

# REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA

FUNDADA EN 1960



Miembro de la Asociación de la Prensa Técnica Argentina  
 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  
 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 687.145

## AUTORIDADES



**DIRECTOR**  
**Alejandro S. Oría**  
 (Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires)

**VICE DIRECTOR**  
**Sung H. Hyon**  
 (Hospital Italiano, Buenos Aires)

**COMITÉ EDITORIAL**  
**Raúl A. Borracci**  
 (Hospital de Clínicas, Buenos Aires)  
**Eduardo Bumaschny**  
 (Instituto Roffo, 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 Sánchez Clara**  
 (Hospital Italiano, Buenos Aires)

## Vol 105 N°2 (DICIEMBRE 2013) - ÍNDICE

<b>Reglamento de Publicaciones</b> .....	III
<b>Autoridades Academia Argentina de Cirugía</b> .....	IX
<b>Editorial</b>	
<b>Guías de estilo para la confección de manuscritos</b> .....	XIV
<b>Artículos Originales</b>	
<b>La hernioplastia inguinal en el 2012. Encuesta a Cirujanos de la Asociación Argentina de Cirugía. Claudio Iribarren MAAC, FACS, Alberto Rivera, Hernán Ruiz</b> .....	45
<b>Tratamiento laparoscópico del cáncer de recto: resultados oncológicos a largo plazo. Gustavo Rossi, Hernán Vaccarezza, Carlos Vaccaro, Ricardo Mentz, Víctor Im, Mario Benati, Fernando Bonadeo, Guillermo Ojea Quintana</b> .....	52
<b>Presentación de Caso</b>	
<b>Duplicación de colon cecoascendente en un adulto. Informe de un caso y revisión de la literatura. Marcos R. Fitt, David E. Vitola, Francisco Correa</b> .....	60
<b>Hemobilias por trauma hepático: Una causa inusual de hemorragia digestiva alta. Castor Samaniego MAAC, Celeste Rivarola, Diego Laconich, Jorge Flores</b> .....	62
<b>Ultrasonido en complicaciones posquirúrgicas. Identificación de Gasomas. Diego S. de Jesús Castro</b> .....	65
<b>Discursos</b>	
<b>84° Congreso Argentino de Cirugía. Discurso del Sr. Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía. Norberto A. Mezzadri</b> .....	67
<b>Discurso del Sr. Presidente del 84° Congreso Argentino de Cirugía. Ricardo A. Torres</b> .....	71
<b>Discurso del Sr. Presidente Entrante de la Academia Argentina de Cirugía. Norberto A. Mezzadri</b> .....	74
<b>Elogio al Dr. Alberto E. Laurence. Juan Pekolj</b> .....	78
<b>Índice por Materias</b> .....	84
<b>Índice por Autores</b> .....	85
<b>Índice del volumen 105</b> .....	86

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 N° (054-11) 4822-6458  
 E-mail: info@aac.org.ar - revista@aac.org.ar

**Producción gráfica:**  
 GM - Mansilla E., Mansilla N., Irrera M. S/H  
 Cdo. 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	<b>Instructions to the authors</b> .....	III
VICEPRESIDENTE 1° Dr. Luis T. Chiappetta Porras	<b>Argentinean Academy of Surgery Members</b> .....	IX
VICEPRESIDENTE 2° Dr. Ricardo A. Torres	<b>Editorial Guidelines</b> .....	XIV
SECRETARIO GENERAL Dr. Javier C. Lendoire	<b>Original Papers</b>	
SECRETARIO DE ACTAS Dr. Pablo Capitanich	<b>Inguinal hernioplasty in 2012. Survey from surgeons of the Argentine Association of Surgery.</b> <i>Claudio Iribarren MAAC, FACS, Alberto Rivera, Hernán Ruiz</i> .....	45
TESORERO Dr. Gustavo L. Rossi	<b>Laparoscopic treatment of rectal cancer: long-term results.</b> <i>Gustavo Rossi, Hernán Vaccarezza, Carlos Vaccaro, Ricardo Mentz, Víctor Im, Mario Benati, Fernando Bonadeo, Guillermo Ojea Quintana</i> .....	52
PROTESORERO Dr. Diego L. Sinagra	<b>Case report</b>	
VOCALES TITULARES Dr. Roberto A. Cerutti Dr. Carlos M. Canullán Dr. Angel M. Minetti Dr. Angel M. Vannelli	<b>Cecum and right colon duplication in an adult. Report of a case and review of the literature.</b> <i>Marcos R. Fitt, David E. Vitola; Francisco Correa</i> .....	60
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	<b>Hemobilia secondary to hepatic trauma: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding.</b> <i>Castor Samaniego MAAC, Celeste Rivarola, Diego Laco-nich, Jorge Flores</i> .....	62
CONSEJO CONSULTIVO Dr. Alejandro S. Oría Dr. Eduardo Cassone Dr. Eduardo de Santibañes Dr. Claudio Iribarren Dr. Octavio A. R. Gil	<b>Use of ultrasound in post-surgery complications. Identification of gossypiboma.</b> <i>Diego S. de Jesus Castro</i> .....	65
DIRECTOR Dr. Martín E. Mihura	<b>Discourse</b>	
CIRUJANOS MAESTROS Achával Ayerza, Horacio (1998) + Acosta, Juan M. (2008) Ahualli, Antonio (2001) Baro, Manuel R. (2001)+ Benaim, Fortunato (2004) Beveraggi, Enrique M. (2001) Curutchet, H. Pablo (2008) Defelitto, Jorge R. (2012) García Casella, Miguel A. (2006) Garriz, Roberto A. (1992)+ Gramática, Luis (2011) Gutiérrez Maxwell, Vicente P. (2000) Heidenreich, Arturo (2007) Hülkamp, Pedro (2009) Lange, Wolfgang G. (2001) Laurence, Alberto E. (1985)+ Mainetti, José M. (1976)+ Manrique, Jorge (1999)+ Martínez Marull, Alfredo (2002) Martini, Roald B. (2004) Mazzariello, Rodolfo M. (2005)+ Mc Lean; Leonardo H. (2010) Moroni; Jorge M. (2003) Nallar, José (2009) Olaciregui, Juan C. (2007) Oría, Alejandro S. (2012) Ortiz, Frutos E. (2005) Perera, Santiago G. (2003)+ Pradier, Roberto N. (2010) Santángelo, Héctor D. (2006) Sivori, Enrique A. (2011) Uriburu, Julio V. (1983)+	<b>Eighty-fourth Argentine Congress of Surgery. Address from the President of the Argentine Association of Surgery.</b> <i>Norberto A. Mezzadri</i> .....	67
	<b>Address from the President of the eighty-fourth Argentine Congress of Surgery.</b> <i>Ricardo A. Torres</i> .....	71
	<b>Address from the new President of the Argentine Academy of Surgery.</b> <i>Norberto A. Mezzadri</i> .....	74
	<b>Praise to Dr. Alberto E. Laurence.</b> <i>Juan Pekolj</i> .....	78
	<b>Subjects Index</b> .....	84
	<b>Authors Index</b> .....	85
	<b>Volume 105 Index</b> .....	86

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* del escrito en español, en soporte electrónico en programa Word, Times New Roman 12. Escriba a doble espacio en hoja de tamaño 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 abstract*; 3) *texto*; 4) *bibliografía*; 5) *figuras (incluye fotografías, dibujos, algoritmos, esquemas, etc.)* 6) *tablas* y 7) *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 abstract* 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 las ilustraciones en una definición igual o mayor a 300 dpi. Si existen 2 partes de una misma ilustración (parte A y B) deben enviarse por separado. Los gráficos se recomienda, sean remitidos en archivos confeccionados en programas Word y/o Excel o Illustrator.

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 copia en soporte electrónico incluyendo resumen, leyendas, tablas.
- 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 quarterly month. 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 a text file in Word through the Internet, using font Times New Roman 12. 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) *abstract*; 3) *text*; 4) *bibliography*; 5) *illustrations* 6) *tables*; 7) *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 an abstract 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 the artwork on equal or higher definition than 300 dpi. If there are two parts of the same figure (Part A and B) these ones must be sent separately. The graphics are recommended to be submitted in Word, Excel and / or Illustrator files.

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 copy in electronic media including summary, legends, tables.
- 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* do trabalho em espanhol além de uma cópia em formato eletrônico em programa Word, fonte Times New Roman 12. Escreva com espaçamento duplo, 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 abstract*; 3) *texto*; 4) *bibliografia*; 5) *tabelas* 6) *figuras* e 7) *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 abstract, 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)

Enviar o ilustrações de uma definição igual ou maior que 300 dpi. Se houver 2 partes de uma mesma ilustração (parte A e parte B), elas devem ser enviadas separadas. Os gráficos são recomendados para serem apresentadas

em arquivos do Word feitas em programas e / ou Excel ou Illustrator.

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 cópia em formato eletrônico, incluindo resumo, legendas e tabelas.
- 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 105**

**NÚMERO 2**

**DICIEMBRE 2013**

---

## ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

### COMISIÓN DIRECTIVA 2013 - 2014

PRESIDENTE

Dr. Norberto A. Mezzadri

VICEPRESIDENTE

Dr. Jorge R. Defelitto

SECRETARIO GENERAL

Dr. Juan Pekolj

SECRETARIO ANUAL

Dr. Nicolás A. Rotholtz

TESORERO

Dr. Manuel R. Montesinos

DIRECTOR DE PUBLICACIONES Y PRENSA

Dr. Jorge L. Manrique

DIRECTOR DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO

Dr. Oscar C. Andriani

VOCAL 1º

Dr. Carlos G. Ocampo

VOCAL 2º

Dr. Marcelo F. Figari

**ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA**

## EX-PRESIDENTES

1913 - Antonio Gandolfo	1963 - Alberto E. Baila
1914 - Pascual Palma	1964 - Guillermo E. Belleville
1915 - Marcelino Herrera Vegas	1965 - Juan R. Michans
1916 - Pedro Chutro	1966 - José E. Rivarola
1917 - Marcelo Viñas	1967 - Diego E. Zabaleta
1918 - Máximo Castro	1968 - Héctor Marino
1919 - David F. Prando	1969 - Alfredo Llambías
1920 - Daniel Cranwell	1970 - Rodolfo Varela Chilense
1921 - Eduardo F. Beláustegui	1971 - Adolfo M. Rey
1922 - Enrique Finochietto	1972 - Jorge Sánchez Zinny
1923 - Enrique Bazterrica	1973 - Juan C. Casiraghi
1924 - José M. Jorge	1974 - Julio V. Uriburu
1925 - Luis A. Tamini	1975 - Armando G. Russo
1926 - Arturo Zabala	1976 - Andrés A. Santas
1927 - Armando R. Marotta	1977 - Guillermo F. Cottini
1928 - José Arce	1978 - Alberto E. Laurence
1929 - Oscar Copello	1979 - Angel N. Bracco
1930 - Roberto Solé	1980 - Enrique P. Viacava
1931 - Alejandro Ceballos	1981 - Wolfgang G. Lange
1932 - Adrián J. Bengolea	1982 - Clemente J. Morel
1933 - Rodolfo A. Rivarola	1983 - Jorge Manrique
1934 - Rodolfo E. Pasman	1984 - Roberto A. Gárriz
1935 - Manuel Ruiz Moreno	1985 - Rubén Siano Quirós
1936 - Bartolomé N. Calcagno	1986 - Juan J. Fontana
1937 - Adolfo N. Landívar	1987 - Eduardo Schieppati
1938 - Delfor del Valle	1988 - Federico R. Pilheu
1939 - Ricardo Rodríguez Villegas	1989 - Santiago G. Perera
1940 - Tomás B. Kenny	1990 - Fortunato Benaim
1941 - Alberto Rodríguez Egaña	1991 - Miguel A. Figueroa
1942 - Alberto Gutiérrez	1992 - Horacio Achával Ayerza
1943 - Carlos J. Allende	1993 - Enrique M. Beveraggi
1944 - Pedro Jáuregui	1994 - Manuel A. Casal
1945 - Oscar Ivanissevich	1995 - Eduardo R. Trigo
1946 - Vicente Gutiérrez	1996 - Vicente P. Gutiérrez
1947 - Luis E. Paglieri	1997 - Humberto Faraoni
1948 - Angel F. San Martín	1998 - E. Roberto Vidal
1949 - Osvaldo Mazzini	1999 - Pedro Hülskamp
1950 - Ricardo Donovan	2000 - Roberto N. Pradier
1951 - Alejandro J. Pavlovsky	2001 - Jorge A. Sívori
1952 - Ernesto Cornejo Saravia	2002 - Arturo Heidenreich
1953 - José A. Caeiro	2003 - Leonardo Mc Lean
1954 - Juan C. Bidart Malbrán	2004 - Osvaldo González Aguilar
1955 - José Vals	2005 - Alejandro S. Oría
1956 - Mario M. Brea	2006 - Alfredo Martínez Marull
1957 - Julio Diez	2007 - Fernando Bonadeo Lassalle
1958 - Carlos E. Ottolenghi	2008 - Héctor D. Santángelo
1959 - Carlos Velasco Suárez	2009 - Eduardo de Santibañes
1960 - Marcelo Gamboa	2010 - Enrique A. Sívori
1961 - Aníbal S. Introzzi	2011 - H. Pablo Curutchet
1962 - Iván Goñi Moreno	2012 - Pedro A. Ferraina

**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. Sfarcich
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)	1979 - Laurence, Alberto A.	(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)
2012 - Curutchet, H. Pablo	(1978)	1991 - Perera, Santiago G.	(1969)
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 - Hülkamp, Pedro	(1971)	1999 - Vidal, E. Roberto	(1970)
1983 - Lange, Wolfgang G.	(1960)		

**Miembros Eméritos**

2002 - Abelleira, Jorge H.	(1980)	1992 - Lareo, Carlos G.	(1977)
2002 - Aguirre, Félix M.	(1982)	1995 - Linares, Carlos A.	(1975)
2002 - Alberti, Jorge E.	(1987)	1979 - Loyudice, Francisco	(1956)
2004 - Angelillo Mackinlay, Tomás A.	(1989)	1997 - Lucas, Miguel Ángel	(1976)
2003 - Artusi, Guillermo R.	(1989)	2003 - Margossian, Juan	(1984)
2011 - Astiz, Juan M.	(1976)	1976 - Martiarena, Lorenzo	(1950)
2004 - Baldi, Julio	(1982)	2011 - Martini, Roald B.	(1984)
1987 - Barrantes, Néstor E.	(1967)	2007 - Mihura, Martín E.	(1993)
2003 - Barrionuevo, Mario E.	(1876)	2001 - Naveiro, Juan José	(1983)
2012 - Benati, Mario L.	(1994)	2008 - Obejero, Enrique	(1987)
2008 - Bernardello, Edgardo T. L.	(1978)	2001 - Olaciregui, Juan Carlos	(1977)
1990 - Bianchi Donaire, Pedro M.	(1971)	2002 - Paladino, Alberto M.	(1986)
2004 - Campana, Juan Manuel	(1980)	2009 - Pappendieck, Cristóbal	(1992)
1997 - Cervini, Osvaldo E.	(1975)	2004 - Pardo, Orlando B.	(1989)
2011 - Cherjovsky, Mario R.	(1988)	2010 - Pataro, Eduardo	(1993)
2003 - Chiesa, Dardo M. J.	(1987)	1991 - Piégari, Mario N.	(1975)
2010 - Corbelle, Jorge L.	(1972)	1976 - Pique, José A.	(1950)
1983 - Couretot, Máximo F.	(1979)	2005 - Pujato, Raúl M.	(1981)
1998 - De Marco, Silvio	(1983)	2012 - Rosenberg, Moisés	(1988)
2006 - Decoud, Jorge A.	(1985)	1988 - Rubianes, Carlos E.	(1969)
1995 - Duran, Manuel O.	(1979)	2003 - Sampere, Carlos T.	(1976)
1990 - Dussaut, Alejandro	(1973)	1985 - Sfarcich, Dino B.	(1999)
2009 - Enrici, Ermenegildo A.	(1994)	2011 - Spector, Carlos H.	(1984)
2011 - Esteva, Hugo	(1991)	1999 - Suarez, Aldo R.	(1988)
1993 - Farache, Salomón	(1985)	1991 - Tiscornia, Osvaldo M.	(1979)
1992 - Fernández Valoni, Arsenio	(1973)	2011 - Vassallo, Bartolomé C.	(1995)
1989 - Firpo, Carlos A.	(1970)	1991 - Viaggio, Juan A.	(1976)
2007 - Galindo, Fernando	(1995)	1982 - Viqueira Casal, José B.	(1963)
1996 - Giani, Camilo A.	(1970)	1991 - Vispo, Alfredo O.	(1980)
1988 - Gil Mariño, Juan A.	(1969)	1996 - Waisman, Hipólito J.	(1985)
1998 - Grosso, Ricardo M.	(1980)	1993 - Welsh, Patricio	(1970)
1985 - Gruart, Federico J.	(1970)	1985 - Yavicoli, Oscar A.	(1970)
1993 - Lacour, Raúl	(1976)		

**ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA****Miembros Académicos**

1994 - Ahumada, Juan Carlos	(1988)	2003 - Giménez, Mariano E.	(1998)
2002 - Albertengo, Juan Carlos	(1995)	1999 - Graziano, Alfredo	(1993)
2012 - Alen González, Benito	(2006)	1993 - Grinspan, Ricardo M.	(1988)
2002 - Almanza, José M.	(1994)	1984 - Gutiérrez, Luis V.	(1978)
1993 - Álvarez Rodríguez, Juan E.	(1987)	1987 - Hurtado Hoyo, Elías	(1981)
2010 - Andriani, Oscar C.	(2005)	2010 - Hyon, Sung Ho	(2004)
1998 - Apestegui, Carlos A.	(1989)	2011 - Imventarza, Oscar C.	(2005)
2003 - Argibay, Pablo F.	(1997)	1997 - Iribarren, Claudio	(1992)
2006 - Arozamena, Carlos J.	(1995)	2005 - Lamy, Roberto H.	(2000)
1983 - Barredo, Claudio	(1977)	2008 - Latif, Jorge A.	(2002)
1993 - Bumashny, Eduardo	(1987)	2013 - Leiro, Fabio O.	(2007)
2003 - Bun, René F.	(1994)	2008 - Lendoire, Javier C.	(2003)
1997 - Buroni, José R.	(1991)	2013 - Lucilli, Norberto	(2008)
2009 - Califano, Leonardo L.	(2004)	1997 - Manrique, Jorge L.	(1992)
1998 - Casalnuovo, Carlos A.	(1992)	2005 - Mezzadri, Norberto A.	(1998)
2009 - Cavadas, Demetrio	(2003)	2013 - Mc Cormack, Lucas	(2007)
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)
1995 - Cimino, Conrado	(1990)	2011 - Ocampo, Carlos G.	(2003)
2008 - Covaro, Jorge A.	(2002)	1996 - Ortiz, Frutos Enrique	(1966)
2009 - Curto, Oscar Cayetano	(1998)	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.		2012 - Mazza, Oscar M.	
1999 - Badaloni, Adolfo E.		1999 - Merello Lardies, Jorge	
2008 - Berkowski, Darío E.		2005 - Ojea Quintana, Guillermo M.	
2011 - Brandi, Claudio D.		2013 - Patrón Uriburu, Juan C.	
2003 - Casavilla, F. Adrián		2013 - Pirchi, Enrique D.	
2009 - de la Torre, Alejandro M.		2010 - Reilly, Jorge A.	
2011 - Duhalde, Martín A.		2011 - Rossi, Gustavo L.	
2013 - Fernández Vila, Juan M.		2009 - Rotholtz, Nicolás A.	
2007 - Grondona, Jorge P.		2011 - Russi, Rodolfo H.	
2006 - Hequera, Jorge A.		2010 - Sarotto, Luis E.	
2013 - Iudica, Fernando M.		2011 - Serafini, Víctor H.	
2011 - Kohan, Gustavo		2009 - Terrés, Marcelo C.	
1997 - Lipinski, Alberto I.		2008 - Tisminetzky, Gustavo J.	
2002 - Luciani, Wilfrido		1986 - Trainini, Jorge C.	
2013 - Mateu, Marcelino R.		1992 - Troiano, Rodolfo A.	
2008 - Mattera, Francisco J.		2010 - Wainstein, Daniel E.	
2013 - Maurette, Rafael J.		2009 - Zandalazini, Hugo I.	

## ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

### Miembros Correspondientes Nacionales

1986 - Amarillo, Hugo R.	2000 - Montenegro, Rolando B.
1967 - Andrada, Juan G.	2013 - Nallar Dera, Marcelo P.
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
1997 - Lada, Paul E.	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.)

## 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 in-

cluirá 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 argumentativo<sup>2</sup>.

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:*

- 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.
- Siguen 2 oraciones que desarrollan la oración temática.
- 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 Baker<sup>1</sup> 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.



## LA HERNIOPLASTIA INGUINAL EN EL 2012. ENCUESTA A CIRUJANOS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

*Inguinal hernioplasty in 2012. Survey from surgeons of the Argentine Association of Surgery*

Claudio Iribarren MAAC, FACS (\*), Alberto Rivera(\*\*), Hernán Ruiz(\*\*\*)

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

### RESUMEN

**Antecedentes:** La hernioplastia inguinal ha experimentado dos importantes novedades en los últimos decenios: las técnicas sin tensión con el agregado de mallas de polipropileno y el abordaje laparoscópico de la intervención, que han tenido distinto grado de aceptación entre los cirujanos generales.

En este trabajo investigamos el panorama actual sobre el tema en nuestro país entre los cirujanos de la Asociación Argentina de Cirugía (AAC), enfocando el estudio en su aprendizaje y los obstáculos para su empleo relacionados a costos y disponibilidad de insumos y equipamiento, para precisar sus indicaciones actuales y evaluar los beneficios de propender a su desarrollo.

**Objetivo:** Analizar los resultados obtenidos de una encuesta efectuada a los cirujanos miembros de la AAC sobre la utilización de la malla de polipropileno y la vía laparoscópica en hernioplastia inguinal.

**Población:** 559 cirujanos encuestados de la AAC.

**Método:** Se envió por correo electrónico a los miembros de la AAC una encuesta con preguntas sobre sus indicaciones y frecuencia de empleo de malla de polipropileno y el abordaje laparoscópico para el tratamiento de la hernia inguinal en los últimos 3 años, así como las razones para no emplearlos. El cuestionario fue nuevamente enviado a los dos meses para lograr un mayor número de respuestas. Algunos de los datos obtenidos de los ítems preguntados se relacionaron entre sí para obtener nuevos datos surgidos de su combinación.

**Resultados:** Hubo una tendencia creciente al empleo de la malla de polipropileno, registrándose que un 83,7% de los encuestados la había utilizado en más del 80% de sus operados en 2011. Entre las razones para no emplearla, se señalaron las administrativas en un 26,3% y la falta de experiencia en un 8,7%.

La vía laparoscópica mantuvo su escasa aplicación y tuvo una tendencia al aumento de su empleo más moderada: así, un 65,7% de los encuestados no la realizó en 2011, siendo escasos los que la emplearon en el 50% o más de sus casos. Al respecto, los cirujanos que operaban más de 50 hernioplastias anuales la emplearon claramente con más frecuencia (46,4%). En cuanto a las razones para no haber realizado esta técnica, se señalaron las administrativas en un 48,3% y la falta de experiencia en un 25,8%, llegando esta última a un 56% entre los cirujanos menores de 40 años de edad. Las hernias bilaterales y las recidivadas sobresalieron netamente en las indicaciones de hernioplastia laparoscópica, y un 45% de los 559 encuestados manifestó interés en obtener experiencia en la técnica laparoscópica por medio de pasantías en servicios especializados o cursos "hands on".

**Conclusiones:** La gran mayoría de los cirujanos generales de la AAC ha incorporado la malla de polipropileno a la hernioplastia inguinal y esta conducta ha seguido una tendencia creciente en los últimos 3 años.

A pesar de que la hernioplastia laparoscópica también ha aumentado en los últimos 3 años, aún 2/3 de los cirujanos generales encuestados no la utilizaron en el 2011, siendo las razones administrativas su principal obstáculo y la falta de experiencia en la técnica la segunda causa individual en importancia. Actualmente esta técnica es realizada principalmente en centros de referencia y por los que tienen mayor número de hernioplastias en su práctica quirúrgica. Hubo un claro interés en los cirujanos generales jóvenes encuestados por aprenderla. En consecuencia, creemos, como otros autores, que debe hacerse un esfuerzo para desarrollar su enseñanza y entrenamiento y reducir su costo, para que el cirujano que desee emplearla pueda estar en condiciones de efectuarla con una técnica confiable.

**Palabras Clave:** hernia inguinal, cirugía, encuesta, Argentina

### ABSTRACT

**Background:** Inguinal hernia repair has experienced two important changes in the last decades which have gained different acceptance amongst general surgeons: the tension-free techniques with polypropylene meshes and the laparoscopic approach of the repair.

In this study we investigated the actual view on the subject in our country amongst the members of the Argentine Association of Surgery (AAC), focusing the survey in the learning of the techniques and the obstacles for its employment related to cost and availability of supplies and equipment, to assess its current indications and the benefits of encouraging its development in the present times.

**Objective:** To analyze the results of a questionnaire performed amongst members of the AAC, regarding the use of polypropylene mesh and the laparoscopic approach in inguinal hernia repair.

**Population:** 559 surgeons, members of the AAC.

**Methods:** A questionnaire was sent by mail to all members of the AAC regarding their indications and frequency of use of a polypropylene mesh and the laparoscopic approach for the treatment of inguinal hernia in the last 3 years, also inquiring about the reasons for not having employed them. The questionnaire was sent again two months later to attain a larger response rate. Some data were crossed amongst the items of the questionnaire to obtain new data emerging from their combination.

**Results:** There was a tendency of more frequent use of the polypropylene mesh, 83.7% of surgeons having employed it in more than 80% of their patients in 2011. Amongst the reasons for not using it, administrative obstacles were pointed out in 26.3% of the responses and lack of experience in 8.7%.

The laparoscopic approach remained of limited application, showing a moderate rise in the frequency of its use: 65% of the responders had not performed it in 2011, and few of them had used it in more than 50% of their cases. The laparoscopic approach was clearly more frequently employed (46.4%) amongst the surgeons that performed more than 50 hernioplasties a year.

Regarding this technique, administrative obstacles were the reasons for not doing it in 48.3% of the responses and lack of experience in 25.8%, reaching up to 56% amongst surgeons of less than 40 years of age.

Bilateral and recurrent hernias stood out clearly as the preferred indications for a laparoscopic hernioplasty, and 45% of the responders expressed an interest in obtaining experience in the laparoscopic technique, through training stays in specialized services or hands-on courses.

**Conclusions:** The great majority of the general surgeons of the AAC has employed the polypropylene mesh for inguinal hernioplasty and this conduct has followed an increased tendency through the last 3 years.

Although laparoscopic hernioplasty has also increased in frequency in the last 3 years, 2/3 of the surgeons that answered the questionnaire had not yet performed it in 2011, being the main obstacles administrative reasons and the lack of experience in the technique. Currently, laparoscopic hernioplasty is performed mainly in specialized centers and by those who have a greater number of hernioplasties in their surgical practice. There was a clear interest in young general surgeons of our survey in learning the laparoscopic technique. Consequently, we suggest, as other authors, that an effort should be made to develop its teaching and training and reduce its cost, to offer the surgeon who wishes to employ it the possibility to perform it with a reliable technique.

**Key words:** inguinal hernia, surgery, survey, Argentina

Recibido el 05/05/13 Aceptado el 12/09/13

(\*): Consultor en Ejercicio. (\*\*): Residente. (\*\*\*): Jefe de residentes

## Introducción

La técnica de hernioplastia inguinal sin tensión, colocando una malla de polipropileno por vía abierta, se ha establecido en la última década como la de preferencia entre la mayoría de los cirujanos del mundo occidental y en nuestro país<sup>1,12,18</sup>. Sus notables ventajas en la disminución de recidivas, la sencillez del procedimiento y su menor dolor postoperatorio han sido motivos sustanciales para su creciente popularidad, a pesar del aumento relativo del costo que representa la malla y de su falta de disponibilidad, como ocurre en no pocos casos en nuestro país.

Por otro lado, luego de un entusiasmo inicial, la vía laparoscópica se ha mantenido en una meseta de preferencia de alrededor del 5 al 10% de los casos para las hernias primarias unilaterales<sup>2,16,21</sup>, ganando especial aceptación para las hernias bilaterales y recidivadas<sup>12,18</sup>. En efecto, a la disminución de recidivas que brinda al colocar también la malla de polipropileno, se agrega el menor dolor que ocasiona la vía mini invasiva con respecto a la vía convencional. Sin embargo, esta técnica presenta como principales obstáculos su escarpada curva de aprendizaje, sus complicaciones, que aunque escasas pueden ser graves, y la controversia sobre el costo / beneficio del procedimiento por el gasto agregado del instrumental laparoscópico y los medios de fijación de la malla. En consecuencia, la implementación de la malla de polipropileno en la hernioplastia inguinal por vía abierta sólo sigue discutida en las hernias primarias pequeñas y en las que se acompañan de contaminación o infección, siendo resistida en nuestro medio principalmente por algunas instituciones financiadoras de la salud para bajar costos a ultranza sin considerar los beneficios a largo plazo. Su aprendizaje en la formación del cirujano actual se considera imprescindible y se realiza en la enorme mayoría de los servicios de cirugía. En cambio, la enseñanza de la hernioplastia inguinal laparoscópica se ve dificultada por los obstáculos mencionados antes y son pocos los cirujanos que pueden adquirir la experiencia necesaria para realizarla eficientemente, a pesar de su reconocida conveniencia en las hernias bilaterales y recidivadas, en las primeras por tratarlas a través de las mismas mini incisiones y en las segundas por abordar la hernia recidivada desde el plano intraabdominal con la técnica TAPP, en un terreno con mucho menos fibrosis cicatricial. En estas 2 situaciones las diferencias de costo, morbilidad y recuperación postoperatoria se inclinan a favor de la vía mini invasiva.

Teniendo en cuenta los rápidos cambios que se han seguido desarrollando continuamente en el tratamiento de los defectos de la pared abdominal, a 3 años del exhaustivo relato de Claudio Brandi sobre el tema en el Congreso de la Asocia-

ción Argentina de Cirugía<sup>1</sup> nos ha parecido interesante tratar de registrar el panorama actual de la hernioplastia inguinal en nuestro país con respecto a los dos aspectos mencionados. Siendo esta operación una de las más frecuentes del cirujano general, creemos que puede ser de utilidad tener un punto de partida sobre eventuales modificaciones de conducta a fin de orientar esfuerzos docentes y económicos que influirán en un gran número de pacientes. Con este objetivo hemos diseñado una nueva encuesta sobre el tema y analizado las respuestas recibidas.

## Método

Se elaboró una encuesta con preguntas sobre el tratamiento de la hernia inguinal (Figura 1), que se envió por correo electrónico a los miembros de la Asociación Argentina de Cirugía en dos oportunidades sucesivas en un lapso de dos meses para acrecentar el número de respuestas. Los datos obtenidos se combinaron entre sí en algunos de los ítems preguntados, para obtener nuevos datos surgidos de la relación entre las respuestas.

## Resultados

Quinientos cincuenta y nueve cirujanos respondieron a la encuesta, con un número de respuestas que varió para cada ítem encuestado.

Cuatrocientos noventa y dos registraron sus años de práctica quirúrgica, que se distribuyeron en forma similar entre los 3 grupos establecidos (hasta 10 años: 172, de 11 a 20 años: 146, más de 20 años: 174), y 516 respondieron sobre el número de hernioplastias inguinales anuales efectuado en los últimos 3 años; de ellos, un 84% había operado desde 20 a más de 100 hernias inguinales por año (Figura 2).

Todos los encuestados registraron el porcentaje de hernioplastias abiertas en las que habían colocado una malla en los últimos 3 años (Figura 3). Aquí se observó una tendencia a colocarla cada vez con más frecuencia. En el año 2011, un 83,7% de los cirujanos la utilizó en más del 80% de sus operados y sólo un 9,5% la colocó en menos del 50% de los casos.

Se agruparon en 3 ítems las 517 respuestas sobre las razones para no colocar malla que se anotaron en las opciones establecidas con más de una opción posible: ellos fueron "**indicaciones del cirujano**", "**razones administrativas**" y "**falta de experiencia**". El Cuadro 1 muestra que las primeras predominaron con el 61,1% de las razones señaladas, las causas administrativas alcanzaron a representar un 26,3% de las razones y la falta de experiencia se anotó en un 8,7% del total de las mismas.

La Figura 4 registra la distribución de las hernias inguinales operadas por vía laparoscópi-

## FIGURA 1

**Cuestionario de la encuesta**

- Años de edad
- Años de práctica quirúrgica efectuando hernioplastias inguinales:
  - a) < 10 años
  - b) 11 a 20 años
  - c) > 20 años
  
- \* Número aproximado de **hernioplastias inguinales anuales** que ha realizado en los últimos 3 años:
  - a) < 20 casos por año.
  - b) 20 a 50 casos por año.
  - c) 51 a 100 casos por año.
  - d) > 100 casos por año.
  
- \* ¿En qué porcentaje aproximado de **hernioplastias inguinales abiertas** ha colocado una malla en los últimos 3 años?
  - a) 2009: ...%
  - b) 2010: ...%
  - c) 2011: ...%
  
- \* ¿Cuáles son las razones por las que usted **no coloca una malla** en una **hernioplastia inguinal abierta**? (Puede señalar más de una opción):
  - a) Pequeño tamaño de la hernia
  - b) Costos
  - c) Falta de autorización del seguro médico
  - d) Riesgo de contaminación de la malla (otra cirugía contaminante simultánea)
  - e) Falta de experiencia en la técnica
  - f) No disponibilidad de la malla
  - g) Otras razones (por favor, detállelas)
  
- \* ¿Qué porcentaje aproximado de hernioplastias inguinales ha realizado por vía laparoscópica en los últimos 3 años?
  - a) 2009: ...%
  - b) 2010: ...%
  - c) 2011: ...%
  
- \* ¿En qué casos considera que es preferible la vía laparoscópica? (Puede señalar más de una opción):
  - a) En todas las hernias inguinales, mientras no haya contraindicación laparoscópica o por el riesgo del paciente
  - b) En todas, salvo las muy pequeñas o muy grandes
  - c) En todas, salvo las atascadas con sospecha de contenido intestinal
  - d) En las recidivadas
  - e) En las bilaterales
  - f) En otras hernias inguinales (por favor, especifique en cuáles)
  
- \* ¿Cuáles son las razones por las que usted no realiza una hernioplastia laparoscópica? (Puede señalar más de una opción):
  - a) Hernia muy pequeña
  - b) Hernia muy grande
  - c) Costos
  - d) Falta de autorización del seguro médico
  - e) Riesgo del paciente para la vía laparosc.
  - f) Falta de experiencia en la técnica
  - g) Falta de instrumental laparoscópico
  - h) Explique otras razones eventuales
  
- \* Si usted no tiene experiencia en la técnica laparoscópica y estuviera interesado en obtenerla ¿cuáles son, en su opinión, las formas de lograrlo? (Breve descripción):

ca. Allí se comprueba que a pesar de observarse una tendencia moderada a aumentar su empleo en los últimos 3 años, en el año 2011 un 65,7% de todos los encuestados nunca la realizó, un 25,9% la efectuó en menos de la mitad de los casos, y fueron escasos los cirujanos que la realizaron en el 50% o más de sus operados. Además, cuando se relacionó el porcentaje de hernioplastias laparoscópicas con el número de sus hernioplastias anuales que efectuaban los cirujanos, se observó que aquél se incrementaba hasta un 46,4% en el 2011 entre los que operaban más de 50 hernio-

plastias anuales (Figura 5).

