518.
23. Siersema PD, Tan TG, Sutorius FF y col. *Massive hemorrhage caused by a perforating Gianturco-Z Stent resulting in an aorto-esophageal fistula*. Endoscopy 1997; 29: 416-420.
24. Smithers BM, Gotley DC, Martin I, Thomas JM. *Comparison of the outcomes between open and minimally invasive esophagectomy*. Ann Surg 2007; 245: 232-240.
25. Wolff CS, Castillo SF, Larson DR, et al. *Ivor Lewis approach is superior to transhiatal approach in retrieval of lymph nodes at esophagectomy*. Dis Esophagus 2008; 21: 328-333.
26. Yamamoto S, Kawahara K, Maekawa T, et al. *The port site recurrence after a thoracoscopic and video-assisted esophagectomy for advanced esophageal cancer*. J Thorac Oncol 2009; 4: 131-134.

AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

Juan I. Cerda*, Ezequiel Palmisano**, María José Domínguez*, Sergio Bianco***,
Horacio González****

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN – GRANADERO BAIGORRIA, SANTA FE, ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

Las anomalías anatómicas de la vía biliar no son infrecuentes, pero la agenesia del conducto cístico y de la vesícula biliar es una malformación rara¹. Su baja frecuencia, su posible presentación clínica con dolor abdominal y/o dispepsia y la habitual confusión ecográfica con litiasis vesicular (simple o complicada) hacen que, casi siempre, se llegue a su diagnóstico durante una exploración quirúrgica, siendo excepcional el diagnóstico preoperatorio. El objetivo del presente trabajo es informar dos casos y analizar, en base a nuestra experiencia y al análisis bibliográfico, la importancia del diagnóstico preoperatorio de esta malformación.

CASO 1:

Mujer de 41 años de edad que consulta por sintomatología de 2 meses de evolución; refiriendo dispepsia intensa y episodios de dolor cólico en epigástrico de moderada intensidad, irradiados a hipocondrio derecho, acompañados de náuseas y vómitos biliosos. En la ecografía se constata una imagen compatible con vesícula biliar con contenido que proyecta sombra acústica posterior, interpretada como vesícula litiasica escleroatrófica. Parámetros de laboratorio (analítica general, bilirrubina y enzimas de colestasis) dentro de la normalidad. Con diagnóstico de litiasis vesicular sintomática se intervino quirúrgicamente por vía laparotómica; luego de una minuciosa semiología de cavidad y amplia disección

en hemiabdomen superior no se logra identificar la vesícula biliar, tampoco se encontraron adherencias ni estigmas de procesos inflamatorios previos. La colangiografía intraoperatoria (Foto 1) demuestra una vía biliar principal de aproximadamente 5 mm de diámetro, sin imágenes patológicas en su interior, no visualizándose el conducto cístico ni la vesícula biliar. Se concluye la cirugía. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio.

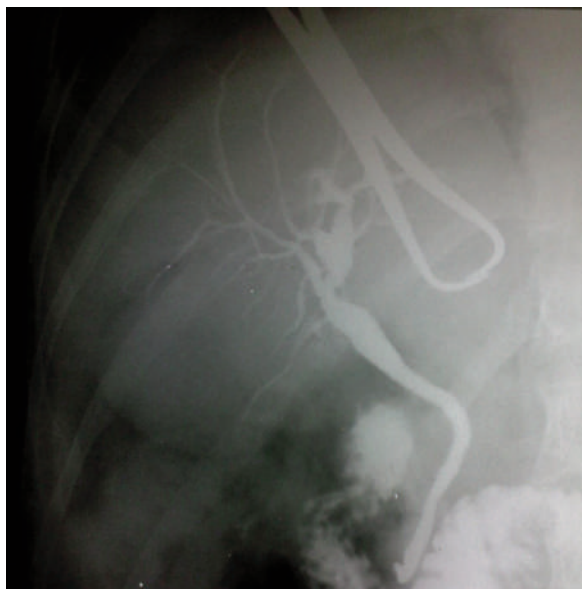


FOTO 1
Colangiografía intraoperatoria por punción
Vía biliar de calibre conservado
No se define conducto cístico ni vesícula biliar

*Residente.

**Jefe de Residentes.

***Cirujano de planta e Instructor de Residentes.

****Profesor Adjunto e Instructor de Residentes.

CORRESPONDENCIA: Juan Ignacio Cerda. Dir: Yerbal 468 6° C (C1405CDJ). Tel: 011-1565681655.

E mail: juanignaciocerda@hotmail.com

Recibido el 20 de diciembre de 2011.

Aceptado el 09 de agosto de 2012.

CASO 2

Mujer de 36 años de edad, que consulta por historia de dispepsia y episodios de dolor epigástrico tipo cólico, propagado a hipocondrio derecho, de leve intensidad; acompañado de náuseas. La semiología abdominal revela dolor leve en cuadrante superior derecho, sin defensa. Se solicitaron exámenes de laboratorio (analítica general, bilirrubina y enzimas de colestasis) que se encuentran dentro de valores normales. La ecografía abdominal (Foto 2) muestra un hígado sin lesiones, colédoco de 3.8 mm de diámetro, no visualizándose la vesícula biliar.



FOTO 2
Ecografía abdominal
Vía biliar de calibre conservado
No se visualiza vesícula biliar

Se repite el estudio con optimización de ventana ecográfica (dieta hipograsa, medidas antimeteorismo y 12 horas de ayuno) en el cual tampoco se logra visualizar la vesícula biliar. Rx de Tórax y abdomen normal; sedimento urinario dentro de parámetros normales. Con sospecha de patología biliar se realiza Colangiorresonancia, que define una vía biliar de calibre y trayecto habitual, sin imágenes de lito endocanalicular, constatándose ausencia de conducto cístico y vesícula biliar. Se realizó endoscopia digestiva alta diagnosticándose hernia de hiato y pangastritis. Actualmente la paciente se encuentra con medidas higiénico-dietéticas y en tratamiento con inhibidores de bomba de protones, con buena respuesta sintomática.

DISCUSIÓN

La incidencia de agenesia vesicular es de 0.01-0.04% de las intervenciones quirúrgicas en vías biliares⁵. Bennion y col² clasificaron a estos pacientes en tres grupos: asintomáticos (35%), sintomáticos (23-50%) y acompañados de otras malformaciones (15-65%), (cardiovasculares, gastrointestinales y genitourinarias en orden de frecuencia). Como lo refirieron nuestros pacientes, la presentación clínica más frecuente es el dolor cólico (54%) y la dispepsia (34%), seguido en un 27% de los casos de ictericia¹. El mecanismo que explica dicha presentación es discutido, planteándose la posibilidad de coledocolitiasis, discinecia del esfínter de Oddi, etiología colónica, gástrroduodenal, renoureteral, etc.

Otro punto controvertido es su diagnóstico basado en técnicas de imagen. La ecografía suele interpretarse como una vesícula contraída, hipoplásica o escleroatrófica y con cálculos. La TC abdominal no suele realizarse en estos casos. Por último, si el grado de sospecha lo requiere, la colangiografía permite una clara visualización de la vía biliar, alcanzando elevadas tasas de sensibilidad y especificidad, pudiendo considerarse el gold standard en el diagnóstico de agenesia vesicular. Es de gran importancia el diagnóstico preoperatorio, ya que evita una cirugía innecesaria que expone al paciente a un riesgo elevado de lesión quirúrgica de la vía biliar debido a la necesidad de amplias disecciones en presencia de una anatomía anormal⁶.

En el intraoperatorio puede generarse la duda de si nos encontramos realmente ante una agenesia, una ectopia vesicular o si se trata de una desaparición de la vesícula biliar resultado de un proceso inflamatorio crónico. Para poder dar un diagnóstico de certeza Frey y col³ propusieron, en 1967, los siguientes criterios: a) disección de la vía biliar principal desde el duodeno hasta la bifurcación de los hepáticos, sin hallazgo de vesícula biliar; b) ausencia de reacción inflamatoria aguda o adherencias al lecho vesicular, y c) colangiografía intraoperatoria. Estos fueron corroborados en el caso reportado anteriormente.

Para finalizar, el diagnóstico preoperatorio de agenesia vesicular exige un examen ecográfico minucioso y sincero, que ante la falta de una

imagen de vesícula biliar se postule su ausencia (sin ensayar hipótesis de vesículas hipoplásicas-escleroatróficas) y se solicite un estudio de mayor complejidad que confirme la malformación y no conduzca al paciente a una cirugía innecesaria y riesgosa.

Agradecimientos: Marianela Bernaus, Andrés Mangione, Alejandrina Cripovich, Jorge Marani (Residentes), Roberto Rossi (Jefe de Servicio), Ezequiel Palmisano. A la Dra. Jorgelina Trepato y Dra. Analía Basteri (médicos del Servicio de diagnóstico por Imágenes) por su valioso aporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baltasar U, Dunn J, González-Díaz S, Browder W. *Agnesis of the gallbladder*. South Med J 2000; 93 (9): 914-5.
2. Bennion RS, Thompson JE Jr, Tompkins RK. *Agnesis of the gallbladder without extrahepatic biliary atresia*. Arch Surg 1988; 123: 1257-60.
3. Frey C, Bizer L, Ernst C. *Agnesis of the gallbladder*. Am J Surg. 1967; 114:917-26
4. Latimer E. O., F. L. Mendez, and W. Hage, "Congenital absence of gallbladder. Report of three cases," Ann. of Surg., vol. 126: 229- 242, 1947.
5. Olay Gayoso M, Baldonado Cernuda R, Alvarez Pérez J; *Agnesis de la vesícula biliar y conducto cístico; Carta al director; Cir Esp* 1996; 59(3):271-72.
6. Peloponissios N, Gillet M, Cavin R, Halkic N. *Agnesis of the gallbladder: A dangerously misdiagnosed malformation*. World J Gastro-enterol 2005; 11 (39): 6228-31.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POST-TROMBOSIS VENOSA DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Leonardo A. Arrechea MAAC, Alejandro M. de la Torre MAAC FACS, Alejandro J. Pavlovsky MAAC, Santiago Penedo

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la vena mesentérica superior (TVMS) es una enfermedad infrecuente, representa el 5-12% de los casos de isquemia mesentérica con una disímil mortalidad. Fue descrita por Elliot en el año 1895⁵.

Favorecen su aparición los estados congénitos de hipercoagulabilidad y las causas adquiridas como enfermedades hematológicas, neoplasias, traumatismos, procesos inflamatorios abdominales, postoperatorios, cirrosis e hipertensión portal entre otros.

Se distinguen tres formas clínicas: la aguda, de horas de evolución, con elevado riesgo de isquemia intestinal; la subaguda que cursa con dolor abdominal y puede evolucionar en días incluso hasta semanas, con menor riesgo de isquemia intestinal y por último la forma crónica que se manifiesta por sangrado de varices esofágicas secundarias a trombosis de la vena porta^{1,7}.

En la actualidad el avance de los métodos por imágenes, permite diagnosticar con precisión formas subclínicas, en especial el ecodoppler y la tomografía axial computada multislice^{9,12}.

La estenosis del intestino delgado posterior a la TVMS es una complicación infrecuente con muy pocos reportes publicados en la literatura^{2,6,11}.

El objetivo de esta comunicación, es presentar un caso de estenosis de intestino delgado, secundaria a una trombosis de la vena mesentérica superior tratada por abordaje video laparoscópico y realizar una revisión bibliográfica del tema.

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años de edad con antecedentes de cáncer de próstata con metástasis

óseas en tratamiento oncológico con estrasmustina que curso internación en enero de 2010 por TVMS diagnosticada mediante TAC de abdomen y pelvis que informaba trombosis en la vena mesentérica superior (Figura 1 A y B) y enteritis con rarefacción del mesenterio (Figura 2).

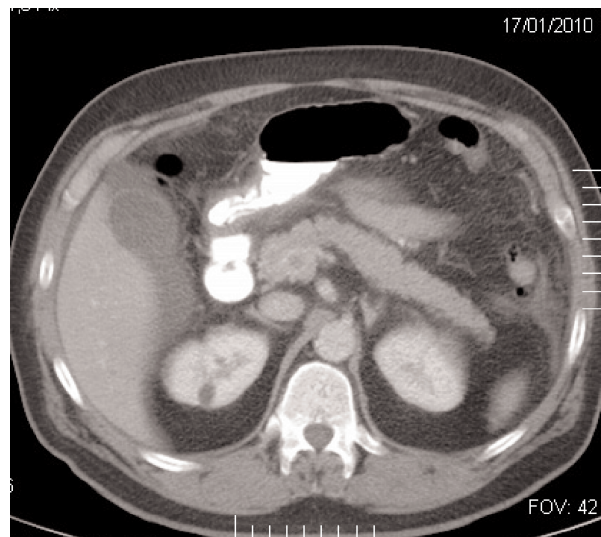


FIGURA 1 A

Trombosis de la vena mesentérica superior

Durante su internación en sala general recibió tratamiento anticoagulante y reposo digestivo.

Fue dado de alta al 10º día con mejoría de la sintomatología y tolerancia a la dieta. Al alta el paciente continuó con clexane 80 mg cada 12 hs. en seguimiento por el servicio de hematología.

Reingresa el día 12 de marzo de 2010 por dolor abdominal de tipo cólico, náuseas y vómitos, que comenzaron 7 días antes, asociados a distensión abdominal posterior a la ingesta, este cuadro fue progresivo hasta hacerse permanente.

Al examen físico el paciente se encuentra lucido afebril taquicárdico y normotenso. Presenta palidez cutáneo mucosa y signos de deshidratación moderada. Valores de laboratorio al in-



FIGURA 1 B

Trombosis vena mesentérica superior TAC corte sagital



FIGURA 3

Engrosamiento de asa de intestino delgado. Alteración de mesenterio

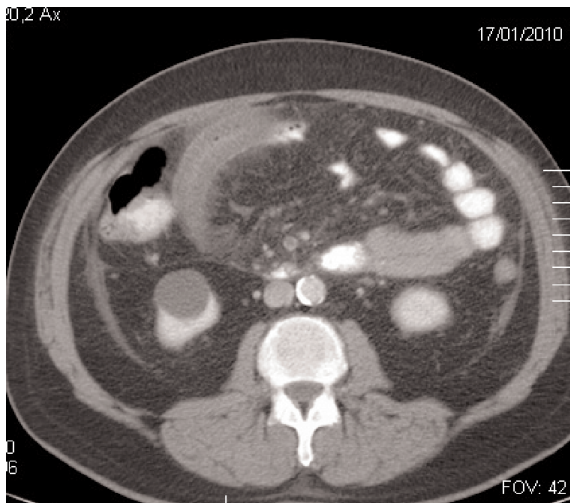


FIGURA 2
Enteritis

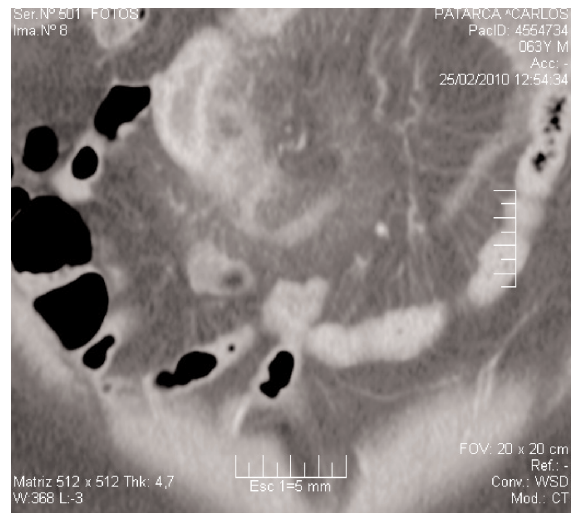


FIGURA 4

Estenosis de delgado y rarefacción del mesenterio

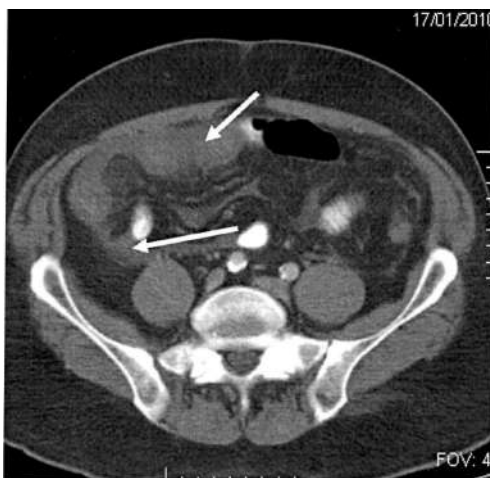


FIGURA 2 bis

Enteritis y edema de mesenterio con líquido libre en parietocolico derecho

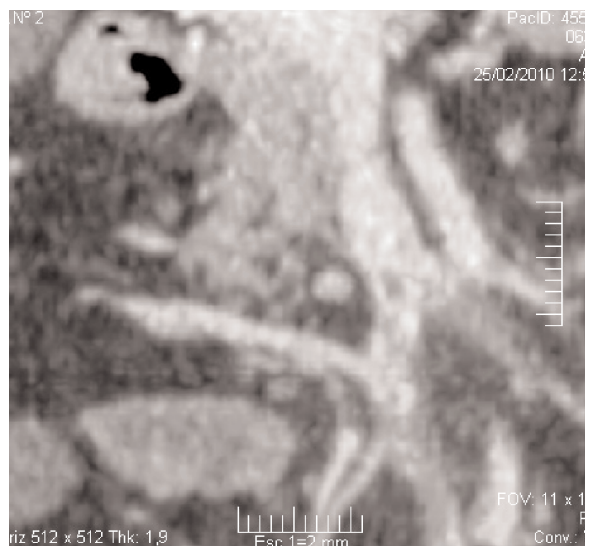


FIGURA 5

Trombosis vena mesentérica superior

greso: Hto 46% gb 9800 plaquetas 361000 eritrosedimentación 20 mm.

En la radiografía del abdomen se observaba dilatación del estómago y asas de intestino delgado proximales. Se realizó ecografía abdominal que informa la presencia de intenso meteorismo sin líquido libre en abdomen.

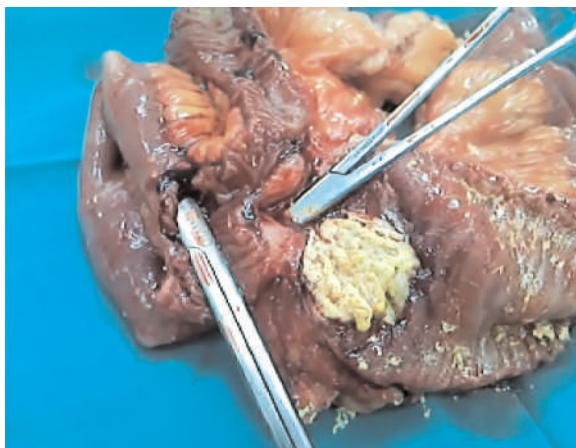


FIG. 6

Pieza de resección. Intestino Delgado abierto por su borde antimesentérico.

Flecha negra asa aferente. Flecha blanca cicatriz estenótica. Flecha gris asa eferente

Se solicitó TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso que evidencia cambio en el calibre de asas de intestino delgado a nivel yeyuno-ileal con mayor refuerzo del contraste endovenoso y marcada alteración del tejido graso adyacente (Figura 3). Las asas de intestino delgado proximales a dicha imagen se encuentran distendidas con niveles hidroaéreos. Se observa defecto de relleno en vena mesentérica superior, compatible con trombosis, asociado a la alteración del tejido graso mesentérico (Figura 4).

Se indicó reposo digestivo por 72 hs con buena evolución. Al comenzar con dieta blanda presenta distensión abdominal asociada a dolor abdominal tipo cólico por lo que se decide la exploración quirúrgica abordando el abdomen por video laparoscopia.

En el acto quirúrgico se evidencia oclusión intestinal a 1.5 metros del ángulo de Treitz que involucra asas de delgado con adherencias firmes entre si y al epiplón mayor. Se realiza resección en bloque de intestino delgado comprometido y del epiplón mayor, la anastomosis termino-terminal se realizó en forma manual extracorpórea con dos hemisurget de prolene 3-0 por una ampliación de la incisión del trocar umbilical

(Figura 5).

El paciente cursó un post-operatorio favorable y fue dado de alta al 5to día.

La anatomía patológica informó enteritis necrotizante con márgenes de resección congestivos libres de enfermedad, mesenterio con citoes teatonecrosis. Adenitis reactiva en los 6 ganglios resecados.

DISCUSIÓN

La obstrucción de intestino delgado como complicación de una TVMS es un cuadro muy poco frecuente con escasos reportes en la literatura mundial^{2, 6, 11}.

Por lo general en los pacientes afectados de TVMS, existe de forma subyacente una patología trombotica, congénita o adquirida. Nuestro paciente presentaba los antecedentes de tabaquismo y un cáncer avanzado de próstata.

En las formas graves de esta patología se destacan la presencia de sangrado intestinal que puede manifestarse en forma de melena o hematoquezia y la existencia de ascitis hasta en el 15% de los pacientes, que manifiesta la severidad del compromiso parietal del intestino.

La fisiopatología de este proceso luego de la trombosis venosa muestra congestión de la pared intestinal, edema-hemorragia intramural que según la severidad puede progresar hasta la necrosis. En el acto operatorio se observa una transición gradual en la coloración del intestino infartado hacia el normal a diferencia de la oclusión arterial aguda¹⁰.

En este caso el paciente no presentó melena pero sí evidenció líquido libre en el parietocolico derecho e inter-asas. El cuadro evolucionó en forma subaguda manifestándose a las 6 semanas del evento trombotico, con dolor abdominal de tipo cólico posterior a la ingesta, asociado a distensión abdominal náuseas y vómitos.

Los métodos diagnósticos mostraron un cuadro de oclusión parcial de intestino delgado. En relación a esta forma de presentación, en la literatura se describe como estenosis tardía de la cicatriz, como un cuadro intermedio entre la restitución ad integrum y la necrosis con perforación y peritonitis¹¹. Esta forma de presentación fue reportada en la mayoría de los casos publicados de estenosis de intestino delgado post TVMS.

Hasta el advenimiento de los métodos de

diagnósticos por imágenes actuales, el diagnóstico de la TVMS era una verdadera incógnita para los médicos actuantes, a menudo tardío y por lo general en el contexto de un abdomen agudo por la presencia de necrosis intestinal.

Los exámenes de laboratorio son inespecíficos, destacándose la acidosis metabólica aunque la misma se presenta en forma tardía y manifiesta el infarto del intestino comprometido.

La ecografía doppler y la tomografía axial computada con contraste endovenoso son los métodos diagnósticos de elección. El ecodoppler permite observar en forma no invasiva el trombo en la vena afectada aunque pierde sensibilidad en presencia de distensión abdominal. En cambio la tomografía axial computada multislice en la actualidad permite observar la trombosis y descartar otras causas de patología abdominal.

La resonancia nuclear magnética si bien tiene elevada sensibilidad y especificidad queda reservada a aquellos pacientes que presenten hipersensibilidad conocida al contraste endovenoso tomográfico o insuficiencia renal^{3, 4, 8}.

La arteriografía mesentérica ha perdido importancia por ser un método invasivo y está únicamente indicada en aquellos casos con alta sospecha de trombosis, en los cuales los métodos no invasivos no han podido hacer el diagnóstico, o en aquellos casos de trombosis de pequeños vasos.

El tratamiento de la TVMS consiste fundamentalmente en la anticoagulación, reposo digestivo e hidratación parenteral. El tratamiento quirúrgico se impone ante la perforación intestinal y en los casos de evolución subaguda con la estenosis cicatrizal del segmento afectado.

La resolución en este caso, a diferencia de los reportados en la literatura se realizó por abordaje video-laparoscópico, lo que brindó los beneficios ya conocidos de la cirugía mínimamente invasiva.

El abordaje laparoscópico permite evaluar la totalidad de la cavidad y realizar la resección del segmento intestinal afectado. La reconstrucción del tránsito intestinal puede realizarse por vía laparoscópica o en forma extracorpórea. En este caso se realizó el control intracorpóreo del meso intestinal con una anastomosis manual

extracorpórea por la ampliación de la incisión del trocar ubicado a nivel umbilical.

El hallazgo intraoperatorio de adherencias del epiplón mayor al intestino delgado comprometido ha sido una constante de los casos reportados, hecho este que confirma la función de defensa atribuida al mismo, en la patología inflamatoria abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boley S, Kaleya R, Brandt L. *Mesenteric venous thrombosis*. Surg Clin North Am 1992; 72: 183-201.
2. Cardot f, Borj JY, Guédon C, Lerebour E, Colin R. *Les syndromes d'ischémie veineuse mésentérique: infarctus et ischémie transitoire*. Gastroenterol Clin Biol 1992; 16:644-8
3. Choudhary AM, Grayer D, Nelson A, Roberts I. *Mesenteric venous thrombosis A diagnosis not to be missed!* J Clin Gastroenterol 2000; 31: 179-182.
4. Divino CM. In: Parks S, Angel LP, Ellozy S, Spiegel R, Kim U.A *Retrospective study of diagnosis and management of mesenteric vein thrombosis*. Am J Surgery 2001; 181: 20-3.
5. Elliot JW. *The operative relief of gangrene of intestine due to occlusion of the mesenteric vessels*. Ann Surg 1895; 21: 9-23.
6. Eugene C, Valla D, Wesenfelder L, Fingerhut A, Bergue A, Merrer J et al. *Small intestinal stricture complicating superior mesenteric vein thrombosis. A study of three cases*. Gut 1995; 37: 292-5.
7. Kaleya R, Boley S. *Acute Mesenteric Ischemia*. Crit Care Clin 1995; 11:479-512.
8. Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. *Mesenteric venous thrombosis*. N Engl J Med 2001; 345: 1683-8.
9. Nordback I, Sisto T. *Ultrasonography and computed tomography in the diagnosis of portomesenteric vein thrombosis*. Int Surg 1991; 76: 179-82.
10. Quildrian S., Mihura M., Ceresetto J.. *Trombosis venosa mesentérica*. Rev. Argent. Cirug. , 2004; 87(3-4): 130-136.
11. Uribe AS, Feres ES, Flores PC. *Estenosis segmentaria de intestino delgado luego de trombosis de vena mesentérica superior. Caso clínico*. Rev. Méd. Chile 1999; 127: 11: 1369-1374.
12. Weinreb J, Kumari S, Phillips G, Pochavzesky R. *Portal vein measurements by real-time sonography*. AJR 1982; 139: 497.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA COMPLICADA

*Gustavo J. A. Mantovani** MAAC, *Daniel Valeri***, *Marcelo Caro****, *Héctor Ríos **,
*Jorge Caro*****