Evaluando las razones para no haber utilizado la técnica laparoscópica con el mismo esquema que empleamos para la colocación de malla, reunimos en los mismos 3 ítems las 898 respuestas ubicadas en las distintas opciones (Tabla 2). En este ítem, cuando se relacionó la razón “**falta de experiencia**” con la edad de los cirujanos, se observó que fue señalada en el 56% de las respuestas de los cirujanos de menos de 40 años de edad (122 de los 217 cirujanos de esa categoría de edad).

Con respecto a los casos en los que los encuestados consideraban preferible la vía laparoscópica, predominó netamente su indicación en las hernias bilaterales y las recidivadas: 76,2% del total de respuestas (Tabla 3).

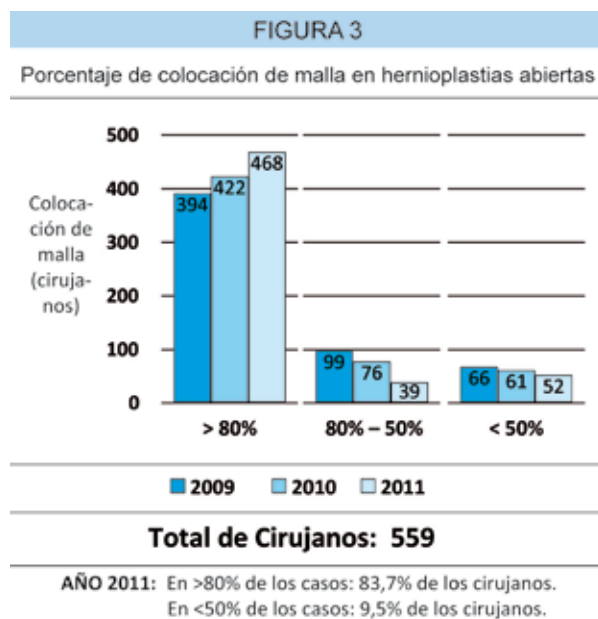
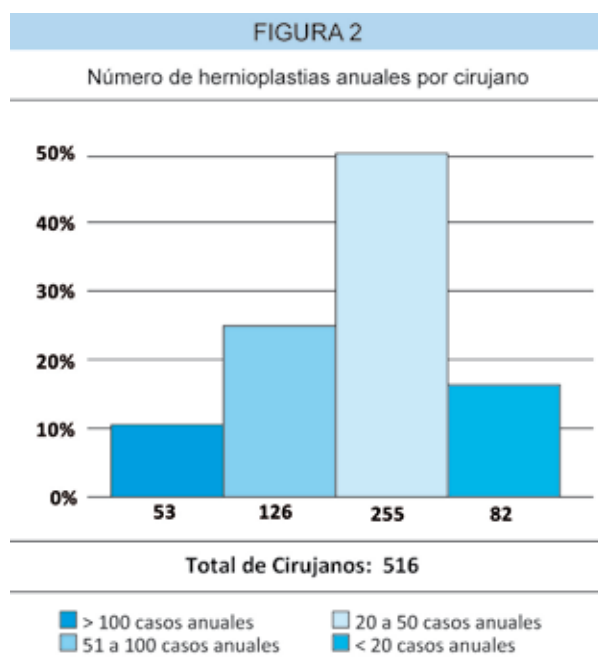
Finalmente, hubo 254 cirujanos (45,4% de los 559) que manifestaron que estaban interesados en obtener experiencia en hernioplastia laparoscópica: 182 (32,5%) se inclinaron por adquirirla a través de una pasantía de 2 meses a un año en un servicio especializado en esta técnica y 72 (12,8%) por medio de cursos “hands on”.

## Discusión

El tratamiento de las hernias inguinales ha constituido siempre un tema de interés entre los cirujanos. En su libro “Hernia”, Nyhus anota: “La historia de la reparación herniaria es la historia de la cirugía”<sup>8</sup>. Indudablemente, la posibilidad de cerrar el anillo herniario y reforzar la pared posterior de la región inguinal por medio de una malla, evitando la tensión tisular a ese nivel, junto al abordaje mini invasivo para efectuar la hernioplastia, han sido los dos hechos relativamente recientes de mayor impacto en la hernioplastia inguinal. Es así que la disminución significativa de recidivas y del dolor postoperatorio inmediato que han producido, han focalizado ahora la atención en dos aspectos: por un lado, disminuir la incidencia del dolor crónico posterior a la intervención, intentando identificar a los pacientes con bajo umbral del dolor<sup>9,19</sup>, y prevenirlo utilizando mallas con trama más amplia<sup>17</sup> y adhesivos para fijarlas, y por otro lado reducir los costos del procedimiento.

A pesar de su costo aumentado por el agregado de la malla, la técnica de Lichtenstein ha ganado actualmente la aceptación como la operación “estándar oro”<sup>1,12,16,18,22</sup> como consecuencia de su sencillez y buenos resultados aún con cirujanos poco experimentados<sup>6</sup>. Asimismo, con el propósito de disminuir el costo de la malla de polipropileno han surgido varias experiencias con reesterilización de piezas grandes de malla para utilizarlas en varias operaciones<sup>3</sup>, e inclusive el empleo de mallas mucho más económicas confeccionadas con polietileno y polipropileno sin morbilidad asociada<sup>10,22</sup>.

Por otro lado, la operación laparoscópica

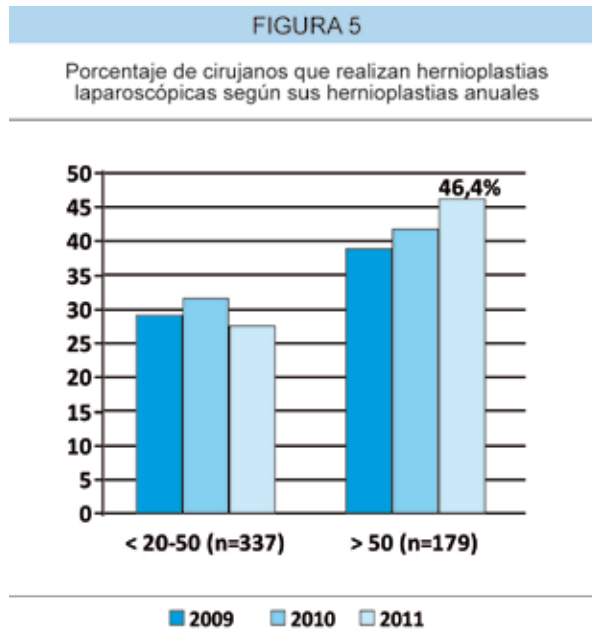
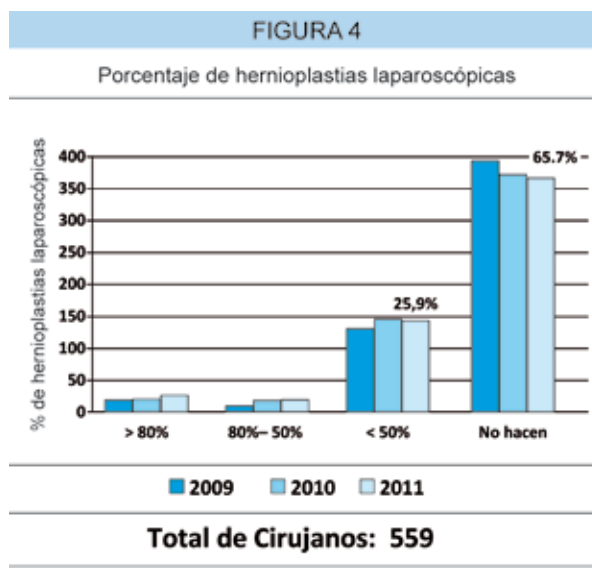


ha demostrado sus ventajas en numerosas experiencias, siendo las principales la disminución del dolor postoperatorio y las complicaciones de la herida<sup>8,9,13,14,18</sup>, a la que se suman la posibilidad de detectar hernias crurales e inguinales contralaterales desapercibidas en el preoperatorio<sup>7</sup>, aunque la reparación de las inguinales contralaterales asintomáticas es controvertida<sup>7,20</sup>. La Sociedad Europea de Hernia<sup>18</sup> y la NICE (National Institute for Clinical Excellence, Gran Bretaña)<sup>12</sup> han confirmado la opinión quirúrgica generalizada, destacando en sus conclusiones que la vía laparoscópica es la de elección en las hernias bilaterales y recidivadas, así como en las hernias primarias unilaterales en las que sea prioritaria una rápida recuperación y reinserción laboral (deportistas, etc). Sin embargo, uno de los aspectos en el que hay acuerdo generalizado es que sus resultados están estrechamente ligados a la experiencia del equipo quirúrgico<sup>1,4,5,8,11,14</sup>. Al respecto, en un trabajo cooperativo ampliamente difundido de Neumayer y col.<sup>13</sup>, los autores concluyeron en base a las recidivas de la muestra que hacían falta 250 hernioplastias laparoscópicas para adquirir una experiencia confiable. Esta cifra ha sido discutida en varias otras publicaciones<sup>2,4,8</sup> y se sitúa en el consenso general en 50 para la técnica TAPP, la más difundida en nuestro país y en general<sup>2,4,15,21</sup>. En el Hospital Británico de Buenos Aires todos los residentes del Servicio de Cirugía sobrepasan este número desde hace varios años, pero parece evidente que el mismo no es fácil de alcanzar fuera de los centros en los que la hernioplastia laparoscópica no se realice en forma habitual, o con cirujanos experimentados que tutoricen su aprendizaje durante esa cantidad de casos. En consecuencia, la pregunta que debe efectuarse es: ¿está interesado el cirujano general de nuestro país en aprenderla? La encuesta efectuada puede orientar en este aspecto.

Creemos que las 559 respuestas que hemos obtenido representan una muestra satisfactoria de cirujanos que operan hernias inguinales, cuyo interés en la operación se refleja indirectamente en la frecuencia de hernioplastias anuales que han realizado en los últimos 3 años (Figura 2). Por otro lado, la distribución por años de práctica quirúrgica también indica que el interés por responder se ha manifestado en forma similar en cirujanos con distinta extensión de la misma, evidenciando una vez más que la hernioplastia inguinal mantiene su predominancia a lo largo de toda la actividad profesional del cirujano.

Con respecto a la incorporación de la malla de polipropileno en la hernioplastia abierta, la encuesta confirmó lo hallado por Brandi<sup>1</sup> que ella se ha establecido firmemente en nuestro país, agregando el dato de una tendencia creciente en los últimos 3 años, como lo muestra la Figura 3, a pesar de los obstáculos administrativos que aún persisten (cuadro 1). Sólo menos de un cirujano de

cada diez no la coloca por falta de experiencia en la técnica, evidenciando una vez más su conocida ventaja respecto a su fácil aprendizaje con buenos resultados desde el inicio de la experiencia<sup>6</sup>. Del otro lado, el riesgo de contaminación fue la segunda contraindicación más frecuentemente señalada para su empleo, concordando con la opinión quirúrgica en general<sup>12,18</sup>, a pesar de que el cirujano es en última instancia el que debe decidir sobre colocar o no una malla en esa situación<sup>1</sup>. Finalmente, un tercio de los cirujanos sostuvo que el



Nº de herniopl. anuales	Nº cirujanos	año 2009	año 2010	año 2011
< 20 a 50	337	29,3%	31,7%	28%
Más de 50	179	39,1%	41,9%	46,4%

TABLA 1

Razones para no colocar malla

Pequeño tamaño de la hernia	173	Indicación del cirujano: 61,1%
Riesgo de contaminación	143	
Falta de la malla	69	Razón administrativa: 26,3%
Costos	38	
No autorizada por el seguro médico	29	
Falta de experiencia	45	
Otras	20	3,9%
<b>TOTAL</b>	<b>517</b>	<b>100%</b>

TABLA 2

Razones para no efectuar hernioplastia laparoscópica

Riesgo quirúrgico del paciente	112	Indicación del cirujano: 25,8%
Gran tamaño de la hernia	80	
Pequeño tamaño de la hernia	40	Razón administrativa: 48,3%
No autorizada por el seguro médico	169	
Costos	164	
Falta de instrumental	101	
Falta de experiencia	232	25,8%
<b>TOTAL</b>	<b>898</b>	<b>100%</b>

TABLA 3

Casos en los que es preferible la vía laparoscópica (751 respuestas)

Todas, salvo contraindicación lap. o del paciente	108 (14%)	23,7%
Todas salvo las muy pequeñas o muy grandes	23 (3%)	
Todas salvo las atascadas con contenido intest.	47 (6%)	
Recidivadas	277 (37%)	76,2%
Bilaterales	296 (39%)	
<b>TOTAL</b>	<b>751</b>	<b>100%</b>

pequeño tamaño de la hernia era otra razón válida para no colocar una malla. Al respecto, en la presente encuesta no se investigó si esta conducta se indicaba por razones anatómicas o podría estar influida por obstáculos como el costo o la falta de la autorización de la empresa financiadora de salud, por lo que no podemos establecer un juicio al respecto (Tabla 1).

En lo referente al empleo de la vía laparoscópica para la hernioplastia inguinal, la encuesta confirmó en nuestro país, como ha ocurrido en general, que su implementación a más de 20 años de su inicio sigue siendo lenta, no obstante su creciente utilización en los últimos 3 años: aún dos tercios de los cirujanos no la utilizaron en el 2011 y la mayoría de los que la emplearon la había aplicado en menos de la mitad de sus casos (Figura 4). En cuanto a las razones para no emplearla, ellas difirieron con respecto a las señaladas para no colocar malla (Tabla 2): en efecto, aquí las **razones administrativas** llegaron a casi la mitad de ellas, confirmando el obstáculo que representa el costo aumentado del instrumental y que pensamos que sigue explicando en gran parte el lento crecimiento de esta vía para la hernioplastia inguinal, pues a pesar de su menor dolor postoperatorio no influye en la duración de la internación, impidiendo su compensación en este aspecto si no se toma en cuenta el período de reinserción laboral, que generalmente no es considerado por las instituciones financiadoras de salud. Este factor se encuentra en cambio eliminado en gran medida en las hernias bilaterales, pues la vía laparoscópica facilita su tratamiento simultáneo y su rápida recuperación postoperatoria, así como en las hernias recidivadas, en las que presenta una menor morbilidad por acceder a la hernia desde un terreno no operado. Esto se ve confirmado en las repuestas de la tabla 3 sobre la vía de elección para estas dos situaciones, que reflejan claramente la preferencia por la vía laparoscópica. Por último, los cirujanos que operaron más de 50 hernias anuales en estos últimos 3 años fueron los que efectuaron un mayor porcentaje de hernioplastias laparoscópicas, llegando en este grupo a representar un 46,4% de sus hernioplastias en el 2011 y diferenciándose netamente del grupo de cirujanos con menor número de hernioplastias anuales (Figura 5). Pensamos que este hecho señala que el cirujano que realiza más hernioplastias en su práctica habitual es a su vez el que tiene mayor interés y posibilidades de incorporar la técnica laparoscópica a su arsenal quirúrgico.

Otra gran diferencia en las razones por las cuales no se utiliza esta vía con respecto a las señaladas para la colocación de malla se observó en la opción **falta de experiencia en la técnica**. Esta razón se señaló en un 25,8% de las mismas versus el 8,7% de las anotadas para la colocación de malla, y llegó a un 56% entre los cirujanos de menos de 40 años de edad, evidenciando que es la otra razón principal de su lenta difusión, aún en las hernias bilaterales y recidivadas. En este aspecto, destacamos que casi la mitad de los encuestados se manifestó interesado en aprender la técnica, ubicándose su mayor parte en esa franja etárea, y hubo un número apreciable dispuesto a invertir un tiempo prolongado en lograrlo. El dato

nos parece interesante y motivador para encontrar la forma de responder a esta inquietud, teniendo en cuenta que el aprendizaje debería realizarse en lo posible comenzando por hernias unilaterales de pequeño o mediano tamaño.