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL", ORAN, SALTA, ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico inicial de una lesión diafragmática es difícil, sea en el trauma penetrante como en el contuso, reportándose una incidencia en su presentación del 10 al 15% en trauma penetrante^{1, 5}. La mortalidad de estas lesiones varía de acuerdo al mecanismo de producción y al tiempo de evolución de la hernia, reportándose índices del 20% al 80% de mortalidad, pero si consideramos las hernias diafragmáticas traumáticas de presentación tardías complicadas con estrangulación visceral la mortalidad se centra entre el 60 y 80% según las series^{4, 5}.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años de edad derivado del interior con un cuadro de 72 horas de evolución con diagnóstico de neumonía izquierda complicada por derrame pleural. Antecedente: traumatismo de toracoabdominal por herida de arma blanca hace 7 años, a nivel de 7^o espacio intercostal línea axilar posterior izquierda, por lo cual se colocó drenaje pleural izquierdo. Ingresó por guardia en mal estado general, con disnea, dolor en hemitórax izquierdo, dolor cólico difuso abdominal, náusea y vómitos. En el examen físico; se encontraba vigil, en ortopnea, cianosis periférica, deshidratado grave, taquipnea de 30 por minuto, taquicárdico 110 por minuto, presión arterial de 90/60 mmHg, ingurgitación yugular bilateral, hemitórax izquierdo hiperinsuflado, con

ausencia del murmullo vesicular, abdomen asimétrico con distensión marcada en hemiabdomen derecho, timpánico con ausencia de ruidos hidroaéreos. Se realiza laboratorio que muestra leucocitosis (25.000 blancos) con falla pre renal, radiografía de tórax (Figura 1); y Rx abdomen de pie (Figura 2). Se realiza reanimación inicial con fluidos, ATB y se decide conducta quirúrgica de urgencias. Se realiza laparotomía exploradora, se constata peritonitis purulenta generalizada, brecha diafragmática izquierda con herniación del epiplón mayor y colon transverso, con compromiso isquémico, gangrena del sector derecho del transverso (Figura 3), se procede a realizar toracotomía anterolateral izquierda constatando piotórax múltiples adherencias, perforación del colon transverso herniado en hemitórax izquierdo, infarto de epiplón mayor, colapso total de pulmón izquierdo. Se realiza liberación y reducción a cavidad abdominal del colon y epiplón, se procede a lavar cavidad pleural, se cierra brecha diafragmática con nylon (Figura 4), luego se procede a realizar hemicolectomía derecha ampliada, por el compromiso isquémico extenso de colon transverso, ileostomía terminal a lo brooke, colostomía distal (cabos divorciados), lavado de cavidad abdominal y se decide abdomen abierto y contenido. Pasa a UTI, se lava en 4 oportunidades y se cierra cavidad abdominal, presentando a los 10 días piotórax tabicado izquierdo por lo cual se realiza nuevamente toracotomía con debridamiento, decorticación temprana y drenaje pleural izquierdo bajo agua. Presenta buena evolución postoperatoria con una estadía de 30 días.

* Cirujano de planta.

** Jefe del Servicio de Cirugía General.

*** Concurrente del Servicio de Cirugía General.

**** Instrumentador quirúrgico.

Recibido el 12/12/2011.

Aceptado el 21/11/2012.



FIGURA 1
Rx de tórax con nivel hidroaéreo izquierdo

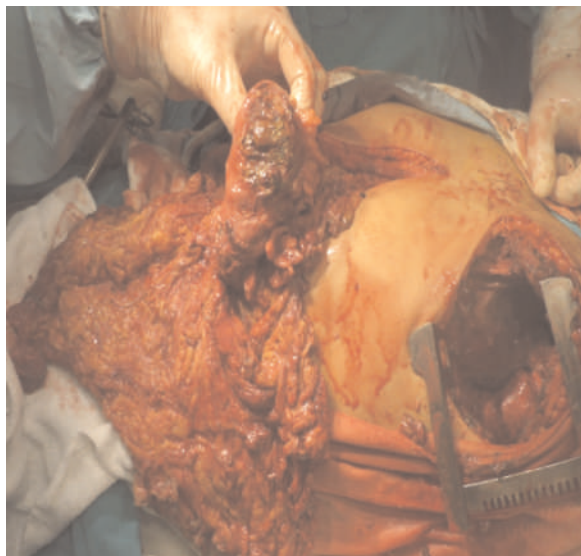


FIGURA 3
Laparotomía, toracotomía anterolateral y perforación de colon transverso

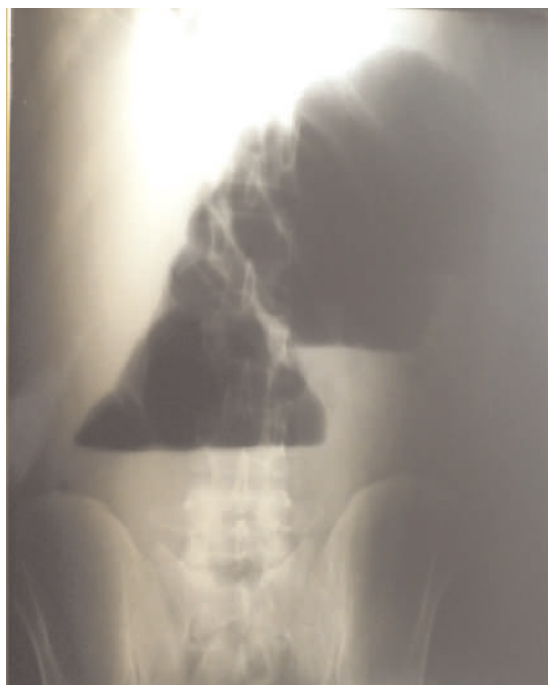


FIGURA 2
Rx de abdomen de pie



FIGURA 4
Brecha diafragmática izquierda, vista abdominal

COMENTARIO

Las hernias diafragmática traumáticas por traumatismo penetrantes son frecuentes en nuestro medio, con una relación 3:1 con respecto al trauma cerrado, se debe tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico en la etapa inicial ya que con los métodos de imágenes entre el 10 y 60% se puede arribar a su diagnóstico^{2, 3, 5}. En

nuestro servicio con la implementación de protocolos en trauma se diagnosticó en forma temprana las hernias diafragmáticas traumáticas ya que realizamos sistemáticamente laparoscopia diagnóstica en los traumatismos toracoabdominales penetrantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reber PU, Scmied B, Seiler CA, et al. *Missed Diaphragmatic injuries and their long-term sequelae*. J Trauma. 1998; 44: 183-188.
2. Lerner Ch. A, Dang Hai, Kutilek RA. *Strangulate traumatic diaphragmatic hernia simulating a subphrenic abscess*. J Emerg Med. 1997; 15: 849-853.
3. Sing S, Kalan M, Moreyra C, Buckman RF. *Diaphragmatic Rupture presenting 50 year after the traumatic event*. J Trauma. 2000; 49, 156-159.
4. Kulstad EB, Pisano MV, Shirakbari AA. *Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia*. J Emerg Med. 2003; 24: 455-457.
5. Valdez Ferro J, Díaz JD. *Hernia diafragmática traumática crónica: a propósito de un caso*. Rev Ciencias Médicas. 2010; 14: 23-26.

EL “MEJOR CIRUJANO”

Eduardo de Santibañes MAAC FACS

Siempre llamo poderosamente mi atención la pregunta. Habitualmente, la respuesta suele ser rápida, poco meditada y fundada en preconceptos acerca de las cualidades del buen cirujano. Personalmente he sacado mis propias conclusiones que se han ido modificando con el transcurrir de los años y la experiencia acumulada.

También motiva este escrito sentir la necesidad de dejar una guía o modelo a mis discípulos o a aquellos que la necesiten.

Como todas las observaciones ésta puede contener subjetividades y debe tomarse solo como una opinión más. No pretenden mis palabras constituirse en un paradigma, pero sí transmitir lo que he vivido y aquellos hechos que honestamente pienso pueden ayudar a reflexionar sobre este tema.

Estas ideas no están inspiradas en alguien en particular y mucho menos tienen la intención de ofender. Sí se que seguramente todos nos sentiremos parte o protagonistas de alguno de mis dichos. Ellos buscan generar una rica discusión que, sin duda, servirá a los futuros cirujanos.

Desde muy joven y por ser hijo de un cirujano rural, que además era un gran médico; escuché las alabanzas hacia su maestro el Prof. Federico Enrique Christmann. Esos relatos, lo elevaban a la perfección y en mis fantasías fue la imagen que busque como guía. Siendo alumno de 6to año de medicina, tuve la oportunidad de ver a ese gran maestro operar homenajeando a su nieto y a sus discípulos en el viejo Pabellón Finochietto del Hospital General San Martín de La Plata luego de varios años de retirado de la actividad quirúrgica.

El paciente era portador de un megacolon chagásico, y tenía varias cirugías previas. El anfiteatro estaba repleto y el silencio era signo de respeto y admiración.

Christmann dijo, “...hace mucho que no opero, así que no esperen velocidad, pero el nadador que ha aprendido un estilo y se desentrena, pierde la velocidad, pero no el estilo...” y siguió lo que para mí fue una sinfonía ejecutada a la perfección.

Aristides Benvenuto Mezzadri, que fuera jefe de trabajos prácticos en la Cátedra de Técnica Quirúrgica de Christman, nos entreno en la técnica quirúrgica a su hijo Norberto y a mí, los fines de semana, en un quirófano improvisado en el fondo de su casa, durante nuestros años de estudiantes.

Esta disciplina había desaparecido de la currícu-

la de los modernos planes de estudio pero ella consideraba esencial en la formación de futuros cirujanos. Más allá de mi agradecimiento a quien fuera uno de los maestros que mas influyeron en mi vocación por alcanzar la excelencia en cirugía, Aristides Benvenuto Mezzadri nos recomendaba ejercitar la habilidad, la limpieza y la simpleza en la ejecución de las maniobras, pero nos inculcaba también otros principios que tenían que ver con la relación médico paciente, con los colegas y con la hombría de bien.

El privilegio de vivir la enseñanza de la técnica desde muy joven me llevo a cometer el error de creer que el “mejor cirujano” era el mas hábil.

En general el cirujano admira y respeta al colega que demuestra capacidad técnica y facilidad en la ejecución de las maniobras. No es infrecuente escuchar comentarios peyorativos sobre aquellos que no disponen naturalmente de esas condiciones.

También es bastante común asociar la imagen de habilidoso con las manos y poco dotado con el cerebro. Este argumento es en general esgrimido por los inhábiles para desquitarse del agravio que les infieren dotados técnicamente.

En el mundo las buenas residencias de cirugía, han demostrado sus bondades al transformar a un residente algo torpe en un cirujano estándar, y capaz de alcanzar niveles de excelencia si persevera, desarrolla otras habilidades e invierte su tiempo en la adquisición de conocimientos y la toma de decisiones adecuadas.

Estas reflexiones solo pretenden poner en su lugar a la destreza técnica, ya que es la condición sine quanon del “mejor cirujano” pero en balance con otras tales como el conocimiento, el equilibrio y el sano criterio.

Un cirujano habilidoso, posee una virtud que si la administra bien puede redundar en beneficio para el paciente. Y aquí, nos acercamos a lo que considero el meollo de la cuestión. Ser el “mejor cirujano” implica alejarse del narcisista concepto de “yo hice lo que otros no podrían”, y concentrarse solamente en el beneficio al paciente.

Nos entrenamos y estudiamos durante nuestra vida médica, para beneficiar y ayudar a los enfermos, curarlos y mitigar su dolor. Este concepto debe primar cuando juzgamos al “mejor cirujano”, ya que él, no debe buscar su lucimiento durante la ejecución de un procedimiento sino solo pensar en las consecuencias de su actuación.

Siempre me impresionaron las palabras que escuche decir a Henri Bismuth refiriéndose a los audaces: "...nunca he sabido de un cirujano que muriera en el quirófano como consecuencia de su temeraria acción, pero si he visto morir y llenar de dolor y complicaciones a los pacientes de estos audaces...". Este concepto debe primar a la hora de tomar decisiones. Siendo residente de 1er año viví una experiencia lamentable que me llevó a abrazar la cirugía hepática. Un famoso cirujano oncólogo fue invitado a mi hospital a operar un médico que padecía de metástasis hepáticas bilaterales de un melanoma de dorso. Luego de laparotomizar al paciente y certificar el diagnóstico; metástasis en todos los segmentos del hígado, realizó una hepatectomía derecha pasando la línea de sección en medio de las vascularizadas metástasis y dejando el remanente hepático con alta carga tumoral. La ejecución del procedimiento fue rápida haciendo gala de su habilidad y a mi entender también la ejecución del paciente quien murió indefectiblemente desangrado en la mesa quirúrgica. La lamentable justificación del profesor, ante un auditorio atónito y temeroso fue que para aprender a hacer una hepatectomía derecha se debían morir algunos pacientes.

El "mejor cirujano", no es aquel que arremete contra la enfermedad sin importar las consecuencias y justifica su accionar en la necesidad de erradicar la enfermedad, aunque sea a costa de la vida, secuelas graves o complicaciones severas que sufra el enfermo.

El "mejor cirujano" sabe cuando acelerar y mucho más importante su conocimiento y criterio le marcan cuando parar. Sabe que un consentimiento informado exhaustivo, no lo habilita a ejecutar una acción que puede redundar en una complicación grave para el enfermo tratado.