En conclusión, analizando los datos de la encuesta queda claro que la mayoría de los cirujanos generales de la AAC ha incorporado la malla de polipropileno al tratamiento de la hernia inguinal, y que el hecho se ha producido con frecuencia creciente. Parece lícito pensar que en poco tiempo se llegará a utilizar en nuestro país en más del 90% de los casos, como ocurre en los países desarrollados y también muchos en desarrollo del mundo occidental. Por otro lado, la encuesta también muestra que a pesar que la aplicación de la vía laparoscópica también ha aumentado en los últimos 3 años, aún 2/3 de los cirujanos generales encuestados no la utilizaron en el 2011, siendo las razones administrativas su principal obstáculo y la falta de experiencia en la técnica la segunda causa individual en importancia. Al respecto, observamos que existe un claro interés en los cirujanos generales jóvenes encuestados por aprender y adiestrarse en la hernioplastia inguinal laparoscópica, que actualmente es realizada principalmente en centros de referencia y por los que tienen mayor número de hernioplastias en su práctica quirúrgica. Creemos, como otros<sup>14,15,16,21</sup>, que debe hacerse un esfuerzo para enseñarla y reducir su costo, pues actualmente para el cirujano en formación y para el que realiza con frecuencia hernioplastias inguinales es una importante ventaja estar en condiciones de efectuarla en forma confiable. Así podrá aplicarla en los casos apropiados, respondiendo a las expectativas del paciente según las posibilidades económicas y de infraestructura.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Brandi C (2009) Tratamiento de los defectos de la pared abdominal. *Rev Argent Cirug N° Extraord.*: 2-152
- 2.- Cerutti R., Pirchi D., Iribarren C., Muñoz C., Porto E. (2008) Hernioplastia laparoscópica: resultados alejados. *Rev Argent Cirug* 94: 239-247
- 3.- Cingi A., Manukyan M. N., Güllüoğlu B. M., Barlas A. y col. (2005) Use of reesterilized polypropylene mesh in inguinal hernia repair: a prospective, randomized study. *J Am Coll Surg* 201: 834-840
- 4.- De Turrís S. V., Cacchione R. N., Mungara A., Pecoraro A, Ferzli G. S. (2002) Laparoscopic herniorrhaphy: beyond the learning curve *J Am Coll Surg* 194: 65-71
- 5.- Feliu X. (2011) Author's reply: Bilateral inguinal hernia repair: laparoscopic or open approach? (*Hernia* 2011 15: 15-18). *Hernia* 15: 715
- 6.- Frisén A., Starck J., Smeds S., Nyström P.O., Kald A. (2011) Analysis of outcome of Lichtenstein groin hernia re-pair by surgeons-in-training versus a specialized surgeon. *Hernia* 15: 281-288
- 7.- Griffin K. J., Harris S., Tang T. Y., Skelton N. Y col (2010) Incidence of contralateral occult inguinal hernia found at the time of laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) repair. *Hernia* 14: 345-349
- 8.- Grunwaldt L. J., Schwaitzberg S. D., Rattnet D. W., Jones D. B. (2005) Is laparoscopic inguinal hernia repair an operation of the past? *J Am Coll Surg* 200: 616-620
- 9.- Kehlet H. (2010) Laparoscopic versus open hernia repair: are we getting closer to specific clinical recommendations? *Hernia* 14: 553-554
- 10.- Kingsnorth A. N., Tongaonkar R. R., Awojobi O. A. (2011) Commentary on: Low-cost mesh for inguinal hernia repair in resource-limited settings *Hernia* 15: 491-494
- 11.- Mihura M., Iribarren C., Pirchi E. D., Abdala F. A., David M. (2002) Hernioplastia laparoscópica: complicaciones según La curva de aprendizaje. *Rev Argent Cirug* 83: 247-258
- 12.- NICE (2001) Guidance on the use of laparoscopic surgery for inguinal hernia. Technology Appraisal Guidance N° 18. National Institute for Clinical Excellence, London: 1-103
- 13.- Neumayer L., Giobbie-Hurder A., Jonasson O., Fitzgibbons R. y col. (2004) Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 350: 1819-1827
- 14.- Pokorny H., Klingler A., Schmid T., Fortelny R. Y col. (2008) Recurrence and complications after laparoscopic versus open inguinal hernia repair: results of a prospective randomized multicenter trial. *Hernia* 12: 385-389
- 15.- Rosenberg J., Bay-Nielsen B. (2008) Current status of laparoscopic inguinal hernia repair in Denmark. *Hernia* 12: 583-587
- 16.- Sanjay P., Woodward A (2007) A survey of inguinal hernia repair in Wales with special emphasis on laparoscopic repair. *Hernia* 11: 403-407
- 17.- Schopf S., von Ahnen T., von Ahnen M., Schardey H. (2011) Chronic pain after laparoscopic transabdominal preperitoneal hernia repair: a randomized comparison of light and extralight titanized polypropylene mesh. *World J Surg* 35: 302-310
- 18.- Simons M. P., Aufenacker T., May-Nielsen M., Bouillot J. L. y col. (2009) European hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 13: 343-403.
- 19.- Van den Heuvel B., Dwars B. J., Klassen D. R. (2011) Is surgical repair of an asymptomatic groin hernia appropriate? A review. *Hernia* 15: 251-259
- 20.- Van Wessel K. J. P., Plaisier P. W., Lange J. F. (2010) Letter to the editor: Incidence of contralateral occult inguinal hernia found at the time of laparoscopic transabdominal pre-peritoneal (TAPP) repair (*Hernia* 14: 345-349) *Hernia* 14: 669
- 21.- Wara P., Bay-Nielsen M., Juul P., Bendix J., Kehlet H. (2005) Prospective nationwide analysis of laparoscopic versus Lichtenstein repair of inguinal hernia. *Br J Surg* 92: 1277-1281
- 22.- Yang J., Papandria D., Rhee D., Perry H., Abdullah F. (2011) Low-cost mesh for inguinal hernia repair in resource limited settings *Hernia* 15: 485-489

## TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO

*Laparoscopic treatment of rectal cancer: long-term results*

Gustavo Rossi, Hernán Vaccarezza, Carlos Vaccaro, Ricardo Mentz, Víctor Im, Mario Benati,  
Fernando Bonadeo, Guillermo Ojea Quintana

SECCIÓN DE CIRUGÍA COLORRECTAL - SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL - HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.

### RESUMEN

**Antecedentes:** Si bien la factibilidad del tratamiento laparoscópico del cáncer de recto ha sido previamente descrita, su aplicación masiva continúa siendo controversial y los resultados oncológicos a largo plazo son aun limitados.

**Objetivo:** Analizar los resultados peri operatorios, la tasa de recurrencia local y la sobrevida alejada a cinco años en pacientes con cáncer de recto operados por vía laparoscópica, y comparar la sobrevida de los pacientes operados por vía laparoscópica con la de aquellos que debieron ser convertidos.

**Diseño:** Observacional retrospectivo

**Lugar de aplicación:** Hospital Privado Universitario

**Método:** Se analizaron 164 pacientes portadores de cáncer de recto operados por vía laparoscópica pura entre enero de 2005 y diciembre de 2011. Los datos clínicos, anatomopatológicos y oncológicos, fueron ingresados prospectivamente en una base de datos. La supervivencia global y libre de enfermedad a 5 años fue calculada según el método actuarial de Kaplan-Meier.

**Resultados:** El 66% de la población presentó tumores de recto medio (n=76) e inferior (n=32), y el 26% (n= 43) recibió tratamiento neoadyuvante. La tasa de preservación esfinteriana fue del 95%. La mediana de la altura de la anastomosis fue de 5 cm (rango: 2 a 12), empleando un reservorio colónico en "J" en el 8,5%. El índice de conversión global fue del 14,6%. La morbilidad y mortalidad global fue 19,5% y 0% respectivamente. La mediana de estadía hospitalaria fue 3 días (r: 2-28). No se registró compromiso de los márgenes quirúrgicos. La media de ganglios linfáticos analizados fue de 15 (rango: 0 – 56). La distribución por estadíos de acuerdo al TNM fue del 3,8% para el estadio 0, 37,8% para el estadio I, 22,5% para el estadio II, 29,2% para el estadio III y 6,7% para el estadio IV. El seguimiento promedio fue de 25 meses (rango: 3 a 81). La tasa de recurrencia local de la serie fue del 1,2% (dos pacientes). La sobrevida global y libre de enfermedad a cinco años fue del 88% (IC 95%: 76-99) y 83% (IC 95%: 72-95) respectivamente. La sobrevida global a 5 años de los pacientes convertidos versus lo no convertidos, fue del 83,3% y 94% respectivamente (p= NS).

**Conclusiones:** El tratamiento laparoscópico del cáncer de recto es oncológicamente seguro. No ha afectado la calidad de las piezas quirúrgicas obtenidas ni los resultados oncológicos a largo plazo. La sobrevida global de los pacientes convertidos resultó equivalente a la de los operados en forma laparoscópica.

**Palabras clave:** cáncer rectal, laparoscopia, resultados alejados

### ABSTRACT

**Background:** Even though the laparoscopic approach for rectal cancer has been previously described, its extended application is still controversial and the long-term oncological results are limited.

**Objective:** To analyze the surgical results, local recurrence rate and 5-year survival in patients with rectal cancer operated on by laparoscopy. Secondly, to compare the survival of patients operated on by laparoscopy with those who required conversion to open surgery.

**Setting:** Private University Hospital

**Design:** Retrospective observational.

**Material and Methods:** One hundred and sixty four consecutive patients undergoing laparoscopic surgery for rectal cancer were analyzed between January 2005 and December 2011. The clinical, pathological and oncological data were collected into a database. Overall and disease free survival at 5 years was estimated by Kaplan-Meier method.

**Results:** 66% of patients had tumors in middle (n=76) and low (n=32) rectum, and 26% (n=43) received neoadjuvant therapy. The sphincter preservation rate was 95%. The median distance between the anastomosis and the anal verge was 5 cm (range: 2 - 12), and a "J" pouch was performed in 8.5%. The overall conversion rate to open surgery was 14.6%. The morbidity and mortality was 19.5% and 0% respectively. The median hospital stay was 3 days (range: 2-28). Surgical margins were negative. The median of lymph nodes harvested was 15 (range: 0-56). According to TNM staging, there were 3.8% for stage 0, 37.8 for stage I, 22.5% for stage II, 29.2% for stage III and 6.7 for stage IV. The median follow up time was 25 months (range: 3-81). The overall local recurrence rate was 1.2% (two patients). The overall and disease free 5-year survival was 88% (IC 95%: 76-99) and 83% (IC 95%: 72-95) respectively. The overall 5-year survival of patients operated on by laparoscopy and those who required conversion to open surgery was 83.3% and 94%, respectively (p= NS).

**Conclusions:** The laparoscopic approach for rectal cancer is safe. It does not affect the quality of the specimens and the oncological long-term outcomes. The 5-year overall survival of converted patients to open surgery is similar to the laparoscopic group.

**Key words:** rectal cancer, laparoscopic, long term outcome

## Introducción

La implementación de la cirugía laparoscópica colorrectal ha aumentado significativamente en la última década<sup>15</sup>. Este fenómeno se debe fundamentalmente a un incremento del tratamiento laparoscópico del cáncer de colon, luego que la seguridad de los resultados a largo plazo fuera demostrada<sup>10</sup>. Sin embargo, el porcentaje de pacientes portadores de cáncer de recto tratados por esta vía continúa siendo bajo, debido a la mayor dificultad técnica del procedimiento, a una curva de aprendizaje prolongada y a la imposibilidad eventual al momento de dividir el recto distal al tumor con las suturas mecánicas disponibles. Estas razones son las que, se especula, podrían favorecer el compromiso de los márgenes quirúrgicos afectando negativamente los resultados oncológicos a largo plazo. Los datos ofrecidos por el estudio CLASSIC (Conventional versus Laparoscopic-Assisted Surgery in Colorectal Cancer), evidenciaron que el compromiso del margen circunferencial de los pacientes sometidos a una resección anterior fue mayor luego del abordaje laparoscópico (12% vs. 6%)<sup>11</sup>. Sin embargo, esta diferencia no fue significativa, y a su vez ni la recurrencia local ni la sobrevida global a tres y a cinco años se habían visto afectadas<sup>12, 13</sup>.

Una década atrás, siguiendo los principios propuestos por Heald, nuestro grupo reportó una tasa de recurrencia local inferior al 10% en una serie de pacientes operados en forma convencional y sin radioterapia, enfatizando la importancia de una óptima técnica quirúrgica<sup>3</sup>. Sin embargo, luego de haber adquirido una adecuada experiencia en cirugía laparoscópica de colon<sup>23,26</sup>, comenzamos a tratar pacientes portadores de tumores de recto por vía laparoscópica respetando estrictamente los principios de la cirugía convencional. Los resultados oncológicos a tres años obtenidos con la resección total del mesorrecto (RTM) laparoscópica con conservación esfinteriana, fueron reportados por nuestro grupo recientemente<sup>25</sup>.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados peri operatorios, la tasa de recurrencia local y la sobrevida alejada a cinco años con el tratamiento laparoscópico del cáncer de recto; y como objetivo secundario comparar la sobrevida de los pacientes operados por vía laparoscópica versus aquellos que debieron ser convertidos a la cirugía convencional.

## Material y Método

Se analizó la base de datos prospectiva de cirugía laparoscópica colorrectal del Hospital Italiano de Buenos Aires iniciada en el año 2003, que incluye 1078 pacientes operados hasta diciembre de 2011.

Todos los pacientes fueron estudiados

TABLA 1

### Características Demográficas

Edad, mediana años (rango)	64 (29-91)	
Sexo femenino, n (%)	75 (45,7%)	
IMC, mediana (rango)	25,7 (17-36,2)	
ASA, n (%)	I	8 (5%)
	II	116 (70,7%)
	III	39 (23,7%)
	IV	1 (0,7%)

IMC: Índice de Masa Corporal. ASA: American Society of Anesthesiologist

con rectoscopia rígida, videocolonoscopia y biopsia, considerando como tumores de recto inferior a aquellos cuyo borde inferior se encontraba hasta los 7 cm del margen anal, de recto medio por arriba de 7 y hasta 11 cm, y de recto superior entre los 11 y los 15 cm. Aquellos casos en que los tumores no pudieron ser franqueados durante la videocolonoscopia, se utilizó la colonoscopia virtual o el colon por enema para descartar lesiones sincrónicas. La estadificación sistémica se realizó con Tomografía Axial Computada (TAC) de tórax y abdomen, y la estadificación local se realizó mediante tacto rectal y Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Esta última comenzó a ser utilizada en forma sistemática a partir del año 2009. Las lesiones fijas y/o con amenaza de compromiso del margen circunferencial ( $\leq 1$  mm) por T o por N, recibieron esquema largo de neoadyuvancia (5040 cGy administrados en 28 fracciones diarias, asociado a la infusión continua de 5-Fluoruracilo y Leucovorina). En estos casos la operación fue programada entre la 8<sup>a</sup> y la 12<sup>a</sup> semana luego de finalizada la radioterapia.

## Técnica Quirúrgica

Todos los pacientes recibieron preparación mecánica intestinal el día previo a la cirugía, profilaxis para trombosis venosa profunda entre 10 y 12 horas antes del procedimiento (sumado a la colocación de una bomba de compresión neumática secuencial en los miembros inferiores) y antibiótico profilaxis durante la inducción anestésica. La técnica quirúrgica de la RTM laparoscópica ha sido previamente descrita por nuestro grupo<sup>25</sup>. Se utilizaron 4 a 5 trócares. En todos los casos se emplearon maniobras estandarizadas de disección como el control medial de los vasos mesentéricos, la movilización del ángulo esplénico (en caso de ser necesario) y la resección del mesorrecto. En los tumores del recto superior, ésta fue de al me-

nos 5 cm distal al tumor, y en los tumores alojados en recto medio e inferior se realizó una RTM. En ambos casos ésta se practicó en forma circunferencial a través del plano avascular de la fascia propia del mesorrecto respetando los nervios hipogástricos. Para la sección del recto se emplearon suturas mecánicas lineales (ETS Flex de 45 mm ó Echelon Flex, Ethicon Endo-Surgery, Cincinnati, USA) o la vía transanal. La extracción del colon se realizó principalmente a través de la ampliación del trócar de la fosa ilíaca izquierda empleando un protector parietal (Alexis Applied Medical, California, USA). Las anastomosis se realizaron con sutura mecánica circular (CEEA 28/31 Covidien Healthcare, Norwalk, USA o CDH 29 Ethicon Endo-Surgery, Cincinnati, USA) o en forma manual. La decisión de realizar una anastomosis coloanal directa o mediante un reservorio colónico quedó a cargo del cirujano actuante teniendo en cuenta la función evacuatoria previa, la administración de radioterapia preoperatoria y el calibre del colon a anastomosar. Se realizó una ileostomía en asa en aquellas anastomosis cuya distancia al margen anal fuera menor a 6 cm. Se definió conversión cuando se debió realizar una incisión mayor a la necesaria para extraer la pieza quirúrgica.

### Estudio Histopatológico

Las piezas quirúrgicas resecaadas fueron fijadas en formol al 10% y sus márgenes (circunferencial y distal) pintados con tinta china. Luego de su inclusión en parafina, fueron seccionadas en forma perpendicular al eje longitudinal del recto mediante cortes paralelos cada 1 cm. Fueron evaluados: el nivel de penetración parietal del tumor primario (pT), el recuento total de ganglios linfáticos hallados y cuantos de ellos eran positivos, y los márgenes de resección circunferencial y distal (MC y MD respectivamente). Estos fueron considerados como positivos cuando la distancia al borde inferior del tumor fue  $\leq 1$  mm (R1), o negativos cuando ésta era  $> 1$  mm (R0).

### Seguimiento

La morbilidad postoperatoria de esta serie fue analizada según la clasificación de Dindo y col.<sup>8</sup>. Se agrupó como morbilidad menor a los grados I, II y IIIA de esta clasificación, y mayor a los grados iguales o mayores a IIIB. El seguimiento oncológico se realizó cada tres meses durante los dos primeros años, cada seis meses a partir del tercer año y posteriormente una vez al año. Los controles incluyeron examen clínico, dosaje de CEA y, según el caso, se alternó TAC de tórax abdomen y pelvis con ecografía abdominal y radiografía de tórax. Se realizó videocolonoscopia al año del procedimiento. Se definió recurrencia local a cualquier sospecha de recidiva de la enfermedad

dentro de la cavidad pelviana.

### Análisis Estadístico

Los datos cuantitativos fueron ofrecidos como mediana con su respectivo rango. Se utilizó el  $\chi^2$ -test para las variables categóricas y el T-test para las variables continuas. Para detectar eventuales diferencias entre el inicio de la experiencia y el final de la misma respecto a algunas variables, se dividió la población en dos grupos: Grupo 1, constituye la primera parte de la experiencia entre el año 2005 y el 2008, y Grupo 2 entre el año 2009 y el 2011. Todos los pacientes fueron analizados según el criterio de "intención de tratar". Se realizó un sub-análisis comparando la sobrevida libre de enfermedad de los pacientes convertidos y los completados en forma laparoscópica. La sobrevida global y libre de enfermedad a 5 años fue calculada según el método actuarial de Kaplan-Meier. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas cuando el valor de la p fue  $\leq 0.05$ .

### Resultados

Se identificaron 201 pacientes portadores de adenocarcinoma de recto hasta 15 cm del margen anal tratados en forma mininvasiva entre enero de 2005 y diciembre de 2011. Fueron excluidos de este estudio, 34 pacientes operados en forma laparoscópica mano-asistida y 3 con tecnología robótica. Los 164 restantes operados en forma laparoscópica pura constituyen la población analizada. Los datos demográficos se detallan en la Tabla 1. No fue considerado el abordaje laparoscópico en pacientes con tumores complicados (ocuidos o perforados), y/o que presenten compromiso de órganos vecinos (T4) y/o según el criterio del cirujano actuante.

De los 164 pacientes analizados, el 66% presentaba tumores de recto medio (n=76) e inferior (n=32). La distancia media al margen anal de los tumores fue para toda la serie de 10 cm (rango: 0 a 15). El 26% de los pacientes (n= 43) recibió tratamiento neoadyuvante.

En el 95% de esta serie se realizaron procedimientos de conservación esfinteriana, en tanto que solo 9 pacientes (5,4) fueron sometidos a una amputación abdominoperineal laparoscópica. La distribución por tipo de procedimiento se detalla en la Tabla 2. La mediana de la altura de la anastomosis fue de 5 cm (rango: 2 a 12), empleando un reservorio colónico en "J" en 14 pacientes (8,5%). Se realizó una ileostomía de derivación en el 42% de la población (70 pacientes). El índice de conversión global de esta serie fue del 14,6% (24/164). La causa más frecuente de conversión fue la dificultad anatómica a nivel de la pelvis en 17 pacientes. El resto de las causas se distribuyeron en oncológicas: 4 pacientes, adherencias de cirugías

**TABLA 2**

Tipos de Procedimientos efectuados

Procedimiento	N (%)
Resección Anterior Baja c/ DSM*	117 (71,3)
Resección Anterior Alta c/ DSM	37 (22,5)
Amputación Abdominoperineal	9 (5,4)
Resección Anterior Baja c/ DIE <sup>†</sup>	1 (0,6)

\*DSM: Doble Sutura Mecánica  
<sup>†</sup>DIE: Disección Inter Esfinteriana

previas: 2 pacientes, y el hallazgo intraoperatorio de una metástasis hepática: 1 paciente. Cuando se comparó el índice de conversión entre la primera etapa del periodo analizado (2005 a 2008) y la segunda etapa (2009 a 2011), observamos que el índice de conversión fue significativamente menor (21,4% vs 7,8% respectivamente, p=0,01). El tiempo operatorio promedio de la serie fue de 220 minutos (rango: 100 a 410). Se registraron 39 complicaciones sobre 32 pacientes, lo que establece una morbilidad global a 30 días del 19,5% (32/164). El resto de las complicaciones y su distribución por estadios se detallan en la Tabla 3. De los 7 pacientes que presentaron fistula anastomótica (4,2%), 4 de ellos debieron ser reoperados. De los tres restantes, dos resolvieron con drenajes (percutáneo y transrectal respectivamente), mientras que el tercero presentó una dehiscencia sin repercusión clínica detectada por tacto rectal luego del alta. El índice de readmisión fue del 8% (13 pacientes), mientras que la tasa de reoperación fue del 6% (10 pacientes). La mortalidad de esta serie fue nula y la media de la estadía hospitalaria fue de 3 días (rango: 2 a 28).

Todos los pacientes presentaron márgenes quirúrgicos libres de infiltración tumoral (R0). La distancia media al margen circunferencial fue de 11 mm (+/- 6) y para el margen distal fue de 18 mm (+/- 11). La media de ganglios linfáticos analizados fue de 15 (rango: 0 – 56). No se detectaron diferencias significativas en el conteo ganglionar entre aquellos pacientes operados por vía laparoscópica y los que debieron ser convertidos (15, IC 95%: 14-16 vs 15, IC 95%: 7-21, p=NS). Sin embargo, observamos una diferencia significativa entre la primera y la segunda etapa de nuestra experiencia (13 ganglios, IC 95% 12-15 vs 17 ganglios, IC 95% 15-19; p<0,01). El 36% de los pacientes (n=59) presentó ganglios linfáticos positivos; 49 de éstos tuvieron hasta 3 ganglios positivos (N1) en tanto 10 casos tuvieron más de 3 (N2). La distribución por estadios de acuerdo al TNM fue del 3,8% para el estadio 0 (6 pacientes con respuesta patológica completa), 37,8% para el estadio I (62

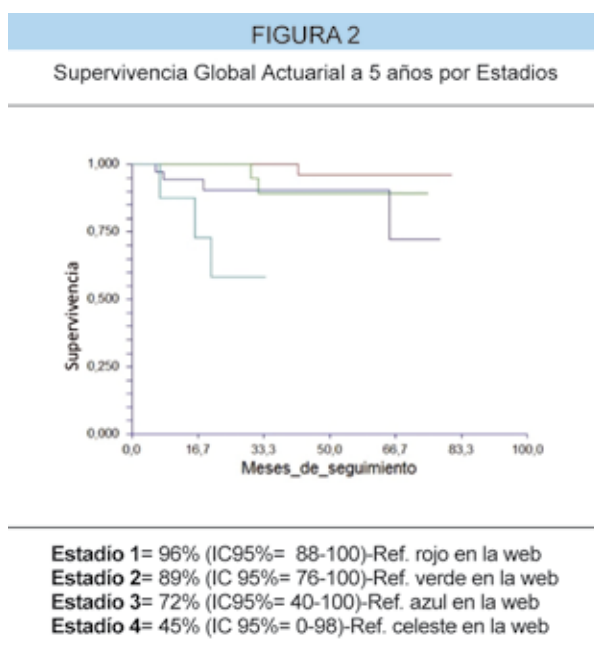
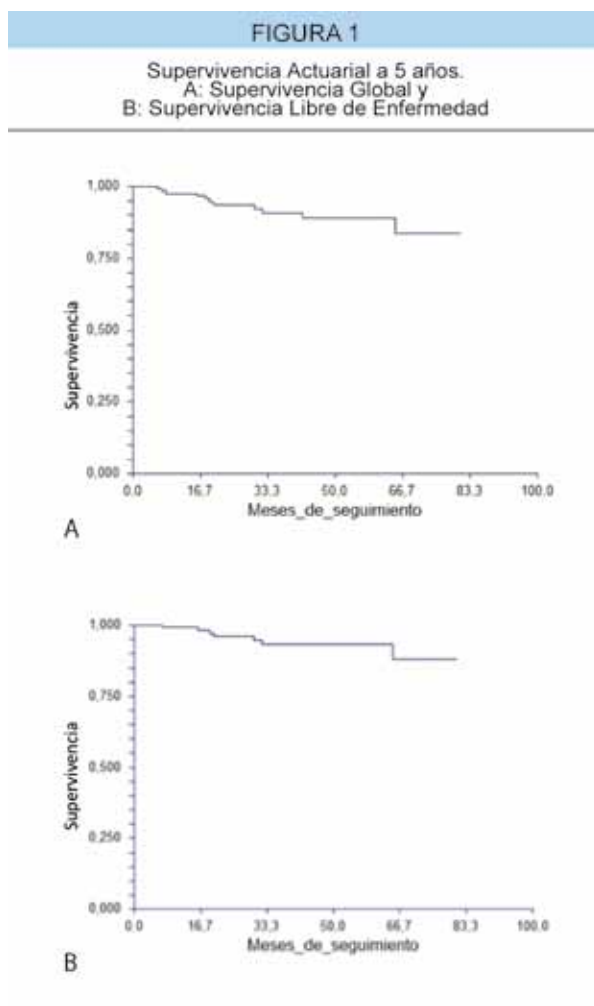
**TABLA 3**

Morbilidad Postoperatoria

	N	%
Morbilidad	32	19,5
Mortalidad	0	0
Infección de Herida	3	1,8
Sepsis Intraabdominal	10	6
Dehiscencia anastomótica	7	
Absceso Pelviano	2	
Lesión inadvertida de I delgado	1	
Hemorragia Postoperatoria	5	3
Sangrado de Anastomosis	2	
Hemoperitoneo	3	
Íleo	10	6
Oclusión Intestinal	1	0,6
Vejiga Neurogénica	2	1,2
Fistula Colo Vaginal	1	0,6
Eyaculación Retrógrada	1	0,6
Cardiorespiratoria	5	3
TVP/TEP	1	0,6
Grado de Complicación (Dindo-Clavien)		
I-II-IIIa	19	48,7
IIIb-IV	20	51,3

pacientes), 22,5% para el estadio II (37 pacientes), 29,2% para el estadio III (48 pacientes) y 6,7% para el estadio IV (11 pacientes).

Se completó el seguimiento en el 97,5% de la población (4 pacientes perdidos), y la mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango: 3 a 81). Dos pacientes (1,2%) presentaron recurrencia local de la enfermedad con distinta localización lo-corregional. El primero de ellos portaba un tumor a 7 cm a quien se le realizó una Resección Anterior Baja (RAB) con Doble Sutura Mecánica (DSM). El estudio anatómo patológico evidenció una lesión pT2 pN0 con 30 ganglios linfáticos estudiados y



cuyos márgenes (circunferencial y distal) fueron de 8 y 25 mm respectivamente. En este caso la recurrencia se presentó en el sitio de la anastomosis. El segundo paciente había realizado neoadyuvancia por un tumor a 4 cm del margen anal, evaluado inicialmente como T3 N+. Se le realizó una RAB con disección interesfinteriana y anastomosis coloanal manual. La anatomía patológica reveló una lesión ypT3 ypN1 con dos ganglios positivos de ocho estudiados. En este caso el margen circunferencial fue de 6 mm y el distal de 2 mm. En esta paciente el sitio de la recurrencia fue a nivel del promontorio sacro sumado a secundarismo pulmonar. Ambas recidivas fueron detectadas a los 34 y 6 meses respectivamente. Quince pacientes (9%) presentaron metástasis a distancia; los sitios más comúnmente afectados fueron: hígado en 9 pacientes, pulmón en 7 pacientes, 1 en retroperitoneo y 1 en cerebelo. No se registraron implantes tumorales a nivel del sitio de inserción de los trócares ni de la extracción de la pieza quirúrgica.

La supervivencia global y libre de enfermedad actuarial a cinco años fue del 88% (IC 95%: 76-99) y 83% (IC 95%: 72-95) respectivamente (Figura 1 A y B). Se registraron 11 muertes durante el período analizado: 7 relacionadas con el cáncer y 4 no relacionadas. La supervivencia global por estadios fue del 96% (IC95%= 88-100) para el estadio I, 89% (IC 95%= 76-100) para el estadio II, 72% (IC95%= 40-100) para el estadio III y 45% (IC 95%= 0-98) para el estadio IV. Las curvas de supervivencia se detallan en la Figura 2. La supervivencia global actuarial a 5 años de los pacientes convertidos versus lo no convertidos, fue del 83,3% y 94% respectivamente ( $p = NS$ ) (Figura 3).

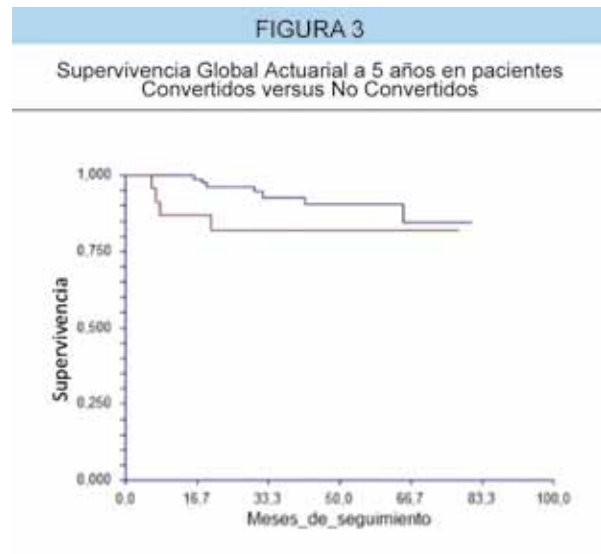
## Discusión

La resección del recto junto a la minuciosa disección de su meso constituyen los factores más importantes del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, cuyo objetivo es asegurar el control local de la enfermedad y una supervivencia prolongada<sup>18</sup>. Estos objetivos deben alcanzarse independientemente de la técnica empleada. Los resultados oncológicos a largo plazo que surgen del presente estudio, como los referidos por otros autores del ámbito nacional<sup>5, 27, 31</sup>, reflejan que con una adecuada selección de los casos la cirugía laparoscópica del cáncer de recto resulta ser segura, más aun cuando ésta es realizada por cirujanos que combinen experiencia en el manejo de la anatomía quirúrgica del recto, en la técnica de la resección total del mesorrecto y un adecuado entrenamiento en cirugía laparoscópica colorrectal. La supervivencia global y libre de enfermedad actuarial a 5 años mayor al 80% y la recurrencia local de 1,2% de nuestra serie, confirman estas aseveraciones.

El compromiso de los márgenes quirúrgicos (circunferencial y distal) es considerado un fac-

tor de riesgo determinante de recurrencia local<sup>2, 21</sup>. Es por ello que su evaluación microscópica detallada resulta crítica a la hora de auditar la calidad de la cirugía realizada. El porcentaje de re-secciones R0 de las distintas series que evaluaron la cirugía laparoscópica del cáncer de recto se encuentra, en general, por arriba del 90%. Laurent y col.<sup>16</sup> reportan un índice de resección completa del 93,4%, mientras que Tsang y col. y Ng y col.<sup>22, 32</sup> presentaron porcentajes aun mayores del 97% y 98% respectivamente. Otros autores, como Leroy y col. y Dulucq y col.<sup>9, 17</sup> refieren resecciones completas en el 100% de las piezas reseçadas. Sin embargo, cabe resaltar que éstos solo ofrecen datos sobre el margen distal, sin mencionar el estado del margen circunferencial. En nuestra serie no hemos observado compromiso en ninguno de ambos márgenes quirúrgicos, lo cual sustenta el bajo índice de recurrencia local reportado. Si bien este hallazgo puede ser atribuible a la selección de los casos, cabe mencionar que el 66% de nuestra población corresponde a tumores de recto medio e inferior, y más del 50% de los casos pertenecen a estadios II y III de la enfermedad. Respecto al conteo ganglionar, cabe destacar que si bien se observó una menor cantidad de ganglios estudiados en la etapa inicial de nuestra experiencia en comparación con la segunda etapa, la mediana de ganglios estudiados de ambos períodos se mantuvo por encima de los 12 ganglios recomendados por la AJCC (American Joint Committee on Cancer)

El tratamiento neoadyuvante quimiorradiante es otra variable que puede modificar la estadificación inicial de los tumores y disminuir la incidencia de recurrencia local<sup>28</sup>. Sin embargo, a pesar que numerosas series han reportado la implementación de la cirugía laparoscópica en cáncer de recto en pacientes tratados con radio y quimioterapia preoperatoria, la seguridad y los resultados a corto plazo de esta combinación con alto nivel de evidencia fueron reportados recientemente por un solo grupo<sup>15</sup>. En este trabajo coreano prospectivo y randomizado se compararon los resultados a corto plazo de pacientes portadores de tumores de recto medio e inferior (T3 N0-2), operados por vía laparoscópica y convencional luego del tratamiento quimiorradiante. Los hallazgos de este estudio demostraron que, ni los beneficios del abordaje mini invasivo, ni la calidad de la resección oncológica, se habían visto afectados por la implementación de la neoadyuvancia. En nuestra serie solo el 26% de los pacientes recibieron tratamiento quimiorradiante preoperatorio, lo cual apoya nuestra política de irradiación selectiva, basada en la evaluación por tacto rectal de la fijación del tumor al ambiente perirrectal y más recientemente por la implementación de la RMN para identificar con mayor precisión el eventual compromiso ganglionar y del margen circunferencial. Aquellos grupos que han ofrecido resultados oncológicos



a largo plazo con el tratamiento laparoscópico del cáncer de recto, muestran diferencias en la indicación de neoadyuvancia. Por un lado, Laurent et al.<sup>16</sup> la indicaron en el 75% de una población de 238 pacientes operados en forma laparoscópica; mientras que Ng y col.<sup>22</sup>, luego de analizar su serie histórica de 579 resecciones de recto por la misma vía, indicaron neoadyuvancia en solo el 9,8% de la población. Como fuese argumentado previamente<sup>4</sup>, seguimos sosteniendo que con una buena técnica de RTM y la utilización racional de radioquimioterapia, se pueden lograr resultados muy satisfactorios en términos de recurrencia local y sobrevida alejada como las presentadas en esta serie.

La conversión es un evento que puede suscitarse durante el transcurso de la cirugía, en cuyo caso se genera la pérdida de los beneficios asociados al abordaje mínimamente invasivo (menor estadía hospitalaria, menor requerimiento de analgésicos, menor incidencia de infecciones, etc.). Estos beneficios no son los únicos que se pierden cuando se debe convertir el procedimiento; la aparición de este evento ha sido asociada también a un tiempo operatorio mayor, mayores pérdidas sanguíneas y por consiguiente la necesidad de realizar transfusiones más frecuentemente<sup>29</sup>. En nuestra serie la causa más común de conversión fue la dificultad anatómica a nivel de la pelvis, ya sea al momento de la disección y/o al dividir el recto. Lo mismo fue reportado por Laurent y col.<sup>16</sup>, mientras que para Thorpe y col.<sup>30</sup> fue el estadio tumoral. Jayne y col.<sup>13</sup>, del grupo del estudio CLASSIC, sostienen que la conversión “no es un signo de falla terapéutica, sino una estrategia aceptable frente a un escenario desfavorable”. Nuestro índice de conversión del 14,6%, no solo se compara favorablemente respecto a otras series publicadas<sup>5, 9, 11, 16, 17, 22, 27</sup>, sino que se encuentra dentro del rango reportado en la literatura que va del 0 al 34%. Si bien han

sido comunicados índices de conversión nulos o menores al 5%<sup>1,31</sup>, dichas series reportan resultados vinculados a la amputación abdominoperineal laparoscópica, donde la ausencia de una anastomosis colorrectal disminuye ostensiblemente la aparición de este evento. Otros autores como Tsang y col., y más recientemente Kang y col.<sup>14,32</sup>, también han reportado índices de conversión considerablemente bajos del 1,9% y 1,2% respectivamente, incluyendo tumores bajos en los que se realizó una RA. Sin embargo, cabe mencionar que estas series provienen de países asiáticos (China y Corea) pertenecientes al mismo grupo étnico, donde reportan un IMC promedio menor a 25 Kg/m<sup>2</sup>, lo cual ha sido asociado con un menor índice de conversión<sup>19</sup>.