Su ego no se mancha cuando tiene que retroceder, ya que solo piensa en el paciente y dado que realmente es el "mejor cirujano", no tiene que demostrarse a sí mismo o a los demás su valía. Nunca parece apurado, pero el tiempo final de los procedimientos es siempre menor que el promedio, dado que su velocidad se manifiesta por encontrar los planos adecuados y ahorrar idas y vueltas o maniobras innecesarias.

Este tema de la velocidad de los cirujanos también llama a polémica. Muy frecuentemente cuando ayudó a un joven, que se siente hábil, trata de acaparar mi atención con maniobras rápidas y hasta ostentadamente elegantes. Mi consejo se apresura a poco de iniciar el procedimiento: "No me vas a impresionar con velocidad, nadie nos corre, se prolijó y ejecuta solo los movimientos necesarios".

La cirugía moderna basa en gran parte sus resultados en la buena anestesia, con lo cual el tiempo no es una prioridad, pero el tiempo adecuado me parece necesario.

El cirujano demasiado lento, aunque sea extremadamente prolijo tiene una gran contra: "aburre al

equipo que lo ayuda".

El procedimiento quirúrgico es hoy en día un trabajo en equipo. Por esto el "mejor cirujano" nunca los aburre, los motiva, les explica el objetivo, los estimula y dirige una orquesta que ejecuta una melodía.

Pero si tuviera que elegir un cirujano estándar, elegiría uno que piense rápido aunque opere lento en lugar de otro que opere rápido y piense lento.

El buen cirujano, lidera el procedimiento quirúrgico y respalda a todos sus integrantes que sienten su protección en medio del stress. Consigue lo mejor de cada uno de ellos. Excepcionalmente se lo escucha recriminar o insultar a sus ayudantes. Cuando no rinden en forma adecuada, los estimula, vuelve a motivar y los reprende en forma no ofensiva. Una llamada de atención por una tarea no cumplida impartida en forma adecuada y con algo de ironía, puede ser mas efectiva que el peor de los gritos o insultos.

Al "mejor cirujano" nunca se lo ve ansioso por finalizar el procedimiento, ya que su único objetivo es obtener un buen resultado que beneficie a su paciente que ha confiado en él. No parece apurado. Para el observador externo, lo que hace siempre parece fácil, con maniobras simples, sin altisonancias, aunque el caso sea complejo y de difícil solución. Cuando el observador tiene la oportunidad de tratar un caso similar lamentará: "¡y pensar que parecía tan fácil cuando él operaba!"

He visto a algunos hábiles cirujanos proceder como aquellos glotones que se sacan la comida del plato rápidamente sin disfrutarla. Esta ansiedad, tiene desventajas para el paciente, dado que aunque rápido, el procedimiento esta sujeto a un bajo nivel de análisis y balance de las distintas opciones. Tiene también contras para el propio cirujano que no está gozando con su trabajo diario. Solo se lo quiere sacar rápidamente de encima, a veces para no sufrir, otras tan solo para continuar con el siguiente caso.

Es frecuente ver cirujanos que desde muy jóvenes sufren la cirugía. Ellos deberían aceptar el consejo de sus mayores, y si no pueden sortear esta dificultad, dedicarse a otras áreas de la medicina. El "mejor cirujano" va contento a operar ya que disfruta lo que hace.

Sin embargo conoce el miedo ante el riesgo, lo sabe dominar y convive con él. Solo los temerarios no sufren miedo ante algún procedimiento que implique responsabilidad.

El "mejor cirujano" debe auditar seria y constantemente sus resultados y conocer sus capacidades reales así como sus limitaciones. El "mejor cirujano" es aquel que obtiene los mejores resultados inmediatos y alejados. Solo el profundo y objetivo análisis de los mismos, le darán el equilibrio necesario para alcanzar la excelencia.

El buen cirujano, siente el dolor ajeno como propio. Esa es una de las razones por la cual se esmera en su técnica y trata de no equivocarse la táctica para así evitar las complicaciones. Estas lo preocupan pero no lo obnubilan ya que trata de sortearlas, aprender de la

mismas y así evitar la siguiente.

Cuando hemos tomado al "mejor cirujano" como referente, pensamos inocentemente que el hecho de ejecutar algunos procedimientos técnicamente complejos como él lo hace, puede graduarnos de "el mejor cirujano". Esta circunstancia hace que perdamos de vista al paciente y nos embarquemos en una visión simplista y narcisista de la cuestión. No podemos graduarnos de el "mejor cirujano" por el solo hecho de ejecutar grandes procedimientos quirúrgicos.

Ser el "mejor cirujano" va mas allá de la posible ejecución técnica, y se imbrica con los resultados, el criterio, el humanismo, la investigación y la humildad de aceptar y conocer nuestras limitaciones.

El "mejor cirujano" es generoso con el conocimiento y lo trasmite constantemente. También es consciente de su saber limitado, con lo cual siempre esta dispuesto a estudiar y aprender de los demás. No lo debilita el pedir ayuda, sino que lo fortalece, dado que su prioridad es el beneficio al paciente. Constantemente estudia y no deja de investigar y comunicar para dejar así un legado a las generaciones venideras.

El "mejor cirujano" esta despojado del síndrome de "broncea" que bien describiera el Prof. Narciso Hernández. Para los jóvenes que no leyeran su trabajo en la Revista Argentina de Cirugía, les resumo. Este síndrome es una mezcla de egolatría profesoral y narcisismo idiota. Una caricaturesca estatua humana viviente cuya impostada pose esta cubierta por el bronce de los próceres, y no tiene nada que aprender de los demás, y por ende tampoco puede enseñar.

El "mejor cirujano" es también el "mejor médico" y no delega responsabilidades. Por el contrario, no se aburre de dar explicaciones a su paciente y a la familia que lo rodea estando siempre presente y no huyendo del dolor.

Finalmente el "mejor cirujano" no sabe que es el "mejor" ni le importa serlo. Esta condición le permite siempre ser permeable al conocimiento que redundara en beneficio de sus futuros pacientes.

Mi agradecimiento a Victoria Ardiles, Fernando Álvarez, Juan Mattera, Juan Pekolj, Enrique Sívori y Alfredo Martínez Marull, por corregir y aportarme ideas durante la confección de este manuscrito.

He dejado para el final una consideración superior y es "saber ser agradecido de nuestros maestros de la vida y de la profesión".

Con orgullo, destaco al Profesor Dr. Enrique M. Beveraggi a quien siento, admiro y respeto por su honestidad e inteligencia, como ese maestro que enseña con el silencio del ejemplo. Su consejo sabio y respaldo incondicional, siempre estuvieron presentes en los momentos felices y duros de mi vida.

Como todos, el también sufrió la adversidad y a pesar de ello nunca dejo de ser un gran médico y mentor excepcional.

Con mi gracias Dr. Enrique Beveraggi privilegio a los más jóvenes con este pensamiento: "Para ser un

gran o mejor cirujano hay que ser primero una buena persona".

DISCUSION

Dr. Octavio A. R. Gil MAAC FACS: Felicito al Dr. Eduardo de Santibañes, por su presentación, la cual comparto en el 100% de los conceptos. Lo felicito también porque creo que es una contribución oportuna y muy importante. Oportuna, porque en el momento actual, donde los valores parecen estar perdiéndose o al menos, están subvertidos y donde las prerrogativas, la vulgaridad, la pérdida de respeto a los demás, a las jerarquías y a las instituciones son moneda corriente, resulta quizás imperioso transmitir que solo el esfuerzo, el trabajo, el estudio, la honestidad y adecuadas normas de convivencia, son las bases del éxito, que seguramente pueden llevarnos a ser mejor cirujano. Pero también lo considero muy importante, ya que las nuevas generaciones deben tener de sus mayores, guías que los inspiren a transitar por el camino más correcto, que quizás lo lleven a ser buenos cirujanos.

Ser el mejor cirujano, constituye hoy día, un reto y este reto se ve amenazado por varias cosas, en ellas por la complejidad del sistema de salud, quizás por las atomizaciones laborales, pero sin duda alguna, constituye una aspiración más que loable, pero que requiere tiempo. Como expresa el Dr. de Santibañes, el mejor cirujano representa el equilibrio entre la habilidad y destreza técnica, conocimiento, el adecuado criterio y la capacidad para poder transmitirlo, pero además, de la humildad suficiente para reconocer que lograrlo es un proceso y que este proceso, requiere maduración. No tiene el mismo sabor la fruta madura que aquella que no lo está, a pesar de ser ambas la misma fruta.

Por otra parte, caminando este proceso, nunca sabremos si lo lograremos pero sí debemos esforzarnos en tratar de ser un buen cirujano. Ser un buen cirujano lleva implícito ser un buen médico, como expresa Eduardo, al referirse a su padre y esto exige no solo una excelente formación científica y académica, sino también la entrega desinteresada, el sacrificio, la preocupación por el paciente, a quien le debemos nuestra atención con generosidad y honestidad, honestidad que nos permita reconocer los límites que nos son propios, como así también los que tiene la ciencia, para de esta forma, ofrecerle lo mejor que logre aliviar o curar su padecimiento o nos permita acompañarlo de una manera adecuada y más humana, hacia una muerte digna. Por ello creemos que más que curar una enfermedad, el buen cirujano, debe curar una persona que está enferma. Ser buen cirujano lleva implícito ser un buen médico, situación que considero indivisible, implica sin duda, ser un hombre probo pero más importante aún, implica ser un hombre íntegro.

Esta es una responsabilidad y un deber, primero con nuestros enfermos pero además, para con nosotros mismos, con nuestros maestros y fundamentalmente con nuestros discípulos. Debemos ser artífices de construir un futuro y nada mejor que hacerlo orientando y formando jóvenes que serán sin duda, los propietarios y a la vez los responsables de ese futuro. Felicito nuevamente al Dr. Eduardo de Santibañes por su valioso aporte.

Dr. Hugo Esteva MAAC: Más que oportuna esta contribución del Dr. de Santibañes, que me parece surge de una preocupación que vamos teniendo todos, respecto de lo que somos y, sobre todo, de lo que vamos a dejar en el futuro. Por eso, el único título que esgrimo para la contribución que voy a hacer es esto que él señaló, el transcurrir de los años, que ya son muchos, y la experiencia acumulada. En materia de experiencia, me parece particularmente atractivo que él haya iniciado esto, contando una personal, si se quiere dicho en términos modernos, traumática, respecto al resultado de una operación.

Hay algo sobreentendido en todo esto, pero se lo quiero señalar a de Santibañes porque nació en Saladillo y en Saladillo nació uno de los principales, sino el principal cirujano de la historia argentina, Alejandro Posadas. Leyendo esa entrañable historia íntima de Posadas, escrita por Magnanini, uno de sus discípulos enormemente afectuoso, se aprende hacia el final que Posadas decía que no bastaba para un cirujano ser hábil técnicamente, sino que tenía que saber Medicina.

Conociendo eso y aún proviniendo yo mismo de una escuela que no puso el acento en la técnica quirúrgica, como fue la del Hospital de Clínicas a través de Arce, sino que fue más una escuela de libertad técnica comparada con lo más exacto, preciso y a la vez -no sé cómo decirlo mejor- acotado de la escuela de Finochietto, me parece que es momento para volver sobre la capacidad de saber operar.

Hace unos años, con el Dr. Pedro Ferraina, propusimos a la Facultad de Medicina que los concursos para Profesor de Cirugía se diseñaran de tal modo como para demostrar que los postulantes sabían operar. No se nos tuvo en cuenta, no obtuvimos respuesta siquiera.

Creo que es un problema grave, por lo menos en el ámbito donde nos hemos educado, formado y trabajado, que es el de la Universidad de Buenos Aires. No me consta que en nuestra Universidad, hoy por hoy, un Profesor de Cirugía lo garantice. Saber operar, si bien tiene otros aspectos que no son solamente los técnicos, también tiene, como se ha señalado, un costado práctico insoslayable. Por eso es valiosa la cita que se ha hecho de Bismuth en el sentido en que, si somos audaces, los que pagan nuestra audacia son nuestros enfermos. No somos valientes nosotros, valientes son los que se ponen en nuestras manos.

De ahí que sea imperioso, por lo menos en nues-

tro medio, que quienes van a enseñar a operar, y por lo tanto van a dar lugar a que mañana haya buenos o malos cirujanos, sepan ellos operar. Finalizo: nuestra obligación, por ser los que tenemos más experiencia acumulada y aquellos para quienes han transcurrido más años, es encontrar la fórmula para que los que nos sucedan tengan que demostrar habilidad quirúrgica básica antes de obtener los títulos que implican ser maestros de la cirugía.

Dr. Pedro M. Bianchi Donaire MAAC: Dr. de Santibañes, he escuchado su disertación con un enorme placer y con muy gratos recuerdos, porque me ha hecho volver a dialogar con mi padre, fue médico recibido en el antsiglo pasado, fue uno de los primeros médicos mendocinos y que fue quien me inspiró, me hizo idealizar e idolatrar la carrera médica y la cirugía.

Era de una época de una cirugía inicial, que no gozaba de los adelantos ni de la cantidad de elementos diagnósticos que contamos en la actualidad, pero sus palabras, términos más, términos menos, se superponen totalmente con lo que Ud. ha dicho esta noche, lo cual, sí, me ha emocionado porque me ayudó a hacerme y a ser médico y mantenerme en los rígidos parámetros que exige nuestra profesión, morales, humanos y sensitivos.