Respecto al impacto de la conversión sobre los resultados oncológicos alejados, no hemos encontrado diferencias entre los pacientes convertidos y los no convertidos en términos de sobrevida global. Contrariamente a nuestros hallazgos, Moloo y col.<sup>20</sup>, sobre una serie de 359 pacientes operados por cáncer colorrectal en forma laparoscópica, reportan una menor sobrevida global a dos años en los pacientes convertidos (75% vs 87%, p=0,02) y una tendencia que se sostiene a los cinco años (62% vs 69%, p=0,07). En línea con estos resultados, Chan y col.<sup>6,7</sup> encontraron un índice de recurrencia local mayor en los pacientes convertidos que en los no convertidos (9,8% vs 2,8%, p<0,001) y una sobrevida libre de enfermedad significativamente menor (p=0,03). Ströhlein y col.<sup>29</sup>, en un análisis comparativo sobre cirugía abierta y laparoscópica específicamente en cáncer de recto, reportaron un mayor índice de recurrencia local en los pacientes que debieron ser convertidos (16% vs 6,9%), y sus causas más frecuentes de conversión fueron la fijación tumoral y la perforación del recto, dos factores asociados con un riesgo elevado de recurrencia local. Apoyando nuestros hallazgos, Laurent y col.<sup>16</sup> fueron los primeros en reportar resultados en términos de sobrevida a 5 años sobre el subgrupo de pacientes convertidos luego de una RTM laparoscópica. El índice de conversión de estos autores fue similar al de nuestra serie, y a cinco años, no encontraron diferencias en la recurrencia local entre los pacientes convertidos y los finalizados en forma laparoscópica (3,5% versus 3,8%, p=0,73), ni en la sobrevida libre de enfermedad (79% versus 83%, p=NS). Más recientemente, Jayne y col.<sup>13</sup> del estudio CLASSIC, ofrecen resultados oncológicos con cinco años de seguimiento. En esta publicación, los autores observaron que los pacientes que debieron ser convertidos presentaron una menor sobrevida global (cirugía abierta 58,5%, laparoscópica 62,4%, convertidos 49,6%; p=0,005). En un sub-análisis realizado solamente sobre los cirujanos que presentaban un índice de conversión menor al promedio, observaron que la sobrevida de los pacientes

convertidos permanecía considerablemente baja, indicando que los factores asociados a la experiencia del cirujano no habían estado involucrados. Sosteniendo estos hallazgos, los autores resaltan que el impacto adverso de la conversión fue significativo solamente en la sobrevida global y no sobre la sobrevida libre de enfermedad. Por lo tanto, la conversión por otras razones (obesidad, dificultades técnicas y/o complicaciones), presentaría resultados desfavorables independientemente de la experiencia del cirujano actuante.

Una de las limitaciones más importante de este estudio, es que constituye un análisis retrospectivo de una única institución. A pesar de ello, creemos que el número de pacientes operados, permite hacer un análisis de los hallazgos de esta serie. En segundo lugar, la mediana del tiempo de seguimiento puede ser considerada escasa. Sin embargo, cabe mencionar que el tiempo estimado de una recaída de la enfermedad se encuentra dentro del período analizado, por lo que especulamos que a pesar de aumentar el tiempo de seguimiento nuestros resultados no se verán mayormente afectados. Por último, el análisis comparativo respecto a la sobrevida que presentamos entre pacientes convertidos y no convertidos, no fue confrontado frente a un grupo control operado en forma convencional. Por lo tanto, si la sobrevida de los pacientes convertidos difiere de los operados en forma convencional, no ha sido aclarado.

En conclusión, el tratamiento laparoscópico del cáncer de recto no ha afectado la calidad de las piezas quirúrgicas obtenidas ni los resultados oncológicos a largo plazo, ya sea en pacientes operados en forma laparoscópica como convertidos, manteniendo los beneficios del abordaje mínimamente invasivo. Este tipo de procedimientos debería ser llevado a cabo en centros de alto volumen que combinen experiencia en el manejo del cáncer de recto y la cirugía laparoscópica colorrectal.

#### Referencias Bibliográficas

- 1- Araujo SE, da Silva e Sousa AH Jr, de Campos FG, et al. Conventional approach x laparos-copic abdominoperineal resection for rectal cancer treatment after neoadjuvant chemo-radiation: results of a prospective randomized Trial. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2003; 58: 133-140
- 2- Birbeck KF, Macklin CP, Tiffin NJ, et al. Rates of circumferential resection margin involvement vary between surgeons and predict outcomes in rectal cancer surgery. *Ann Surg* 2002; 235: 449-457
- 3- Bonadeo FA, Vaccaro CA, Benati ML, et al. Rectal Cancer: Local Recurrence After Surgery Without Radiotherapy. *Dis Colon Rectum*. 2001 Mar; 44 (3): 374-9.
- 4- Bonadeo F, Benati M, Ojea Quintana G, et al. Cáncer de recto: resultados alejados en re-secciones con intención curativa con los principios de resección total del mesorrecto. *Rev Argent Cirug* 2005; 89 (3-4): 129-140
- 5- Bun M, Laporte M, Canelas A, et al. Cirugía laparoscópica del cáncer de recto. *Rev Argent Cirug* (en prensa).
- 6- Chan AC, Poon JT, Fan JK, et al. Impact of conversion on long-term outcome in laparoscopic resection of colorectal cancer. *Surg Endosc* 2008; 22: 2625-2630

- 7-Chan AC, Poon JT, Fan JK, Lo SH, Law WL. Impact of conversion on the long-term outcome in laparoscopic resection of colorectal cancer. *Surg Endosc*. 2008 Dec; 22 (12): 2625-30.
- 8- Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a New proposal with evaluation in a cohorte of 6336 patients and results of a Surrey. *Ann Surg* 2004; 240: 205-213
- 9- Dulucq J, Wintringer P, Stabilini C, Mahajna A. Laparoscopic rectal resection with anal sphincter preservation for rectal cancer. Long-term outcome. *Surg Endosc* 2005; 19: 1468-1474.
- 10- Fleshman J, Sargent DJ, Green E, et al. Laparoscopic colectomy is not inferior to open sur-gery based on 5-year data from COST study group trial. *Ann Surg*. 2007; 246: 655-664
- 11- Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASSIC trial): multicentre, randomized controlled trial. *Lancet*. 2005; 365: 1718-26
- 12- Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma : 3-year results of the UK MRC CLASSIC trial group. *J Clin Oncol*. 2007; 25 (21): 1-8
- 13- Jayne DG, Thorpe HC, Copeland J, et al. Five-year follow-up of the Medical Research Council CLASSIC trial of laparoscopically assisted versus open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 2010; 97: 1638-1645
- 14-Kang CY, Wissan JH, Ruihong L, et al. Laparoscopic Colorectal Surgery: a better look into the latest trends. *Arch Surg*. 2012 Apr 16. [Epub ahead of print]
- 15- Kang SB, Park JW, Yong Jeong S et al. Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2010 Jul; 11 (7): 637-45.
- 16- Laurent C, Leblanc F, Wütrich P, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. Long-term oncologic results. *Ann Surg* 2009; 250: 54-61.
- 17- Leroy J, Jamali F, Forbes L, Smith M, Rubino D, Mutter D, Marescaux J. Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery. Long-term results. *Surg Endosc* 2004; 18: 281-89.
- 18-Mac Farlane JK, Ryall RD, Heald RJ. Mesorectal Excision for rectal Cancer. *Lancet* 1993; 341: 457-460
- 19-Makino T, Shukla PJ, Rubino F, Milsom JW. The impact of obesity on perioperative out-comes after laparoscopic colorectal resection. *Ann Surg*. 2012 Feb; 255(2):228-236.
- 20- Moloo H, Mamazza J, Poulin EC, et al. Laparoscopic resection for colorectal cancer. Does conversion affect survival? *Surg Endosc* 2004; 18: 732-735
- 21-Nagtegaal ID, Quirke P. What is the role for the circumferential margin in the modern treatment of rectal cancer? *J Clin Oncol* 2008; 26(2): 303-312.
- 22- Ng K, Ng D, Cheung H, et al. Laparoscopic resection for rectal cancers. Lessons learned from 579 cases. *Ann Surg* 2009; 249: 82-6.
- 23- Rossi G, Vaccaro C, Ojea Quintana G, et al. Cirugía colorrectal laparoscópica: Resultados a corto plazo en una serie de 300 pacientes. *Rev Argent Cirug*. 2009; 96 (3-4): 143-52
- 24- Rossi G, Vaccaro C, Ojea Quintana G, et al. Laparoscopia Colorrectal: Evaluación de 100 ca-sos consecutivos. *Rev Argent Coloproct* 2006; 17: 243-249
- 25- Rossi G. Resección Total del Mesorrecto Laparoscópica con Conservación Esfinteriana: Resultados Oncológicos Iniciales. *Rev Argent Coloproct* 2009; 20: 204-210
- 26- Rottoli M, Stocchi L, Geisler DP, Kiran RP. Laparoscopic colorectal resection for cancer: effects of conversion on long-term oncologic outcomes. *Surg Endosc*. 2012 Jul; 26 (7): 1971-6.
- 27- Salomón M, Bugallo F, Amarillo H (h), et al. Abordaje laparoscópico del cáncer de recto. *Rev Argent Cirug*. 2007; 92 (3-4): 135-45
- 28-Sauer R, Becker H, Hohenberger W, et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 351:1731-1740
- 29- Ströhlein MA, Grützner KU, Jauch KW, Heiss MM. Comparison of laparoscopic vs. open access surgery in patients with rectal cancer: a prospective analysis. *Dis Colon Rectum*. 2008 Apr; 51 (4): 385-91.
- 30- Thorpe H, Jayne DG, Guillou PJ, et al. Patient factors influencing conversion from laparoscopic to open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 2008; 95: 199-205
- 31-Torres R, Orban R, Beltrame O, Serra E. Amputación abdominoperineal asistida por laparoscopia. *Rev Argent Cirug*. 2000; 79 (3-4): 102-7
- 32- Tsang WW, Chung CC, Kwok SY, et al. Laparoscopic sphincter-preserving total mesorectal excision with colonic J-pouch reconstruction. Five-years results. *Ann Surg*. 2006; 243 (3): 353-358

## DUPLICACIÓN DE COLON CECOASCENDENTE EN UN ADULTO. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Cecum and right colon duplication in an adult. Report of a case and review of the literature*

Marcos R. Fitt, David E. Vitola, Francisco Correa

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL TEODORO SCHESTAKOW, SAN RAFAEL, MENDOZA

**Palabras clave:** colon, congénito, duplicación

**Key words:** colon, congenital, duplication

### Introducción

Si bien las duplicaciones y otras malformaciones del tubo digestivo se pueden hallar con cierta frecuencia en pacientes pediátricos, son excepcionales en adultos.

Esta comunicación reviste interés dado lo poco frecuente de la patología y más aun si se toma en cuenta que la observación se produjo en un individuo adulto.

### Caso Clínico

Hombre de 38 años que consulta por dolor abdominal de 3 meses de evolución, localizado en hemiabdomen derecho, de carácter sordo, y tumoración palpable en dicha zona. Acompañado de pérdida de peso de 10 kg en este periodo. Antecedentes de una internación, un año previo a la consulta por un fecaloma que se resolvió con tratamiento médico. Apendicectomizado a los 29 años y colecistectomizado por vía laparoscópica a los 36 años.

Los resultados de laboratorio se encuentran dentro de parámetros normales. La ecografía abdominal muestra una colección quística subhepática que desciende por el espacio parietocólico

derecho hasta la pelvis mayor, y mide 57 mm x 140 mm; visualizándose en su interior contenido sólido móvil adherido a la pared.

Se realiza tomografía computada abdominopélvica con contraste oral y endovenoso que informa el mismo hallazgo de aspecto quístico de similares dimensiones, ubicado en el mesenterio, que toma contacto con el duodeno, con una calcificación sobre su extremo inferior (Figura 1).

Se realiza colonoscopia, la cual se progresa hasta íleon, observando región nodular congestiva a nivel de la válvula ileocecal; y en recto a 20 cm del margen anal dos pólipos sésiles de 0,5cm que se extirpan endoscópicamente. La anatomía patológica de las biopsias muestra una hiperplasia folicular linfoide de la lesión nodular y pólipos hiperplásicos en recto.

Con diagnóstico presuntivo de quiste mesentérico (diagnóstico también infrecuente) se decide la laparotomía exploradora. El hallazgo fue una duplicación del colon cecoascendente adherida al extremo proximal del ciego y de su irrigación, compartiendo la capa muscular de la pared de ambas estructuras sin comunicación intraluminal entre ellas. Se realizó la resección del segmento colónico anómalo. El paciente tuvo buena evolución, siendo externado al quinto día posoperatorio. (Figura 2)

La anatomía patológica del segmento intestinal informó mucosa colónica con erosión y cambios inflamatorios inespecíficos.

### Discusión

Si bien la duplicación intestinal es una enfermedad poco frecuente, es aun más extraño que se diagnostique en el adulto, ya que la gran mayoría de los casos son detectados en la infancia, antes de los 6 ó 7 años. Entre estas malformaciones del tubo digestivo las más frecuentes son las duplicaciones quísticas de intestino delgado. La duplicación de ciego es una variedad sumamente rara.

La signosintomatología más frecuente es el dolor abdominal y la oclusión intestinal. Rara vez evoluciona como abdomen agudo. En nuestro caso se presentó como una tumoración abdominal

FIGURA 1



TAC de abdomen con contraste oral y endovenoso que muestra imagen quística retrocecal.

Recibido el 12/08/13. Aceptado el 11/09/13  
FITT Marcos René | e-mail: marcosfitt@gmail.com

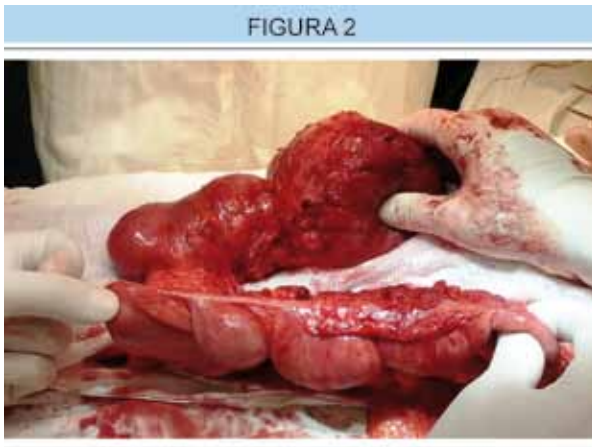


Imagen intraoperatoria que muestra el ciego normal (extremo inferior) y la duplicación (extremo superior) adheridas en su extremo proximal.

dolorosa y palpable.

El caso que se presenta tiene además la particularidad de que el paciente fue intervenido de apendicitis aguda 9 años antes de la actual consulta y al realizar la apendicetomía por una incisión de Mc Burney no se detectó la duplicación, al igual que en la colecistectomía video laparoscópica.

Se plantea el interrogante del motivo por el cual la patología no fue detectada en ninguna de las intervenciones mencionadas, ni en la ecogra-

fía abdominal que diagnosticó la litiasis vesicular; dado que esta malformación es de origen congénito y debería haber estado presente.

Creemos que esta situación podría explicarse por un aumento de volumen abrupto del segmento anómalo debido a la acumulación de líquido mucoso, lo que coincide con la forma de presentación de nuestro caso.

Según la clasificación de duplicaciones intestinales de Long y cols., nuestro caso sería tipo Ib, donde la duplicación está fuera del mesenterio y las arterias de la duplicación discurren paralelas e independientes a la vascularización intestinal presentando un meso común con el intestino. Esta clasificación es importante tenerla en cuenta para determinar la táctica quirúrgica a usar. En este paciente se realizó la resección completa.

#### Referencias Bibliográficas

- 1 - Galván Montaña A y cols. Duplicación del ciego. Informe en una paciente de 14 años. *Cir Cir* 2011; 79: 549-552.
- 2 - Ladd WE. Duplications of the alimentary tract. *South Med J* 1937; 30: 363.
- 3 - Long L, Zhang JZ, Wang YX. Vascular classification for small intestinal duplications: Experience with 80 cases. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1243-1245.
- 4 - Seguel Ramírez F y cols. Duplicación intestinal independiente. *Cir Pediatr* 2002; 15: 127-129.
- 5 - Tihomir K et al. Colonic duplication in an adult who presented with chronic constipation attributed to hypothyroidism. *World J Gastroenterol* 2008; 14(4): 644-646.

## HEMOBILIA POR TRAUMA HEPÁTICO: UNA CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

*Hemobilia secondary to hepatic trauma: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding*

Castor Samaniego MAAC, Celeste Rivarola, Diego Laconich, Jorge Flores

DE LA PRIMERA CÁTEDRA DE CLÍNICA QUIRÚRGICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL. ASUNCIÓN, PARAGUAY

**Palabras clave:** hemobilia, trauma hepático, hemorragia digestiva

**Key words:** hemobilia, liver injury, gastrointestinal bleeding

### Introducción

La hemobilia como fuente de una hemorragia digestiva alta (HDA) y manifestación tardía del trauma hepático constituye una entidad extremadamente inusual, siendo reportada en menos del 3% de los pacientes con este tipo de lesiones<sup>1</sup>. Sus manifestaciones clínicas son el cólico biliar, la ictericia y la hemorragia digestiva, y su tratamiento debe estar encaminado a detener la hemorragia y aliviar la obstrucción biliar<sup>3</sup>.

En este reporte se presenta el caso de un paciente con HDA por hemobilia, quien 9 meses antes había sufrido un traumatismo penetrante de hígado. El diagnóstico del origen de la hemorragia fue posible mediante la endoscopia digestiva; la detección y hemostasia de la rama arterial intrahepática lesionada pudo ser realizada mediante embolización selectiva de la misma.

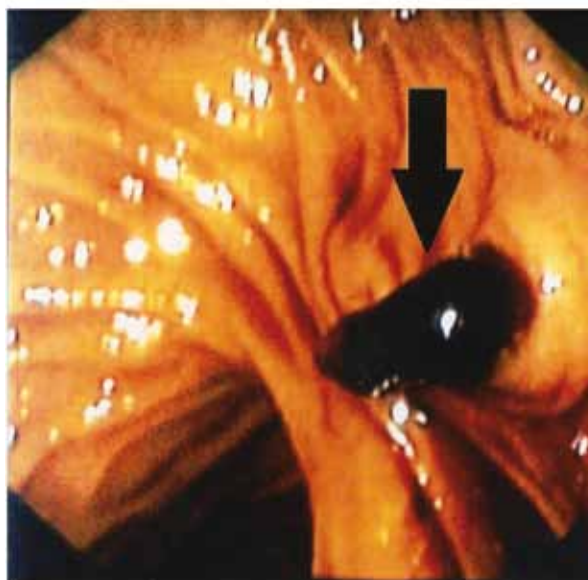
### Caso clínico

Paciente de 40 años admitido en el Servicio de Urgencias con historia de mareos, hematemesis y melena en dos oportunidades. El mismo había sido sometido a una laparotomía exploradora 9 meses antes por una herida penetrante por arma de fuego, que comprometió el hígado en forma transfixiante, en sentido antero-posterior; en esa ocasión no se comprobó sangrado activo por lo que no se realizó más que el lavado peritoneal, siendo dado de alta en buen estado.

Al ingreso presentaba palidez de piel y mucosas y una presión arterial de 90/50, hallándose los demás signos vitales estables. Una endoscopia digestiva alta (EDA) no evidenció sangrado. En el segundo día de internación presentó rectorragia, siendo sometido a una colonoscopia que no pudo determinar el sitio del sangrado. Los estudios de laboratorio comprobaron un descenso sostenido de la hemoglobina, la que a pesar de sucesivas transfusiones de sangre llegó a 4 gr/dl. En el sexto día de internación, se agregaron al cuadro dolor cólico e ictericia y su perfil hepático reveló elevación de transaminasas (GOT: 246 U/L y GPT: 196 U/L) y fosfatasa alcalina (1276 U/L),

con una bilirrubina total de 5,9 mg/dl a expensas de la directa. Una nueva EDA constató salida de sangre a través de la papila de Vater (Figura 1). Ante este cuadro, se indicó una arteriografía, en la que se constató la opacificación de una estructura irregular de cuatro milímetros de diámetro, alimentada por la rama superior de la arteria hepá-

FIGURA 1



Hemobilia constatada a través de la papila de Vater (flecha)

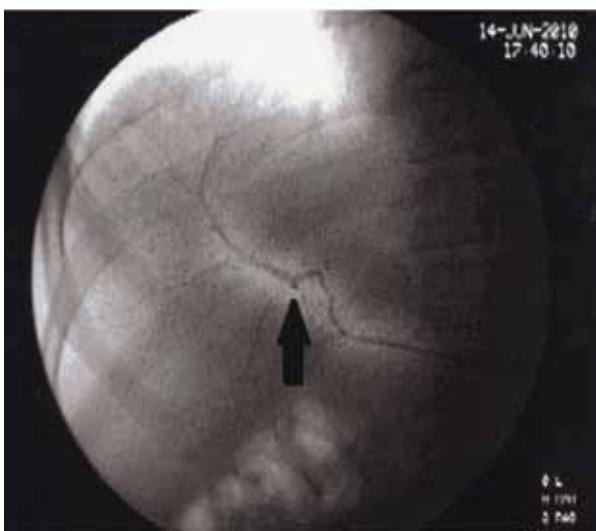
tica derecha, compatible con un pseudoaneurisma y ubicada entre los segmentos 4 y 5 (Figura 2). No se observó opacificación directa de las vías biliares, ni evidencias de fístula A-V. Se procedió a embolizar la rama superior de la hepática derecha con Gelfoam. Las últimas placas demostraron una oclusión completa de esta rama arterial (Figura 3). No se constató hemorragia digestiva posterior a este procedimiento.

A pesar de haberse cohibido la hemorragia, el paciente continuaba con dolor cólico y cifras de bilirrubina total en ascenso (8,7 mg/dl), a expensas de la directa. Una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) demostró un de-

Recibido el 11/05/13. Aceptado el 18/11/13.

Correspondencias: Dr. Castor Samaniego. Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas. FCM – UNA. Av. Dr. Montero 658. Asunción – Paraguay. E-mail: castor.samaniego2@hotmail.com

FIGURA 2



Pseudoaneurisma a nivel de la rama superior de la arteria hepática derecha (flecha)

FIGURA 3



Oclusión completa por embolización de la rama superior de la arteria hepática derecha

fecto total de relleno de la vía biliar principal (VBP). Se procedió a introducir una canastilla de Dormia, extrayéndose coágulos. La evolución posterior fue buena, normalizándose todos los parámetros laboratoriales. El paciente fue dado de alta en buenas condiciones.

### Discusión

La hemobilia como resultado de un traumatismo hepático penetrante o romo, o bien a consecuencia de procedimientos hepáticos percutáneos, constituye una entidad cuya gravedad se

encuentra directamente relacionada a la magnitud del sangrado. La injuria debido a la lesión de conductos biliares y vasos sanguíneos da lugar a la formación de una cavidad constituida por sangre y bilis, que luego de un proceso de autólisis drena hacia las vías biliares en un período de tiempo que varía entre 1 día y cuatro meses<sup>1,4,5</sup>. Este fenómeno explicaría la aparición tardía de la hemobilia luego de un traumatismo hepático. Otra causa de presentación tardía, como en el caso del paciente reportado en este trabajo, sería el daño a una rama arterial intrahepática, dando lugar a la formación de un pseudoaneurisma que, por erosión gradual sobre la pared de un conducto biliar, originó una comunicación con su luz y el sangrado subsecuente a través de la vía biliar principal.

El sangrado gastrointestinal ocasionado por una hemobilia se caracteriza por ser intermitente y dependiente de las variaciones de la presión arterial del paciente, particularmente en caso de comunicación entre un vaso arterial y un conducto biliar, debido al elevado gradiente de presión existente entre ambos<sup>2</sup>. Además, el volumen y la rapidez del sangrado condicionan la aparición de otros signos y síntomas clásicos de una hemobilia, como el cólico biliar y la ictericia. Estas características dificultaron la localización del sitio de la hemorragia en el caso aquí reportado; luego de una primera EDA y una colonoscopia y a pesar de las medidas de reanimación instituidas, se asistió a un desmejoramiento de la condición clínica del paciente. En todo caso, una vez determinada la presencia del sangrado activo o coágulos que se escurren por la papila de Vater, como ocurrió en la segunda EDA, se deberá pensar siempre en hemobilia.

Una vez establecido el diagnóstico, el objetivo del tratamiento está orientado a detener la hemorragia y restablecer el flujo normal de bilis en caso de obstrucción por coágulos de la VBP. Las alternativas terapéuticas se encuentran directamente relacionadas con el estado hemodinámico del paciente y con la observación, la cirugía abierta y la angiografía con embolización del vaso sangrante<sup>2,4</sup>. En el caso particular de nuestro paciente, se consideró inadecuada la expectación o la laparotomía debido a la urgencia por la precaria condición hemodinámica y por la dificultad de determinar en el acto operatorio la ubicación del vaso sangrante, además de las dificultades que ocasionarían las adherencias de la cirugía anterior en caso de una reparación abierta. Se optó por la angiografía, mediante la cual pudo determinarse con exactitud la estructura anatómica sangrante, que fue embolizada, remitiendo la hemorragia. El segundo objetivo del tratamiento de una hemobilia, mencionado más arriba, relacionado con la desobstrucción de la VBP pudo ser llevado a cabo de manera exitosa en nuestro paciente mediante una CEPRE.

En conclusión, en presencia de una HDA con antecedente de traumatismo hepático, se deberá considerar la posibilidad de una hemobilia. La mejor alternativa diagnóstica y terapéutica es en la actualidad la angio-embolización.

#### Referencias Bibliográficas

1. Forlee MV, Krige JE, Welman CJ, Beningfield SJ: Haemobilia after penetrating and blunt liver injury: treatment with selective hepatic artery embolisation. *Injury* 2004; 35: 23 - 8.
  2. Kaplan U, Hatoum O, Chulsky A, Menzal H, Kopelman D: Two weeks delayed bleeding in blunt liver injury: case report and review of the literature. *World J Emerg Surg* 2011; 6: 14 - 17.
  3. Lockwood T, Schorn L, Coln D: Nonoperative management of hemobilia. *Ann Surg* 1977; 185: 335 - 340.
  4. Merrell S, Schneider P: Hemobilia - evolution of current diagnosis and treatment: *West J Med* 1991; 155: 621 - 625.
  5. Muñoz C, Fernández M, Brahm J: Hemobilia traumática: caso clínico y revisión de la literatura médica. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31: 79 - 81.
-

## ULTRASONIDO EN COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS. IDENTIFICACIÓN DE GASOMAS

*Use of ultrasound in post-surgery complications. Identification of gossypiboma*

Diego S. de Jesús Castro \*

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENÓN SANTILLÁN Y CENTRO ECOGRÁFICO, TUCUMÁN, ARGENTINA

**Palabras clave:** gasoma, ultrasonido, complicaciones quirúrgicas

**Key words:** gossypiboma, ultrasound, surgical complications

### Introducción

Las gasas (gasomas) son el tipo más frecuente de oblitio. Se define al oblitio como todo cuerpo extraño olvidado durante una intervención quirúrgica o procedimiento invasivo, sin efecto terapéutico<sup>1</sup>. En Argentina, Roque Masciotra utilizó el término por primera vez en el trabajo "Cuerpo extraño en vejiga"<sup>2</sup>. En inglés, recibe el nombre de *gossypiboma*, ("gossypium": cotton o algodón en latín) y "boma", término swahili que significa "place of concealment o lugar de ocultamiento".

La sintomatología del gasoma es inespecífica y puede manifestarse años después del acto quirúrgico. Las manifestaciones dependen de: ubicación, tamaño de la gasa y reacción inflamatoria. Ocurren 2 tipos de reacciones a cuerpos extraños: una con una respuesta fibrinosa aséptica, con adhesiones y encapsulación, (Granuloma de cuerpo extraño); la otra, termina en la formación de un absceso<sup>3</sup>. Los síndromes posibles de encontrar pueden ser: Cuadro inflamatorio agudo; Cuadro fistuloso, Cuadro obstructivo; Tumor o Masa palpable; Silencioso o Asintomático, lo cual constituye un hallazgo. Los diagnósticos diferenciales de gasoma incluyen: fecaloma, hematoma, abscesos, granulomas infecciosos calcificados y tumores.

### Caso clínico N°1

Mujer de 26 años que consultó en la guardia del Hospital por dolor difuso abdominal, discreto a la compresión, en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, sin dolor a la descompresión. No presentaba fiebre ni mal estado general. Presentó una cicatriz infraumbilical, mediana, con escasa supuración, con antecedente de apendicectomía de 30 días de evolución. Se realizó una ecografía abdominal. Al evaluar fosa ilíaca derecha se observó imagen hiperecogénica de contorno irregular, de forma semilunar, con marcada sombra posterior, de 8 cm aproximadamente de longitud (Figura 1 y 2) levemente dolorosa en la exploración. Medial a esta imagen, presentó otra formación hipoecoica, de aspecto líquido, pseudo-ovoide, extendida a fon-



Fig. N° 1 y 2. A la izquierda se observa imagen curvilínea, semilunar ecogénica anterior con sombra acústica posterior (Gasoma tipo I). Nótese la comparación con cresta iliaca, de menor ecogenicidad. A la derecha, se observa trayecto fistuloso, conectando con colección abscedada (COL). Obsérvese las relaciones con vejiga (VE) y el gasoma (LES).

Recibido el 12 de agosto de 2013. Aceptado el 11 de septiembre de 2013

\*Medico Ecografista Hospital Centro de Salud Zenón Santillán y Centro Ecográfico La Rioja 584. Docente del Instituto de Bioelectrónica de la Facultad de Medicina de la U.N.T.

E-mail de contacto: diegosebastiancastro@gmail.com

do de Douglas, con múltiples ecos internos, que excursionaba en sentido anterior, labrando un trayecto fistuloso hacia pared anterior de abdomen, y que midió 8,6 x 4,6 cm aproximadamente lo que correspondió a gasoma tipo 1 con absceso abdominal perilesional con fistula cutánea.

### Caso clínico Nº 2

Mujer de 35 años, consulta en consultorio



Figura 3 y 4: Gasoma de tipo II: formación quística con contenido heterogéneo, con marcada sombra posterior.

privado de ecografía, por dolor abdominal difuso en epigastrio y región umbilical de aproximadamente 90 días de evolución. Presentó una cicatriz mediana infraumbilical, sin modificaciones en el aspecto macroscópico. Refería una cesárea previa con complicaciones. Una ecografía abdominal demostraba una formación de aspecto quístico complejo, contenido heterogéneo con líquido denso y una estructura hiperecogénica, de aspecto sólido, de trayecto serpinginoso, compatible con gasoma de tipo II. (Figura 3 y 4).

### Discusión

Los hallazgos se dividen ecográficamente en 2 tipos. El tipo I consiste en una imagen curvilínea, en semiluna ecogénica anterior con intensa sombra acústica posterior; el tipo II, en una masa predominantemente quística con imágenes ecogénicas internas ondulantes o anguladas y con sombra acústica definida. Ambos tipos presentan sombra acústica posterior, siendo una característica de la entidad y su relación con el antecedente quirúrgico<sup>3, 4, 5</sup>.

El ultrasonido constituye un método inocuo, accesible, dinámico, sensible y específico, y persigue el único fin de facilitar el diagnóstico precoz, y ante todo, emplearlo si subyace la duda diagnóstica y/o en el proceso postoperatorio. Por ello debemos optimizar la interrelación entre los servicios, reduciendo al mínimo los efectos colaterales propios de una cirugía, disminuyendo la morbimortalidad del paciente, y favoreciendo la discusión científica y profesional en pos de una mejora en la atención.

### Referencias Bibliográficas

- 1 - Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésimo Segunda Edición. Ed. Espasa Calpe. S.A. 2001 Pag 1602
- 2 - Masciotra. R. Cuerpo extraño en vejiga. Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires 1941; 10:476.
- 3 - Setien, M.; García Saraví, P.; Vivas, P.; Mariano, J. "Gasomas: su diagnóstico ecográfico". Revista Argentina de Radiología 2007, Vol. 71; Nº 3, págs. 439-446.
- 4 - Manish J, Rajeev J, Sukhpal S. Gossypiboma: Ultrasound Guided Removal. J Clin Ultra-sound 23:321-323, June 1995.
- 5 - Lu YY, Cheung YC, Ko SFat, Ng SH. Calcified reticulate rind sign: A characteristic feature of gossypiboma on computed tomography. World Journal of Gastroenterology 2005; 11 (31): 4927- 4929.

## 84º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA DISCURSO DEL SR. PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

Norberto A. Mezzadri

Autoridades presentes, estimados colegas, señoras, señores, amigos

Difícil es en esta Argentina de lo efímero y superfluo, hallar instituciones que perduren en el tiempo desarrollando una tarea relevante y eficiente, tal cual lo demuestra la Asociación Argentina de Cirugía (AAC) en sus años de existencia. Este ha sido el resultado de la tarea intensa y desinteresada de los cirujanos argentinos que con esfuerzo, sacrificio y renunciamiento, a lo largo de los años han formado parte de ella. No hay más que recorrer la tarea desarrollada anualmente y año tras año para objetivar la trascendencia de su trabajo.

La Asociación Argentina de Cirugía es el producto de cirujanos visionarios que imbuidos de espíritu de progreso y superación extrapolaron modelos organizativos del Viejo Continente y América del Norte a nuestro país.

Desde el inicio mismo de la práctica quirúrgica en épocas remotas, cuando no era una ciencia, a la actualidad, los cirujanos al igual que en otras disciplinas médicas, buscaron organizarse con diferentes propósitos. Tal vez el primer paso en esta organización fue dado por el Rey Jaime IV de Escocia, que incorpora a la legislación, a los "cirujanos barberos" de Edimburgo, y fue el embrión del Royal College of Edimburgh, catalogada como la sociedad quirúrgica más antigua del Reino Británico.

A lo largo de los años en los diferentes países, se han creado numerosas instituciones, algunas prosperando hasta la actualidad, y otras declinando y/o desapareciendo. Muchas de ellas nacieron con fines estrictamente académicos, y que a lo largo de su evolución, incorporaron otros fines no ajenos al quehacer quirúrgico. Los modelos de organización nacieron y se desarrollaron en Europa, y luego se extendieron a otras partes del mundo, fundamentalmente América y principalmente América del Norte.

A partir de las primeras décadas del siglo XIX, la cirugía, como rama de la medicina experimenta un rápido progreso. Los primeros objetivos de las organizaciones fueron la comunicación entre sus miembros, dificultadas en ese momento por el carácter rural de los países, y la educación de ellos. Estos objetivos iniciales se han ampliado a lo largo de los años, para incluir actividades del pregrado, postgrado, y colaboración con otros profesionales de la salud, a fomentar la tarea de investigación. Más recientemente sus incumbencias se han extendido al dictado de normas sobre estándares

educativos, como por ejemplo las residencias médicas, la certificación y recertificación profesional, el asesoramiento de dependencias estatales que dictan normas que tienen relación con la práctica quirúrgica, a la actividad gremial, defendiendo los intereses de sus miembros en cuanto a sus condiciones de vida laboral y a elaborar normas y estándares de calidad, para la práctica quirúrgica, con el fin de mejorar la calidad de las prestaciones médicas, en beneficio de cuidado del paciente como es el caso del American College of Surgeons.

Por último hay un objetivo no menor que es el de fomentar las relaciones de camaradería entre sus miembros, a través de los distintos eventos organizados y permitir el intercambio con figuras relevantes locales o extranjeras.

No hay duda que el desarrollo de estas organizaciones es un proceso dinámico que va evolucionando con el correr de los tiempos adaptándose a las nuevas realidades.

Cuál es la situación de nuestra Asociación. La AAC en todas las actividades que hacen a una organización moderna en beneficio de sus asociados, de la actividad quirúrgica y consecuentemente de los pacientes.

Desarrolla actividades de alta exposición y claramente reconocidas por la comunidad quirúrgica, relacionadas fundamentalmente con la educación médica continuada. Cursos, simposios, ateneos, jornadas, congresos. La incorporación de lo que hoy se conoce como tecnologías de la información y la comunicación han dinamizado y ampliado los alcances de todas estas actividades.

A lo largo de su prolongada historia la AAC ha ido ampliando el horizonte de sus incumbencias, desde lo estrictamente académico, origen y razón de su nacimiento, para incluir otras actividades que hacen al quehacer quirúrgico tal cual versa en el artículo primero de los estatutos de la Institución, modificados en el año 1990, "*promover la excelencia del ejercicio profesional y asegurar para los cirujanos condiciones que den a su trabajo, la dignidad, protección y apoyo que corresponde al servicio social que prestan*".