También hay que pensar otra cosa, hablamos de la cirugía y de la operación. La cirugía y la operación no me resultaron difíciles, por la formación que me hizo él, porque desde muy chico hablábamos de todos los temas médicos, inclusive cuando cumplí 10 años, yo lo ayudé a operar y lo ayudaba en sus disecciones, en sus estudios anatómicos y leía sus libros.

Cuando inicié la carrera de Medicina en el año 46', ya había leído en la edición de 1898. Lo que sí, siempre lo más arduo no era el operar sino el decidir cuándo y cómo y por qué operar, ahí es donde se juega verdaderamente la vida, la salud y el futuro de un enfermo.

No quiero extenderme más sino nuevamente volver a agradecer al Dr. de Santibañes, la gran cantidad de recuerdos que ha traído a mi mente. Muchas gracias, Doctor.

Dr. Enrique Sívori MAAC FACS: Señor Presidente, no es habitual que felicite a los autores de un trabajo, pero decidí hacerlo porque trae a la Academia para debate, un problema que nos saca un poco de la aridez de la discusión de las cifras estadísticas, resultados y nos obliga a pensar.

Yo coincidí con los criterios que ha tomado de Santibañes para definir al mejor cirujano y también coincidí con él, que la destreza técnica es una condición insoslayable, pondría además énfasis en alguna otra virtud, como por ejemplo la erudición o lo que ha dado en llamarse la inteligencia médica. Es decir, el conocimiento teórico es la esencia de la cirugía. La sagacidad diagnóstica la capacidad de desarrollar un pensamiento crítico sobre los paradigmas que le toca vivir,

y sobre su actuación profesional, tanto en quirófano como el servicio que dirige. O sea, cuestionarse permanentemente si está haciendo las cosas bien.

Otra cuestión que me parece interesante, son las características de personalidad del buen cirujano. Al respecto y para sintetizar un poco lo que pienso de la personalidad, me gustaría traer a colación una frase de René Lerihe que dice que el cirujano tiene al riesgo como excitante o como estimulante, actúa frecuentemente en el límite y toma decisiones solo.

En consecuencia, la cirugía no es para las almas tibias. Yo creo que esta frase me exige de una explicación sobre lo que pienso debe ser el mejor cirujano.

Otra condición intelectual que me parece importante es la capacidad de síntesis, para evaluar pros y contras de un procedimiento quirúrgico adecuado en un tiempo que habitualmente suele ser limitado, o creo esto evita que el cirujano sea dubitativo, este me parece que es un defecto que no debería tener el mejor cirujano.

Hay también un tema de valores morales, a los cuales se ha referido de Santibañes cuando habla del amor al paciente, es obvio que es muy difícil desarrollar amor al paciente, que es un tipo de sentimiento que en general no tenemos, salvo alguna excepción. Yo preferiría hablar de dos condiciones de la personalidad de un buen cirujano que es la compasión y la empatía con el enfermo. Yo creo que estas dos cosas y sobre todo la compasión que nos va a ayudar a actuar con máxima responsabilidad.

En lo personal me ha ayudado mucho, saber cuándo debemos estar más al lado del enfermo y es fundamentalmente cuando este se complica. He visto muchos cirujanos dejar a su enfermo en el momento de una complicación, en manos de una terapeuta, de un cardiólogo, de un nefrólogo y es el momento que más necesita de su cirujano. Éstas dos condiciones son eminentemente morales obviamente no se adquieren en la Facultad de Medicina sino bastante antes, cuando nos educamos.

Para finalizar, yo diría después de haber trabajado 40 años en un servicio quirúrgico, viviendo la dinámica de una comunidad quirúrgica, me he dado cuenta que la vida del mejor cirujano es efímera, porque si ha sido realmente el mejor cirujano y ha enseñado a sus discípulos, como bien dijo de Santibañes, es muy probablemente que en un tiempo más corto que largo, lo bastante mas corte que a lo que a él le gustaría, sus discípulos lo superen, razón por la cual, lo del buen cirujano es una cosa efímera y mejor sería que pesara en ser un buen cirujano o un muy buen cirujano, para no tener que padecer desilusiones en el corto plazo. Gracias.

Dr. Alberto R. Ferreres MAAC FACS: Lo felicito al Dr. Eduardo de Santibañes por las reflexiones que ha traído al seno de la Academia. Indudablemente son el corolario del cenit que el Dr. de Santibañes alcanzó en su carrera académica, profesional y asistencial. Si bien autodefine su presentación

esto como una observación subjetiva y sin pretender la verdad, yo fervientemente creo que sí se ha aproximado a la verdad y mucho.

En relación al comienzo apunta a dos aspectos, a que tan bueno es como cirujano un determinado individuo y a cuál es el mejor cirujano.

La primera pregunta un poco apunta a los resultados y en ese sentido, cabe recordar que en la década de los 80', los cirujanos de la Administración de Veteranos de Estados Unidos, eran considerados los peores. A través de los esfuerzos encabezados por Khury, demostraron (basados en la estratificación del riesgo de los pacientes a su cargo) que eran superiores a la media; tenían peores resultados, pero porque atendían una población totalmente distinta.

Respecto a las anécdotas que relata, muchas pondrían los pelos de punta y serían vistas con recelo por los defensores de la seguridad de los pacientes. Hoy por hoy, el Comité de Ética del American College of Surgeons ha prohibido todo tipo de demostración in vivo, por el stress que dicha situación representa, por la presión sobre el cirujano participante y fundamentalmente la padecida por el paciente.

Todo cirujano que aspira a ser el mejor, enfrenta en su vida diaria dos dilemas, el cómo tratar, que es una cuestión de ciencia médica y el por qué tratar, que es fundamentalmente un tema de la ética médica, basada en la filosofía moral. Lo que traduce el Dr. de Santibañes en su disertación, es su preocupación por el adecuado juicio y criterio y en ese sentido, Frank Spencer, ex presidente del ACS, sostenía que el 70% de la actividad del cirujano es el juicio y el criterio quirúrgico, fundamentalmente el proceso intelectual de la toma de decisiones y un 30%, la habilidad operatoria.

Y por último, para cerrar el comentario, en ese camino para llegar a ser el mejor, Atul Gawande propone la figura del "coach" y en ese sentido, en una presentación que él hizo en octubre del año pasado, él eligió a uno de sus mentores durante la residencia en el Beth Israel para que lo fuera evaluando permanentemente y le brindara consejos y tips para mejorar, de manera muy similar a lo que sucede con el coaching en otras áreas, por ejemplo el tenis o en la música.

Nuevamente reitero mis fervientes felicitaciones al Dr. de Santibañes por esta excelente ponencia.

Dr. Carlos A. Apestegui MAAC FACS: Se han dicho muchas cosas aquí esta noche. Coincido con todas ellas, y fundamentalmente con lo expresado por el Dr. de Santibañes.

Quizás lo que vaya a decir no sea estrictamente académico, pero responde a la verdad de lo que me pasó cuando leí este trabajo, sentado frente a la computadora, lo leí detenidamente, y en ese momento le dije a mi mujer, ¿por qué no me comentás este trabajo?, imprimí el mismo y ella que es correctora, comenzó a analizar lo escrito, por deformación profesional me comenta problemas de puntuación, concordancia,

etc, pero insisto, quiero que analices y opines sobre la esencia de este trabajo, ahí fue cuando me dice "esto tiene un hilo conductor y ese hilo de la experiencia personal es el afecto, fijate bien que permanentemente está uniendo lo afectivo con alguien, su padre, sus maestros, sus amigos, sus discípulos, con sus enfermos. Y alguien que durante 10 hojas habla siempre del afecto es porque tiene mucho cariño por lo que hace".

A partir de esta reflexión y conociendo a la persona me dije "esto es más que cariño, es pasión".

Es la pasión que se pone en el trabajo, y lo volví a leer y efectivamente es un trabajo que nos deja la enseñanza que un brillante cirujano nos muestre muy claramente la pasión con que ha trabajado.

Es muy difícil y dejo de lado las disquisiciones propias del trabajo, que uno que no poseyera esa pasión no hubiera podido definir con tanta exactitud del mejor cirujano, y una que me llamó bien la atención es cuando dice " que el mejor cirujano no es aquel que se aleja del enfermo, (como se ha dicho aquí) sino el que está al lado del enfermo en el peor momento cuando, más lo necesita", ésto me hizo recordar la frase de Marañón cuando llegó a París para participar de un Congreso, se le preguntó entonces Maestro ¿cuál es para usted el invento que más ha revolucionado la medicina?, Marañón: dijo: La silla, cuando uno se sienta al lado del enfermo, le da la mano y lo escucha, ahí se convierte en el médico que el enfermo necesita". Esto es lo que nos ha demostrado esta noche, el Dr. De Santibañes.

Dr. Frutos E. Ortiz MAAC: Primero de todo quiero felicitarlo al Dr. de Santibañes que con ésta conferencia ha demostrado ser un verdadero maestro. Recuerdo la operación que citó de mi maestro Christmann, como si la estuviera viendo en éste momento. Era por un megacolon y le realizó una miectomía sobre la cara anterior del recto de 14 cm. de largo por 1 cm. de ancho aproximadamente y selló la mucosa que había quedado descubierta suturando el recto a la capa seromuscular de la vejiga. Debe haber sido cerca del año 1970.

Parafraseando de Ortega y Gasset, quiero recordar el pensamiento que, todos somos producto de nuestras circunstancias y de nuestro entorno; y el entorno es geográfico e histórico.

Se ha escrito mucho sobre el tema que hoy trató del Dr. de Santibañes, algunos académicos que ya no están han escrito también sobre el mismo. Los mejores libros que he leído sobre los atributos del cirujano son "Elogio y diatribas de la cirugía" de Bastos Ansart y "Cirugía, mi oficio" de Roberto Soupault, éste último por razones políticas debió permanecer dos años en la Argentina y trabajó en el Hospital Bonorino Udaondo.

Voy a aportar tres conceptos, uno que ya lo dijo el Dr. De Santibañes al que el Dr. Oscar Vacarezza llamaba "alacridad" que según el diccionario de la RAE es la alegría y presteza de ánimo para hacer algo.

Los otros dos conceptos, los he aprendido a lo largo de muchos años de estar parado al lado de la mesa de operaciones, como la mayor parte de los cirujanos que se encuentran aquí. A) El primero es el "Cultivo de la ataraxia". Ataraxia significa imperturbabilidad; he tenido que operar muchas veces con ayudantes que eran clínicos o médicos recién iniciados en cirugía; si ocurría una complicación grave intraoperatoria el único que podía resolverla era yo, y para eso es necesario el dominio de sí mismo, mantenerse sereno, imperturbable.

B) El otro concepto es el de "Pertinencia", que el cirujano oncólogo que citó el Dr. De Santibañes, al que se le murió en enfermo durante el acto quirúrgico no lo tenía. El paciente que yo opero es "mi enfermo" y para el paciente yo soy "su cirujano". Yo debo velar y hacer el máximo por mi enfermo.

Voy a hacer dos preguntas al Dr. De Santibañes. La primera: ¿es ético hacer la toma de decisiones en cirugía basándose en el método meta analítico? O es conveniente esperar los resultados observados aquí, latados por la experiencia, en una medicina rápidamente cambiante. Yo personalmente, casi siempre esperé ver los resultados de los métodos nuevos. Recuerdo que cuando Christmann hizo las tres primeras vagotomías tronculares en el país, los tres enfermos sufrieron severas gastroplejías en el postoperatorio. Dragsted, el autor de la operación, habiendo tenido también esos resultados, agregó más adelante una piloroplastia; ese hecho me enseñó a esperar para realizar nuevas técnicas en cirugía.

La segunda pregunta: ya lo esbozó el Dr. Sivori ¿cuándo debe retirarse el mejor cirujano?.

Nuevamente, muchas felicitaciones.

Dr. H. Pablo Curutchet MAAC FACS: Yo creo que el trabajo que ha traído de Santibañes, es excelente desde todo punto de vista, de la oportunidad del tema y de los conceptos emitidos, con los cuales estoy totalmente de acuerdo, o sea que no hay mucho que agregar y seguramente voy a repetir en los comentarios, muchas de las cosas que se han dicho.

Estrictamente, desde un concepto eminentemente técnico, un buen cirujano es el que ejecuta la cirugía correcta para la solución del problema orgánico patológico que presenta el enfermo, con el menor porcentaje de complicaciones y con los parámetros actuales, para obtener resultados finales adecuados. Ese sería un buen cirujano.

Evidentemente, esta capacidad que tenga este buen cirujano, le permite la posibilidad de innovación técnica o creatividad de procedimientos o maniobras que cambian y mejoran, tal vez, la clásica evolución de una operación, de ahí en adelante cambia la forma de ejecutarla, tenemos varios ejemplos de estos. Esto, rara vez es producto de una herida súbita en la mesa de operaciones sino que es la combinación de un trabajo largo de observación y capacidad. Para esto, no solo es necesario un buen cirujano sino la calidad del entorno en que se desenvuelve y eso es fundamental

para que se desarrolle, a veces creado por él.

El arte de trabajar con las manos, buscando el bien, debe estar gobernado por la razón, la combinación de conocimiento, juicio racional y capacidad técnica. No debe destacar solo, como ya se ha dicho, él como se hace sino por qué hacerlo, cuándo hacerlo y el después qué se hace, y esto va de la mano de la investigación clínica, qué debe tener un buen cirujano.

Por lo tanto, el buen cirujano, podemos decir, es un artista, es un artesano, es un tecnócrata, es un científico. Todas esas cualidades se combinan y tal vez una escala entre un buen cirujano práctico hasta un buen cirujano académico, quién generalmente la aplica para ejercer un liderazgo quirúrgico. El buen cirujano se mide, tal vez en el quirófano, en su parte técnica y desde ahí él irradia su jerarquía.

Parafraseando a Andrés Santas, decía que un buen cirujano era un médico y algo más, por lo tanto, sin embargo hay ejemplos nacionales y extranjeros, donde muchos líderes quirúrgicos o algunos, no se caracterizaban por un vistosismo técnico especialmente, sin embargo, eran líderes quirúrgicos. Por lo tanto, la pregunta que tengo para el Dr. de Santibañes es si él cree que el liderazgo quirúrgico tiene que ir obligatoriamente acompañado de una amplia destreza y capacidad técnica.

Dr. Carlos A. Vaccaro MAAC: Le quiero expresar mi agradecimiento no solo a él sino también a las autoridades de la Academia, que han permitido que este infrecuente tipo de trabajo, nos dé la ocasión de reflexionar sobre una de las razones de nuestra vida, que es nuestra profesión.

Estoy de acuerdo con todo lo opinado por el Dr. de Santibañes y los preopinantes y voy a limitar mis comentarios a algunos aspectos adicionales, en base a mi propia experiencia. En la era de las presiones económicas y legales, creo que el mejor cirujano es también aquel que decide libre e independientemente de estos aspectos.

Las presiones ejercidas excelentemente por las industrias, existen y no es suficiente cumplir con el requisito de expresarlos en una diapositiva, sino que además deben ser correctamente manejadas. El mejor cirujano también debe decidir, independientemente del temor a una demanda judicial. Ambos aspectos me han sido transmitidos en forma ejemplar por mis maestros, los Dres. Fernando Bonadeo, Mario Benati y Guillermo Ojea Quintana, a quienes nunca vi dudar por motivos extramédicos, en la solicitud de un estudio o en la toma de conducta frente a un paciente. Personalmente, si bien creo haberme mantenido ajeno a la influencia de la industria, debo admitir que mis primeros años de práctica, el aspecto legal sesgó alguna de mis conductas y lo que es peor, hoy después de casi 20 años de especialidad, siento que mi conducta en ocasiones, sigue considerando un potencial argumento legal.

También quiero mencionar algo sobre el sen-

timiento que debe tener el cirujano, frente a una complicación, que ya un poco se ha mencionado esta noche. El Dr. de Santibañes nos dice que un buen cirujano, debe tratar de sortearlas, aprender de las mismas y así evitar la siguiente. Ese espíritu me fue inculcado, desde el primer día de Residencia, a través de los Ateneos de complicaciones, allí vi como todos los cirujanos debían explicar cómo había hecho las cosas, pero allí también y es lo que quiero enfatizar, vi sufrir a muchos cirujanos ya formados, por lo que le había pasado a alguno de sus pacientes y en alguno de esos cirujanos, la autocrítica era tan fuerte que no había complicación, aunque fuera esperable, en la que no creyera que había hecho algo que podía mejorar. Tal vez este nivel de autocrítica y autoexigencia, no sea el más saludable para un profesional, pero el otro extremo, creer que toda complicación es inevitable por estar descripta o incluida en el consentimiento informado, sin duda no es saludable para sus futuros pacientes. Por último, como fuera mencionado, el reconocimiento no solo a los maestros sino a los discípulos, es una de las características que todo buen cirujano debería tener. Tener todas las características del mejor cirujano, llevaría a esta a convertirse en el cirujano ideal, no creo que este tipo de cirujano pueda existir. Tampoco sé si hay muchos cirujanos que tengan la mayoría de las características mencionadas.

Sin embargo creo que aspirar a tener alguna de ellas, es un buen comienzo para lograr ser el mejor cirujano. Nuevamente felicito y agradezco al Dr. de Santibañes, por este aporte que ha traído a la Academia.

Dr. Mariano E. Giménez MAAC: Felicito al Dr. de Santibañes por otro brillante trabajo. No hay verdad que no pueda ser vista de diferentes ángulos, dependiendo del auditorio. Si aquí en lugar de académicos estuvieran sentados pacientes, dirían es muy fácil, el mejor cirujano es el que tiene mejor resultado, punto. Pero yo creo que la sensación que yo tengo es que este trabajo no está ni siquiera pensado para nosotros, está pensado para los médicos jóvenes y si los médicos jóvenes, esto estuviera lleno de médicos jóvenes, pensarían que el mejor cirujano es al cual hay que seguir, es el ejemplo que hay que seguir y los jóvenes de todas las épocas, pero creo que aún más los jóvenes actuales, de esta generación, que son los médicos de servicio jóvenes, los residentes, no siguen las palabras sino siguen los ejemplos y creo que el Dr. de Santibañes lo está especificando con ejemplo, con su ejemplo.

Él nos presentó hace tres semanas, una cirugía complejísima con un gran virtuosismo y que puede llegar a revolucionar la cirugía hepática. Hoy, tres semanas después, nos muestra un trabajo de pensamiento, de elaboración. Bueno, él ha hecho con los hechos y no con la palabras, lo que los jóvenes quieren hacer, que quieren seguir libres y quieren seguir al mejor cirujano y solamente pudo haberlo hecho el mejor cirujano.

Yo quería referirme a dos puntos. Uno, es que yo creo que se podría resumir aparte de algo que tal vez no se dijo y es que un mejor cirujano tiene que adaptarse al cambio. Cuando un mejor cirujano no se adapta al cambio, deja de serlo. Hoy por hoy, la Medicina cambia totalmente cada 5 años y hay que adaptarse a ese cambio y a veces, cuando uno llega a la cima, cuando uno llega a la cúspide de la carrera, es bastante difícil adaptarse al cambio y yo creo que solamente lo pueden hacer los que realmente son los mejores cirujanos y como bien dijo el Dr. de Santibañes, no están imbuidos de broncemia.

Tampoco se comentó mucho que la esencia de la cirugía, es el arte y ciencia y creo que ahí está, en el arte y la ciencia, referido específicamente a la actualización, la toma de decisiones y toma de decisiones basada en la evidencia y basada en la experiencia, las dos cosas. La Medicina basada en la evidencia, solamente sirve para apoyar la otra, la experiencia.

Querría terminar, en el año 2007 junto al Dr. Carlos Castilla, hicimos el Relato en el Congreso de Cirugía sobre paliación de pacientes con neoplasia biliopancreática y en el comienzo del Relato, justamente el Dr. Carlos Castilla comenzó con una frase que me gustaría compartir: la cirugía es arte, ciencia y conciencia. Si se pierde el arte, claudica la acción, si se descuida la ciencia, se pierde la luz, si se obvia la conciencia, se vende el alma. Felicito nuevamente al Dr. de Santibañes.

Dr. Eduardo Donnelly MAAC FRSM FACS:

Me permito acompañar al Dr. de Santibañes en este trabajo, ya que es por completo subjetivo. Entonces, creo que todos los que estamos aquí, necesariamente tenemos que dar nuestra opinión sobre lo que creemos que es el buen cirujano, no el eximio cirujano.

Me gustó la última parte donde dijo que no es el mejor cirujano porque eso es llegar a una meta y si: estamos hablando del buen cirujano, ahora estamos totalmente de acuerdo. Obviamente la habilidad manual es indispensable pero tiene que tener un cerebro bien dotado, en eso también estamos de acuerdo, sentido común, equilibrio, criterio y conocimiento.

Cuando se hizo cargo de la Presidencia, no recuerdo las palabras exactas del Dr. Ferraina, pero algo de eso habló; del cirujano, la parte del conocimiento y la parte del quirófano, creo que no pueden estar totalmente separadas y de habilidad manual.

Con respecto a la parte que decía el Dr. de Santibañes sobre el gusto por la cirugía, del cirujano por su profesión, les voy a recordar unas palabras de Alberto Laurence, en su libro "El alma del cirujano" que decía que "la cirugía era un sublime estado de ánimo", así lo calificaba Laurence, la necesidad quirúrgica que debía tener el cirujano.

La velocidad, estamos de acuerdo. No se debe ser demasiado lento, pero donde se gana el tiempo en la cirugía es no perdiendo el tiempo. Me voy a referir, que no fue mencionado, a un trabajo que lo voy a leer

porque son siete palabras. "Los siete pecados capitales que no debe tener un cirujano" en un trabajo presentado por el Dr. Ferreres en esta Academia y eso creo que es lo fundamental que no debe tener un buen cirujano y que son: Insensatez, Desidia, Indiferencia, Pereza, Vanidad, Temeridad y Soberbia. Si me olvido de alguno, Dr. Ferreres, le ruego me corrija y termino diciendo unas palabras de Laurence, que decía que no serás el mejor por el volumen sino por la calidad de lo que hagas.

Yo me uno y me alegro del homenaje que Ud. le brindó a mi amigo el Dr. Beveraggi y yo le brindo otro a mi maestro Alberto Laurence.

Dr. Jorge M. Merello Lardies MAAC FACS:

Realmente hoy, en esta Academia, nos dimos un baño de humanismo médico, ya que por lo general los trabajos suelen ser de investigación o de índole táctica y técnica. El Dr. de Santibañes ha tocado todas las aristas de lo que hace al perfil de un buen cirujano, siendo tan importante una como otra.

Solamente quiero resaltar uno conceptos dados por el Dr. Stanley Dudrick, Profesor de Cirugía de la Universidad del Hospital Saint Mary's, en Connecticut, más conocido como el padre de la Alimentación Parenteral Total, donde en oportunidad de una conferencia sobre la característica de los cirujanos, se refirió a las virtudes quirúrgicas intrínsecas, manifiestas y prácticas, que deben ser meditadas y adoptadas para una buena práctica médica y rescató tres características importantes que hacen a un buen cirujano: el ingenio, la ecuanimidad y la serenidad.

Dice que el ingenio es la virtud quirúrgica primordial y la capacidad de actuar efectivamente con imaginación y espontaneidad, especialmente en ocasión de dificultad o en circunstancias desafiantes. Ecuanimidad o constancia de ánimo, es la cualidad o condición de ser imperturbable ante la euforia, depresión o emoción y la serenidad, es la habilidad de no temer al fracaso y al mismo tiempo enfrentarlo y cuando ocurre, reconocerlo y soportarlo primero y luego superarlo y recuperarse, mientras aprende de este para no repetirlo.

Yo me voy a permitir hacer una comparación un tanto simpática, del buen cirujano con el buen jugador de golf. ¿Cuál es el mejor jugador de golf?. El que pega el drive más largo, el que tiene el mejor approach, un pater excelente o el mejor swing? Creo que ninguno de ellos es el mejor, o quizás todos ellos si hacen el mejor score. Es decir, el que tiene los mejores resultados es el mejor jugador y esto es válido en general para cualquier actividad o gestión que emprendamos en la vida, por eso creo que el mejor cirujano es algo que se insinuó acá, será aquel que tiene los mejores resultados.

Cuando a uno le preguntan cuál es el mejor cirujano para un determinado problema, cuando tengo que recomendar a alguien, pienso en aquel que yo sé que tiene buenos resultados, más allá si es una persona de bien, si es de mi agrado, etc., y como dije al

comienzo, cada arista que se ha tocado sobre lo que hace al perfil de un buen cirujano es de una importancia suprema, pero ciertamente si tuviera que priorizar una, yo busco quien me resuelva con éxito un problema de salud, no a alguien simpático para hacerme un nuevo amigo. Así que si tuviera que elegir una característica primordial, yo diría que es esa: que sea de tener buenos resultados.

Y quiero agregar algo más a todo lo se ha dicho y creo que va de suyo, que un buen cirujano debe tener la posibilidad de elegir trabajar con un buen equipo quirúrgico y en eso tiene mucho que ver el anestesiólogo y el resto del team quirúrgico, para poder trabajar a conciencia y mancomunar el pensamiento y la decisión de acción.

Dr. Juan A. Rainone MAAC: esta noche hemos tenido realmente una figura muy importante sobre lo que es el buen cirujano, pero a mí me ha preocupado siempre y más en estos últimos años, cómo se forma un buen cirujano, más allá de todas las disquisiciones de mis preopinantes, muy valiosas todas ellas.

Yo quisiera saber como vamos a hacer de aquí en más para formar los mejores cirujanos, dado que he estado pensando desde hace tiempo, que no estamos, en algunos lugares, haciendo las cosas bien. Tampoco las universidades están formando los mejores médicos y esto es inseparable del ser el mejor cirujano.

Si uno hace rápidamente una compulsión entre los estudiantes de Medicina, algunos pueden contestar con seguridad por qué estudió Medicina o por qué quiere ser médico y otros no. Si la misma pregunta se le hace a los médicos más jóvenes o a punto de recibirse, uno se da cuenta que muchos de ellos no eligen la cirugía como especialidad, quizás porque les resulta muy gravosa la formación o porque sienten que es sumamente difícil sostener la responsabilidad del acto quirúrgico.

Yo creo que todos los que estamos sentados acá, pertenecemos a una Escuela y orgullosos estamos de eso, pero pregunto, ¿dónde han quedado esas Escuelas ?.

Lentamente se ha ido perdiendo el concepto de Escuela y el orgullo de cada uno, de mantener el sentido de pertenencia que, creo que la exposición del Dr. de Santibañes en parte lo refirió. Lo que me parece, también, es que se ha perdido, en parte, la ecuación en la que nosotros hemos vivido: "algunos que quieren aprender y otros que quieren enseñar".

Yo no estoy tan seguro de que en el apuro por volverse rápidamente cirujano, el residente de cirugía quiera metódicamente aprender a ser el mejor. Tampoco creo que haya tanta gente en condiciones de enseñar a esos residentes, docentes que tengan la voluntad o la intelectualidad suficiente para llevarlos paso a paso hasta conseguir formarlos. Esto es una materia pendiente para nosotros y tenemos que discutir a fondo si lo que hacemos es lo correcto o que

más tenemos que hacer, que otros métodos tenemos que utilizar para mejorar el producto que queremos formar.

Dr. Guillermo R. Artusi MAAC FACS: Dr. de Santibañes. Lo felicito, igual que todos los preopinantes, por traer a esta Academia el trabajo que presento en la sesión anterior, porque invita a la reflexión por su contenido, desarrollo y excelente presentación.

Dijo Ud. que la destreza técnica es la condición "sine qua non" del mejor cirujano, pero acompañado por el conocimiento, el equilibrio y el sano criterio, y como resultado sabe cuando "acelerar" y mucho más importante cuando "parar" durante el desarrollo de la cirugía. Creo Dr. de Santibañes que Ud. no acelera ni para durante las complejas cirugías que realiza, y con su gran experiencia los sucesivos tiempos quirúrgicos son armoniosos, con seguridad y continuidad, con maniobras delicadas y precisas y así lo trasmite a sus discípulos, como lo hacen todos los mejores cirujanos a los suyos.

Los cirujanos mayores aquí presentes hemos visto operar en el extranjero a renombrados profesores - me paso a mí muchas veces - y observando complejas cirugías mayores me parecía fácil su realización. Esta impresión era el resultado de estar viendo operar a cirujanos con destacada destreza y habilidad, y con profundos conocimientos y experiencia, aplicando su criterio quirúrgico para la intervención que realizaban. Lahey dijo que la base de la cirugía es el criterio quirúrgico, y el criterio quirúrgico no se enseña, sino que es el resultado de muchos años de estudio y muchas horas de cirugía.

Pienso que lo más difícil para el mejor cirujano es decidir cuando no hacer un tiempo quirúrgico de la operación que está realizando, y por hallazgos que se le presentan debe cambiar la táctica planeada, para evitar posibles complicaciones en el postoperatorio del enfermo que confió en él. Coincido con Ud. que su ego no se mancha con esa decisión, pero no usaría la palabra retroceder por ese cambio, alejando en el postoperatorio que aparezca una complicación evitable. Diría que esa conducta es verdaderamente ser un buen cirujano.

Dice Ud., que el mejor cirujano va contento a operar, porque le agrada, disfruta y le satisface lo que hace. Su frase me recuerda lo que nos enseñó Frutos Ortiz, que tengo a mi derecha, cuando dijo en esta Academia en una comunicación que hoy el cirujano ha perdido su alacridad al operar, es decir que no tiene la alegre disposición de realizar un buen trabajo. Esta realidad actual se debe, para mí, al exceso y proliferación de los juicios de responsabilidad profesional, no de mal praxis, que solo se llaman así con la sentencia condenatoria del cirujano imputado. Es por ello que los cirujanos jóvenes, y muchos no tan jóvenes, operan hoy sintiendo el aliento del Juez sobre su hombro, por lo cual cambian la táctica que sería correcta, realizan la cirugía con intención curativa, pero efectúan una cirugía en menos, a la defensiva, evitando por ejemplo realizar una anastomosis que

estaría indicada, conducta que les asegura no tener complicaciones en el postoperatorio por la cual podrían ser imputados.

Finalmente le diría que no creo que exista un mejor cirujano, existen muchos mejores cirujanos en todas las especialidades, y estoy seguro que los engloba a todos en su trabajo, que se corresponden con el mejor cirujano que Ud. tan bien describe.

Pienso que nadie le puede cambiar a un enfermo la idea de que el mejor cirujano es el que él eligió para que lo opere.

Dr. Eduardo N. Saad MAAC FACS: Señor Presidente, pido disculpas si en algo soy repetitivo, lo mismo digo por el Relator, porque yo no estuve presente la semana pasada pero sé que fue una presentación extraordinaria y lo felicito al Dr. de Santibañes por el difícil tema que le tocó presentar, "El mejor cirujano".

En su presentación maneja mucho los afectos, en la figura de su padre y la del Dr. Mezzadri, padre, y me hace recordar dos semblanzas de sociales que dice: nadie es suficientemente grande como para prescindir de los demás y también dice, la verdadera sabiduría es el que reconoce su propia ignorancia. Mi pregunta es quién certifica y dice que es el mejor cirujano.

Durante estos años he comparado a la cirugía como un arte y la semejo a la pintura y ¿por qué? Porque ambos usamos las manos, el cerebro y la paz interior, cualidades que sin duda hacen al buen cirujano y al buen pintor. Siempre quise ser Picasso, pero no pude. Sin duda él fue el mejor.

Dr. Vicente Gutiérrez MAAC FACS: Señor Presidente, cuando leí el trabajo, al principio pensé que era un título que no existía el mejor cirujano, porque la cirugía no es una competencia y para ser el mejor, hay que ser competidor de otro, pero enseguida vimos que era un título muy gancho y es exactamente igual al mensaje que nos quiso dar, un trabajo para reflexionar, para meditar y para la gente joven.

En primer lugar, muestra la importancia de un mentor, su mentor, uno de los tantos que a lo mejor tuvo. El Dr. Mezzadri le enseñó habilidad y le enseñó los principios de la cirugía y eso es fundamental para ser un buen cirujano.

El segundo punto, es la habilidad, que también menciona en el trabajo. Hoy en día se mide perfectamente bien con simuladores, más aún con los computarizados, pero ser hábil no es ser el mejor cirujano y el peligro de la evaluación, es tanto les gusta a los administradores y que está de moda en el mundo, es peligroso con respecto a los enfermos y más peligroso aún es la lucha y mostrar habilidades, lo que se ha dado en llamar muchas veces, cuidado con los show match.

El tercer punto importante, es el carácter del cirujano. Nosotros nos formamos con cirujanos de muy mal carácter muchas veces, nunca nos ani-

mamos a combatir eso porque no podíamos, pero en el último boletín del American College, hay todo un capítulo, donde la gente joven está obligada a detectarlos y ayudarlos a cambiar su carácter, porque el que tiene mal carácter o mala educación o nunca va a ser uno de los mejores cirujanos.

El otro punto es que la cirugía se mide por resultados y los únicos que pueden medir los resultados, son los pares y un cirujano que no presenta resultados, que no tiene reuniones sobre morbilidad porque no trabaja en una institución, es muy difícil de evaluar lo que hace y difícilmente llegará a ser uno de los mejores cirujanos.

El otro punto que fue muy importante, tiene que ser en primer lugar, buena persona. En segundo lugar, tiene que ser respetado por los pares y esa es una condición indispensable para ser de los mejores.

Y el último, que en el trabajo no se especifica mucho, es que para ser el mejor cirujano, hay que trabajar en una institución organizada, no va a llegar nadie a ser el mejor cirujano, trabajando solo en una clínica, tiene que estar en un lugar donde haya Comités, donde haya evaluación, donde haya reuniones sobre mortalidad, donde se vean los resultados.

Por eso es que también, con todo esto, podemos saber seguro quien no va a ser un buen cirujano. El que no tiene alguna de todas estas condiciones, nadie es perfecto y va a tener todas, pero difícilmente va a ser un buen cirujano.

Como es un tema que está de moda y voy a mostrar unas diapositivas, si me permiten, pero el hecho de que el Relator pudiera leer este trabajo, es porque es respetado por sus pares y porque trabaja en una institución de primer nivel y eso es una garantía para poder realmente establecer cuál es la diferencia entre los mejores y lo no tan buenos.

Estos cuadros que preparé con motivo de otra reunión, estas medidas del mejor cirujano que están tan de moda en el mundo, si no están hechas por los pares, tienen muy poco valor. Acá hay 100 cirujanos evaluados, y el segundo son las instituciones. La institución, para decir que es la mejor, tiene que tener los mejores médicos y por eso que es muy importante, como decía al principio, trabajar en una institución.

Siguiente, y acá tenemos esta institución, por ejemplo, porque decía el Jefe de Cirugía, no es la garantía total, pero es el responsable de tener un equipo quirúrgico donde van a trabajar los mejores y un Jefe que tiene una jerarquía institucional y no se rodea de los mejores y no sabe elegir y para eso tiene un gran enemigo que es la carrera médica hospitalaria y difícilmente un mejor cirujano de tipo institucional, y así podemos ver la cantidad de encuestas que hay, y la cantidad de 500 cirujanos evaluados, como los elige, esta es un agencia de cómo detecta los mejores cirujanos, estos son todos lugares universitarios y donde muestran y prueban la mejor calidad.

Se calcula que en el 2017, en Estados Unidos, se va a poder saber la evaluación de cada cirujano, de

acuerdo a su producción. Ya existe en cirugía cardíaca y todavía no existe en cirugía general, nada más. O sea, que me pareció un trabajo muy importante, a mí me hizo reflexionar mucho y me hizo evaluar la importancia de trabajar en una institución para ser de los mejores.

Dr. Javier C. Lendoire MAAC: Es claro que el concepto de mejor cirujano, incorpora en su definición una serie de connotaciones, como ha mostrado el Dr. de Santibañes, personales y asimismo como temporales y como se ha mostrado en este Relato y en las opiniones previas de los Señores Académicos.

Es evidente que los cambios y avances de la cirugía a lo largo del tiempo, han modificado el concepto de lo que es un buen cirujano. La técnica en sí misma, debe ser complementada por otras cualidades, como se ha mostrado muy bien en este Relato y estoy de acuerdo que si la valoración de un cirujano es objetiva, deberemos hacerla basada en sus resultados y actualmente, este es un punto que tiene una mayor relevancia que la técnica en sí misma, si no lo que adquiere relevancia es la decisión de una táctica apropiada. En la era actual, la táctica es la que cambia más frecuentemente y lo que requerirá un conocimiento científico más profundo. Con una técnica estándar en la táctica o sea la decisión terapéutica adecuada, donde se juega el pronóstico del paciente.

El Dr. de Santibañes, destaca que para ser un buen cirujano o quizás llegar a ser el mejor, hay que tener conocimiento, equilibrio, sano criterio, templanza, alegría de operar, autocrítica, buenos resultados, acompañar al paciente en su enfermedad y ser generoso con el conocimiento.

Solo deseo resaltar como cualidades complementarias, la capacidad para trabajar en equipo, la curiosidad como base para el desarrollo de la investigación y la imaginación que es provocadora de innovación. Felicito al Dr. de Santibañes y colaboradores.

Dr. Ricardo H. Grinspan MAAC: Comparto las mismas inquietudes que tuvo el Dr de Santibañes.

No supe durante muchos años que era ser buen cirujano.

Observé que la habilidad y la destreza técnica no siempre iba acompañada de una buena evolución post-operatoria.

Cuando estaba terminando mis primeros años de formación tuve oportunidad de ver a un urólogo hacer una cistectomía total y me dije... que fácil a pesar de saber que para la especialidad era una alta cirugía.

Fue ese día donde me dije, que quien hace sencillo lo complejo era buen cirujano.

En la especialidad de la cirugía torácica el que tenía esas cualidades era el Dr. Della Torre. El hacía fácil lo que para otros era difícil. Comenzaba la cirugía con un ritmo y la terminaba con el mismo. No hacía gestos de mas ni de menos y frente a situaciones de tensión mantenía la misma calma que durante el resto

de la cirugía.

Entendí con las 2 situaciones comentadas que en el aspecto técnico el que hace fácil lo difícil es a quien uno puede poner el rótulo de buen cirujano.

El Dr de Santibañes describió un panorama mas amplio y que comparto. Yo solo quise hacer mención con este aporte al aspecto técnico al que él hizo referencia.

Dr. Carlos H. Spector MAAC: El Dr. de Santibañes, ha enunciado en pocas palabras, un verdadero cuerpo de doctrina. Todos los atributos que él asigna al mejor cirujano, configuran lo que se da en definir como profesionalismo médico, que son términos que en el ambiente quirúrgico, se ha utilizado muy poco, pero es bastante corriente en la literatura médica.

Esta expresión se asocia a honestidad, respeto, justicia, lealtad, responsabilidad, compasión, solidaridad, tolerancia, compromiso, entre otras actitudes y en el caso del mejor cirujano, a estos atributos se agregan ineludiblemente, la correcta toma de decisiones, las habilidades y sus destrezas.

Cuando el médico se enferma, intenta recurrir al mejor colega para que lo asista y si es cirujanos el enfermo y su enfermedad resultara quirúrgica, sin duda procurará acudir a quien para él, es el mejor cirujano. Sobre el tema del médico enfermo, hay mucha literatura, no así sobre el cirujano como paciente quirúrgico. En relación a esto último, solo conozco una película "The doctor", un largometraje clásico de los años '90, basada sobre una novela que tuvo mucho éxito y una sola publicación que he leído en estos últimos días.

Pregunto al Dr. de Santibañes: quién con su espíritu inquieto, su prestigio y su vasta experiencia con toda probabilidad ha tratado médicos y tal vez cirujanos, entre ellos. Le pregunto si reflexionó, observó o indagó sobre si aquellos cirujanos que transcurrieron por operaciones de magnitud, modificaron sus actitudes hacia los enfermos que ellos trataron, después de haber superado su propio postoperatorio. En otras palabras, si haber sido pacientes quirúrgicos, les ha incrementado el profesionalismo o lo que es lo mismo, si buenos cirujanos se acercaron al ideal del mejor cirujano, después de haber sido ellos mismos, objetos de una operación importante.

Dr. Norberto A. Mezzadri MAAC FACS: Yo también adhiero a las felicitaciones generales y huelgan los comentarios, luego de la profunda discusión que motivó el trabajo presentado por el Dr. de Santibañes, más allá de estas felicitaciones por todo lo expresado y con las cuales coincido en un 100%.

Creo que hay un aspecto que destacar, que en este momento en que nuestra sociedad vive momentos donde hay una disociación entre la acción y la autoridad ética, para expresar y dar consejos y emitir normas de conducta, todo lo expresado nos hace reflexionar.

Yo tengo el privilegio de conocer al Dr. de Santi-

bañes, mucho antes de nuestras carreras médicas y por tal razón y teniendo en cuenta el conocimiento que tengo, puedo dar fe de la absoluta congruencia entre su accionar y todo lo vertido en el trabajo presentado. Los conceptos teóricos, se condicen con la actitud cotidiana.

Todos los que tenemos posiciones de liderazgo en instituciones en las que nos desempeñamos y que tenemos a cargo la formación de Residentes y Médicos jóvenes, ya sea en ámbito estatal o privado y más allá de dificultades coyunturales o estructurales, tenemos en todo lo vertido, una guía y una serie de normas y actitudes a seguir, que nos van a ayudar a generar y a formar al mejor cirujano.

Dr. Gustavo J. Tisminetzky MAAC FACS:

Frecuentemente se traen a la Academia, trabajos que tienen un aspecto informativo ya sea de nuevas técnicas, casuísticas, etc. Este es un trabajo de índole reflexivo más que informativo y también deja mucho, esta semana tuvimos de intermedio, gracias a la gran cantidad de aportes, que permitió, tal vez, ahondar este carácter reflexivo del trabajo.

Yo quisiera compartir con Uds. y con el Dr. de Santibañes como autor, a quien felicito por el trabajo, dos reflexiones. Habitualmente a los cirujanos se nos acredita la condición de agresividad, de agresivos. Siempre me pregunté cómo no ser agresivos, cuando estamos tratando de resolver problemas de magnitud y tenemos que con nuestra técnica y nuestra destreza, resolver problemas de ese tipo. Por lo tanto, cuando uno ya está en esta etapa de la carrera, donde está formando gente, tiene que medir la agresividad del que se está formando, sin que caigan en un temerario, pero no restársela porque si no lo vamos a dejar inerme frente a las situaciones.

Y la otra es la competitividad, se nos acusa de ser, tal vez, la especialidad más competitiva entre nosotros mismos y el título del trabajo es "El mejor cirujano" por lo cual uno hasta se podría preguntar, será un torneo a quién será el mejor. No es la intención que claramente después de haber escuchado al Doctor, no era la intención del trabajo, pero yo en la reflexión lo que diría es que este trabajo nos ha permitido, a todos, reflexionar durante esta semana, no solo el mejor cirujano sino como ser mejor cirujano.

Dr. Pedro A. Ferraina MAAC FACS: cuales son las condiciones que debe tener alguien para ser un buen cirujano y en ese sentido, adhiero absolutamente con todo lo leído en su trabajo y por otra parte, ha sido convalidado por los numerosos consocios que han participado en esta discusión.

Es notable además, que alguien como el Dr. de Santibañes, con una reconocida capacidad técnica en la cirugía, sea quien nos traiga las otras condiciones que son tan o más importantes que la misma técnica, para ser un buen cirujano. De cualquier manera, coincido con el Dr. de Santibañes, que esta es la condición sine que non, para que alguien sea un buen cirujano.

Hay que agregar las otras cosas, pero además hay que hacer una buena praxis quirúrgica y creo que eso es fácilmente advertible, cuando uno tiene que elegir un cirujano por necesidad propia de algún familiar cercano, uno elige al que realmente cree que está muy entrenado en hacer ese procedimiento quirúrgico.

Yo quería sumarme a las tantas reflexiones que se han dicho, tanto en el último miércoles como hoy, a un aspecto que tal vez no le toca al Dr. de Santibañes, por estar en una institución como la del Hospital Italiano, tan prestigiado pero con condiciones propias, por ser un hospital de colectividad, me refiero a la problemática que vivimos en los hospitales públicos, ya sea en el mío, específicamente, que es un hospital universitario como seguramente, por charlas que he tenido con algunos colegas de hospitales municipales o de otro orden, pero siempre públicos y me estoy refiriendo fundamentalmente a que en los últimos años, la desinversión en estas instituciones, ha alejado a los hospitales de lo que debieran ser, que son las Escuelas de Cirugía, por cuanto los aleja bastante de la tecnología de punta, la posibilidad realmente de enseñar una medicina acorde con lo que actualmente se está haciendo.

Esto se suma a otro inconveniente, por lo menos en nuestro hospital, que en mi opinión es muy grave y que es el, que existe en algunas generaciones de gente cercana a los 40 años, que busca otras posibilidades fuera de los hospitales públicos, y termina rompiendo el círculo virtuoso por el cual los residentes y los cirujanos más jóvenes, son ayudados por estos rol model, que son los cirujanos cuarentones, digamos, y de esa forma, siguen las Escuelas Hospitalarias que no han sido remplazadas por ninguna institución privada, sí por supuesto por los hospitales de colectividad a los que Uds. tienen una gran experiencia, pero me refiero, ningún sanatorio privado, entre comillas, ha remplazado las escuelas quirúrgicas que significan los hospitales en la Argentina, y lamentablemente, al existir esta problemática, creo que se está atentando contra una buena formación que es a la que todos aspiramos, para llegar a las condiciones que Ud. nos ha relatado en su Relato.

Quería simplemente reflexionar en este aspecto, que no formó parte seguramente del Relato suyo, porque evidentemente es una problemática distinta del Hospital Italiano, pero creo que se repite en muchos hospitales públicos y sería deseable que esto se revirtiera, porque insisto, creo que siguen siendo los hospitales, las verdaderas escuelas quirúrgicas de la gente joven y por supuesto, esto hay que alentarlos porque de alguna manera, como dijo también el Dr. Vicente Gutiérrez, el marco institucional para la formación y la excelencia en la cirugía, sigue siendo más que necesaria.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. Eduardo de Santibañes MAAC FACS:

Gracias Dr. Sívori. Voy a hacer una disquisición sobre el último punto. El título de mejor cirujano, es solo una meta, es la excelencia y es lo que recalcamos en la gente con la cual trabajamos. Significa a donde uno debería llegar. No es que importe ser el mejor esto no es una competencia.

Muchos de mis discípulos me han superado en todas las condiciones de un buen cirujano y yo no me siento por eso menoscabado si no que genuinamente siento un gran orgullo; más si ellos dicen que son mis discípulos. Que me supere un discípulo me enaltece.

Dr. Frutos Ortiz. La cirugía del Dr. Christsmann fue en el año 1972.

Ud. me pregunta si es suficiente para tomar decisiones los metanálisis y yo creo que para tomar decisiones, es importante todo el conocimiento, se adquiera donde se adquiera, y la experiencia también y la posibilidad de consultar con colegas, tener Ateneos, tener foros de discusión y aplicar la inteligencia colectiva.

La inteligencia de dos personas suma 10 la suya, 8 la mía 2. Ahora, si nos juntamos los dos a discutir o tres o cuatro, seguramente lleguemos a una inteligencia de 50. Entonces, eso expone la capacidad de tomar las decisiones adecuadas.

Con respecto a cuándo debe retirarse un cirujano, eso yo no lo puedo responder. Creo que hay varios retiros: un retiro puede ser el retiro de operar en la mesa quirúrgica y creo que cirujano se debe dar cuenta cuando empieza a fallarle la vista, a fallarle las manos, a no encontrar los planos adecuados, a no desenvolverse con destreza, esa es una decisión personal.

El otro retiro puede ser el retiro académico, cuando uno tiene que dejar de enseñar o cuando tiene que dejar de hablar para no repetir lo mismo o analizar mal un trabajo, etc.

El otro retiro es el retiro como médico, que seguramente puede ser el más largo porque puede servir como guía de un paciente o actuar desde psiquiatra a clínico o cualquier otro apoyo. O sea, creo que los retiros dependen de las personas, hay cirujanos que deberían retirarse a los 25 años, porque nunca va a mejorar su performance y hay cirujanos que tienen 70 años y son excelentes. Un ejemplo es John Cameron que hace tres o cuatro duodenopancreatectomías por semana y tiene más de 70 años. O Leslie Blumgart del SKCCNY que tiene más de 80 años y sigue enseñando, sigue llenando auditorios. Podría darle muchos ejemplos de cirujanos con más de 70 años que no deberían retirarse. Yo sé cuando me voy a retirar.

Dr. Curutchet. Yo soy algo más joven que el Dr. Curutchet y el había llegado de formarse en Estados Unidos y le dieron en el Congreso Argentino de Cirugía, la posibilidad de estar en el foro central y mostrar un vaciamiento radical de cuello. Me quedé impresionado de verlo a Curutchet operar usando solo el bisturí. A mí me llamó poderosamente la atención y

años después, tuve la satisfacción de que el Dr. Curutchet me consulto y operamos juntos un enfermo en común en el hospital Italiano y me sentí muy orgulloso que me hubiera distinguido. Yo dije, bueno, este gran cirujano me elige a mí, no entendía bien por qué y seguramente sería porque en el hospital en donde él estaba, no tenían los elementos, pero fue para mí, realmente muy gratificante operar juntos.

Hay mucho escrito y en el American College of Surgeons sobre liderazgo y sobre cirugía. Yo pienso que el mejor cirujano es un líder y los cirujanos somos líderes en nuestras instituciones, sin lugar a dudas. Los cirujanos tienen una forma de pensar, una forma de actuar, una metodología, que a la gran mayoría de ellos, los transforma en líderes más allá de que sean brillantes en la mesa de operaciones.

Dr. Mariano Giménez: Voy a recalcar tres cosas. Una es que cuando estamos en posición de liderazgo, tenemos que tener cuidado porque nos están mirando y servimos de ejemplo a los jóvenes.

Lo segundo es que hay que adaptarse a los cambios, sin duda, el mejor cirujano tiene que adaptarse constantemente a los cambios, aprender a manejar las nuevas tecnologías, las innovaciones, la informática. Todas esos detalles que me enseñan a mí los residentes y yo les enseño otras cosas.

Hace unos años, Vicente Gutiérrez me dijo algo que me impactó y me vuelve frecuentemente a la mente: "los jóvenes nos hacen revalidar y nosotros tenemos que revalidar constantemente lo que hacemos". A los Residentes de primer año y algunos discípulos, los que están ahí atrás, no les importa lo que yo hice en 35 años de cirugía, les importa lo que hice desde que ellos entraron hace 4 meses y eso para mí, es un tremendo estímulo.

El que entra a este salón con el síndrome de broncemia, cree que es un gran profesor y se sienta por ahí creyendo que sabe todo; cree que hay que hacerle un corte longitudinal a su vida y que ya llegó. Nunca se llega a ser el mejor cirujano, por eso hay que revalidar y rescatar las palabras de Vicente Gutiérrez y la idea del estímulo constante.

Dr. Rainone: Más allá de que pienso que cada uno de nosotros tiene distintos lugares de trabajo y distinta realidades. El país tiene falencias en la educación, pero no creo que por eso una deba bajar los brazos y yo lo invito a Ud. a que visite el Hospital Italiano de Buenos Aires y vea cómo nosotros manejamos nuestra Residencia y como trabaja el Departamento de Docencia e Investigación con seriedad en el tema. Siempre tratamos de copiar de los mejores. Acepto lo que Ud. dice, pero no generalizo, se que hay distintas realidades y como dije al comenzar esto es un trabajo subjetivo y yo cuento mi realidad.

Al Dr. Saad, no mucho que agregar, solamente que están los enfermos en el medio, que juzgan también y son la parte fundamental del mejor cirujano.

Al Dr. Artusi. Conuerdo en todas sus palabras y estoy seguro que su aporte, mejora mucho este trabajo y así saldrá escrito. La entelequia esa del mejor

cirujano, tiene como objetivo ponerles una meta de excelencia a los jóvenes que se están formando, un estímulo, una guía. No me siento tampoco para nada, el mejor cirujano, pero me esfuerzo para serlo.

Al Dr. Spector, Yo no le puedo contestar esa pregunta bajo ningún punto de vista, porque no tengo ningún parámetro, solamente podría pensar o ponerme a pensar o enumerar en casos particulares, pero nunca hice la observación ni tengo el seguimiento de pacientes, a los cuales yo he operado que han

sido cirujanos, si han cambiado su comportamiento, realmente es muy difícil eso de evaluar.

Al Dr. Ferraina, realmente al ver la cantidad de aportes e ideas que se han sumado a lo que escribimos en el trabajo, cumple con los objetivos que yo tuve. Pensé que iba a ser algo movilizante, pero nunca imaginé que tanto. Este trabajo va a mejorar mucho con la visión de cada uno. Todos hemos ido sumando algún concepto y si lo podemos publicar, va a servir como una guía. Ese fue el objetivo primario de este ensayo.