En este sentido hay que destacar la encomiable labor del Comité Colegio, en su tarea de certificación y contralor profesional; el Comité de Asuntos Legales y Laborales, de apoyo, defensa y mediación, en todo lo atinente a los conflictos laborales o de la relación médico-paciente; la Comisión de Residencias ascendida luego de la última reforma estatutaria a la categoría de Comité, por

\* 04 de noviembre de 2013 - Ceremonia Inaugural

la relevancia de sus funciones. Esta comisión de estrechas relaciones institucionales con el Ministerio de Salud es el órgano oficial de acreditación de las residencias medico-quirúrgicas, El Comité de Asuntos Institucionales y Regionales, entre otros objetivos, tiene el de lograr los objetivos plasmados en el Acta de Compromiso firmada en 2011 durante el **82° Congreso Argentino de Cirugía**, tendiente a *“establecer formales vínculos entre sociedades quirúrgicas, con objetivos comunes, que promuevan acciones destinadas a favorecer el progreso de la cirugía, la excelencia del ejercicio profesional, buscando asegurar para los cirujanos condiciones que den a su trabajo la dignidad, protección y apoyo que corresponde”*. Esta tarea requiere de una Asociación fuerte y representativa, con espíritu federal, que nuclea la mayoría de cirujanos argentinos. A tal fin, durante el presente año culminó una tarea comenzada en ejercicios anteriores, con una modificación de Estatutos, que entre otras cosas propende a estos fines.

No menor es la tarea de los restantes comités y comisiones, que en honor al tiempo no he mencionado, todos merecedores de nuestro reconocimiento.

La Asociación tiene un arduo camino que recorrer, y para ello requiere de la participación de todos. Sin embargo, algunas veces recibimos la pregunta sobre qué nos brinda la AAC. Mi respuesta es que la primera razón es la de pertenecer. Ser miembro es un sello de calidad que todos los MAAC, como esta camada de nuevos integrantes que hoy jura, deben llevar con orgullo y distinción. A ellos están dedicadas nuestras acciones y ellos tendrán que hacerse cargo de nuestras responsabilidades el día de mañana. Luego existen todas las demás razones que sucintamente se han enumerado.

Este es uno de mis últimos actos como Presidente de la Asociación y no quiero dejar de agradecer y destacar el esfuerzo, dedicación y responsabilidad de todo el personal de la Institución, representado en la persona del Director Dr. Martín Mihura y de la señora María Inés Boquete. No menor mi reconocimiento a los miembros de la Comisión Directiva, por su colaboración y apoyo incondicional, y a los integrantes de los distintos Comités y Comisiones por su tarea cotidiana. Para todos ellos pido un aplauso.

En esta semana y como viene ocurriendo desde hace 84 años tiene lugar el evento de educación médica continuada más prestigioso y relevante de la Asociación, el **84° Congreso Argentino de Cirugía**, que como es ya habitual se realiza en conjunto con el **38° Congreso Argentino de Coloproctología**, el **57° Congreso Argentino de Cirugía Torácica**, las **40° Jornadas Argentinas de Angiología**, las **14° Jornadas Nacionales de Médicos Residentes de Cirugía General**, las **22° Jornadas Nacionales de Instrumentación Quirúrgica** y en esta ocasión con el **XX Congreso de la Federación Latinoamericana**

*de Cirugía*.

El Congreso representa una puesta en escena de la cirugía argentina, al cual concurren cirujanos nacionales y de otros países, junto a invitados nacionales y de los principales centros académicos del mundo. Año tras año desde su primera edición, ha ido creciendo en importancia y trascendencia, siendo actualmente la reunión académica más importante de la cirugía argentina, y también me animaría decir de Latinoamérica.

Preside las **22° Jornadas Nacionales de Instrumentación Quirúrgica** la Srta. Lic. Paola S. Fredes.

Preside las **14° Jornadas Nacionales de Médicos Residentes de Cirugía General**, la Dra. Victoria Santa María, residente del Instituto de investigaciones médicas “Alfredo Lanari”.

Preside las **40° Jornadas Argentinas de Angiología**, el Dr. Víctor H. Lamelza.

Preside el **57° Congreso Argentino de Cirugía Torácica**, el Dr. Jorge A. Reilly.

Preside el **38° Congreso Argentino de Coloproctología**, el Dr. Guillermo O. Rosato.

El Dr. Pedro A. Ferraina preside el **XX Congreso de la Federación Latinoamericana de Cirugía**.

Si bien es ociosa la presentación de Pedro no por eso dejaré de recordar ciertos aspectos de su vida. Pedro a pesar de lo que muchos pueden suponer nació en Catanzaro, Italia, en 1947, llegando a nuestro país a los 2 años de edad, junto a sus padres, Domingo Ferraina y Victoria Nobile estableciéndose en la Ciudad de Buenos Aires donde transcurrió su infancia y juventud. Egresó como médico de la Universidad de Buenos Aires en 1968 y realizó su formación quirúrgica como Residente y Jefe de Residentes en el Hospital Fernández de nuestra ciudad. Sus primeros años de postresidencia transcurren en este hospital bajo la tutela del Dr. Jorge A. Ferreira, Jefe del Servicio de Cirugía. Posteriormente su derrotero médico lo lleva a incorporarse al Instituto de Perfeccionamiento Clínico-Quirúrgico del Hospital Durand, dirigido por el Prof. Titular Clemente Mores. En 1980 la 4ta. Cátedra de Cirugía y el Instituto dejan el Hospital Durand, trasladándose al Hospital de Clínicas. En este momento de su carrera, su foco asistencial estaba puesto en la cirugía gastroenterológica, especialidad en la cual se destacó. Fue Jefe de la División Cirugía Gastroenterológica y luego Jefe del Departamento quirúrgico, cargo que desempeña en la actualidad. Paralelamente desarrolló una intensa vida docente y académica: Profesor Adjunto de Cirugía y luego en 1998, Profesor Titular de Cirugía de la Universidad de Buenos Aires, Relator del Congreso Argentino de Cirugía, Presidente del 76° Congreso Argentino de Cirugía, Presidente de nuestra Asociación y Presidente de la Academia Argentina de Cirugía en 2012, para citar las más importantes y, autor de numerosos trabajos, colaborador en libros de la especialidad y coautor en cuatro. Es Fellow del

American College of Surgeons y Miembro Honorario de la Sociedad Italiana y de la Sociedad Romana de Cirugía y Profesor de Cirugía de la Universidad Tor Vergata de Roma, de las Sociedades de Cirugía Chilena, Brasileña, Paraguaya, Boliviana, Ecuatoriana y Peruana.

Paralelamente a su intensa actividad médica concretó otras no menos importantes. Pedro se casó con Wanda María Voncella. Tuvieron dos hijos, Adriana y Darío, ambos médicos y actualmente un nieto. También matiza su actividad profesional con actividades deportivas. Hace muchos años, tenis, deporte que luego abandonó, según dice él por un codo de tenista, según otros luego de perder este partido 6/0, 6/0, 6/0, con Sir Roy Calne, 20 años mayor que él. Actualmente juega al golf. Sus amigos dicen que acompaña. Pero sí es de destacar su gusto por la música, sobre todo la lírica. Pedro es además un exquisito pianista, habiéndonos deleitado en más de una reunión académica con sus dotes.

Pedro ha tenido una intensa labor profesional y humanística, basada en una sólida formación asistencial y académica. Es un modelo de desarrollo profesional a imitar por las actuales generaciones.

El Dr. Ricardo Torres preside el *84° Congreso Argentino de Cirugía*.

Ricardo.....

El Dr. Ricardo Alberto Torres, nació el 6 de agosto de 1951 en Villa Ángela, Chaco.

Se recibió de médico cirujano con Diploma de Honor en la Facultad de Medicina de la UNNE en 1975.

Realizó la residencia en Cirugía General en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires. En 1979 fue Jefe de Residentes de Cirugía en el mismo Hospital.

En 1978 se casó con Ada Husulak, con la que sigue casado desde hace 35 años, porque ella no lo abandonó.

Tuvieron 2 hijos, Ariel, actualmente de 33 años, contador público, empresario y Adrián, de 27 años, biólogo con doctorado en Cambridge y actualmente trabajando en Barcelona.

Tiene 2 nietos Bautista y Patricio

En 1980 ganó la beca del Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD), en el Hospital Grosshadern de Munich, sub-especializándose en Cirugía Digestiva y realizando al mismo tiempo investigación en Cirugía Experimental.

A su regreso en 1982, se incorporó al Servicio de Cirugía del Hospital Escuela José F. de San Martín con el cargo de Instructor de Residentes y a la Cátedra IV de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNNE en calidad de Jefe de Trabajos Prácticos. En 1984 fue designado Organizador del Servicio de Cirugía Experimental del Hospital Escuela de Corrientes, tarea que fue concretada ese mismo año.

Desde el 2° año de su Carrera como estudiante de Medicina estuvo ligado a la docencia

universitaria, siendo Ayudante de Cátedra. Desde 1982 fue Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Cirugía IV de la UNNE. En 1991 Profesor Adjunto por concurso y desde febrero de 1998 Profesor Titular por concurso de la Cátedra VI de Cirugía.

Fue secretario del Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina, Miembro Titular del Departamento de Educación Médica y Miembro de varias Comisiones Examinadoras para el Concurso de Residencias Médicas del Nordeste y para la obtención del Título de Especialista en Cirugía General. Ha formado parte de numerosas comisiones de trabajo de la Facultad de Medicina, entre ellas la Comisión de Expertos para el cambio Curricular y la Comisión de Seguimiento y Evaluación de los Planes de Estudio de la Facultad de Medicina. Actualmente integra la Secretaría de Ciencia y Tecnología y es Consejero titular.

En 1982 fue incorporado como Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía (MAAC). Desde entonces posee el título de Especialista en Cirugía General. En 1986, auspiciado por la UNNE, trabajó dos meses en el Hospital Mount Sinai de Nueva York, en el tema Cirugía Gastroenterológica. En 1988, por sus trabajos de investigación sobre colostomías continentales, ganó el premio del Colegio Norteamericano de Cirujanos como uno de los siete cirujanos jóvenes destacados por su labor científica. El American College of Surgeons lo becó para realizar el International Guest Scholarship sobre estudios de cáncer de aparato digestivo, en cinco hospitales universitarios de los EE.UU.: Mayo Clinic, Massachusetts General Hospital, Lahey Clinic, New England Deaconess y Johns Hopkins.

En 1992, becado nuevamente por el Servicio Alemán de Intercambio Académico, trabajó durante tres meses en el Hospital Universitario de Augsburgo en el desarrollo de técnicas en Cirugía Laparoscópica.

En 1993 fue designado Miembro Nacional Correspondiente de la Academia Argentina de Cirugía.

Es miembro de varias sociedades científicas donde ocupó diversos cargos, habiendo sido Presidente de la Sociedad de Gastroenterología de Corrientes y Presidente de la Asociación de Cirugía de Corrientes.

Es Miembro Fundador de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Laparoscópica, Fellow del American College of Surgeons, Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad Peruana de Coloproctología, Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad Paraguaya de Coloproctología, Miembro de la Society for Surgery of the Alimentary Tract, Miembro de la Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons, Miembro de la European Association for Endoscopic Surgery, Miembro de la Asociación Latinoamérica de Cirugía Endoscópica, Presidente del Comité de Cirugía Videoendoscópica y mininvasiva de la Asociación

Argentina de Cirugía, representante en el nordeste de la Revista Argentina de Cirugía y Delegado Regional del Capítulo Argentino del American College of Surgeons.

Desde 1995 se desempeñó como Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Escuela José F. de San Martín, que incluye la formación de Médicos Residentes en Cirugía General y 2 Fellows extranjeros en cirugía laparoscópica. Actualmente es Jefe de Servicio y del Departamento de Cirugía de dicho Hospital desde el 2002 hasta la fecha.

En su actividad docente de pre y postgrado dirigió 78 Cursos y Jornadas y fue Secretario o Coordinador de otras 8. Ha sido relator de 89 conferencias en Argentina, Brasil, Paraguay, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, Panamá, Costa Rica, Ecuador, EE. UU., España y Alemania.

Participó en numerosos congresos médicos nacionales y extranjeros, habiendo presentado trabajos, videos, integrado Mesas Redondas, Coloquios, Comentario de Temas Libres y Cursos.

Es autor de 87 trabajos científicos, 56 publicados en revistas nacionales y 9 en revistas extranjeras.

Es coautor de cuatro libros de la especialidad.

Ha ganado doce Premios Nacionales y tres Internacionales por trabajos de investigación.

Es Profesor Titular por Concurso de la Cátedra VI de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNNE con asiento en el Hospital Escuela "José

F. de San Martín", Director del Curso Universitario de Postgrado en Cirugía Laparoscópica y Director del Centro de Entrenamiento e Investigación en Cirugía Laparoscópica y Mini Invasiva de la Facultad de Medicina de la UNNE. Recientemente fue designado Director del Centro de Entrenamiento en Cirugía Laparoscópica de la Facultad de Medicina de la UNNE con asiento en San José de Costa Rica.

Cargos actuales:

- Profesor Titular de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste
- Director del Centro de Entrenamiento e Investigación en cirugía Laparoscópica y Mini Invasiva de de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste en Corrientes y en Costa Rica
- Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Escuela "José F. de San Martín".
- Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Escuela "José F. de San Martín".
- Director de los Cursos de Cirugía Laparoscópica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste
- Miembro de la Academia Argentina de Cirugía

Muchas gracias.

## DISCURSO DEL SR. PRESIDENTE DEL 84° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

Ricardo A. Torres

Autoridades y ex Presidentes de la Asociación Argentina de Cirugía, representantes de asociaciones latinoamericanas de cirugía, autoridades de la Universidad Nacional del Nordeste, nuevos miembros de la Asociación Argentina de Cirugía, colegas, amigos, señoras y señores:

Resulta difícil dirigirme a Uds., sobreponiéndome a la emoción de ocupar este sitio, para mí, el más honorífico al que puede pretender un cirujano argentino. Difícil también luego de haber escuchado la presentación del Dr. Norberto Mezzadri, quien fuera mi Jefe de Residentes y a quien me une una gran amistad, causante en gran parte, de los elogios que me ha brindado.

Hace 2 años, mis pares en asamblea, me eligieron como Presidente del 84° Congreso Argentino de Cirugía. Este cargo representa la gran responsabilidad de mantener el prestigio internacional que mis predecesores lograron dar a este evento. Hoy, llegado el momento de la apertura, lo primero que deseo hacer es agradecer a todos aquellos que contribuyeron en mi formación profesional y humana.

En primer lugar, al Dr. Oscar Pirchi quien fuera mi profesor de Cirugía durante los últimos 3 años de mi carrera en la Facultad de Medicina de la UNNE, en Corrientes. Fue un docente apasionado, con una dedicación a la enseñanza sin límites y con tanta capacidad pedagógica, que producía en sus alumnos una atracción hacia la cirugía. Sin duda, fue él uno de los responsables de que me decidiera por esta especialidad.

El Dr. Pirchi fue también quien me abrió los brazos cuando, 6 años después, al terminar mi entrenamiento formal, volví a Corrientes a instalarme profesionalmente, demostrando una generosidad excepcional. Hoy, su hijo Daniel es un reconocido cirujano, miembro activo de nuestra Asociación, y estoy seguro que sigue el ejemplo de su padre.

Al recibirme de médico, me presenté a rendir los concursos de Residencias en Cirugía en Buenos Aires, ciudad que prácticamente desconocía, y tuve la enorme fortuna de elegir, entre los lugares ganados, la Residencia de la Primera Catedra de Cirugía de la UBA en el Hospital de Clínicas. Mi formación como Residente y, posteriormente como Jefe de Residentes, me marcó para toda la vida. Allí encontré disciplina, rigor científico, excelencia en la práctica quirúrgica, responsabilidad, espíritu de superación y un grupo humano conformado por

los médicos de planta que llevaré siempre en mi corazón.

Esta Residencia además, me permitió conocer a las 2 personas que mayor influencia tuvieron en mi vida profesional: al Dr. Andrés Santas y al Dr. Vicente Gutiérrez.

El Dr. Andrés Santas fue mi Maestro, cada cosa que nos decía eran una enseñanza de vida. Su sola presencia durante gran parte de todos los días, era un ejemplo a seguir. De él aprendí que "investigación, docencia y asistencia" debían estar siempre presentes en un Servicio de Cirugía Académico, aprendí que la clínica quirúrgica era tan importante como la técnica quirúrgica, aprendí que rodearse de los mejores era la mejor manera de crecer, y aprendí, entre muchas otras cosas, que formar discípulos era como engendrar hijos que nos llenarían de orgullo el día de mañana.

El Dr. Vicente Gutiérrez fue y sigue siendo mi mentor, con todo lo que esta palabra significa. Con él publiqué mi primer trabajo científico en la Revista Argentina de Cirugía, me enseñó cómo se escribe y se hace un trabajo científico. Él guió mis pasos durante toda mi carrera, fue quien me abrió las puertas para mi desarrollo profesional tanto a nivel nacional como internacional, fue la persona a quien recurrí cada vez que un problema me agobiaba no importando la distancia entre Corrientes y Buenos Aires. Además, fue a quien hice participe en primer término de cada uno de mis logros. Sus consejos siempre me marcaron el rumbo a seguir y eso, tiene un valor incalculable. Gracias Vicente por ser mi mentor. No te imaginas todo lo que te debo. También en la Residencia de Clínicas conocí al Dr. Florentino Sanguinetti, quien me aconsejó realizar una beca en Alemania al finalizar mi jefatura de residente. Parecía misión imposible, sobre todo por el idioma. Sin embargo ganamos sendas becas con mi esposa, ella en ginecología y yo en cirugía digestiva, y nos fuimos a Múnich con un hijo de un año. La experiencia vivida en esos 18 meses que duro nuestras becas fue extraordinaria. Allí conocí los adelantos científicos más importantes de esa época, conocí la tecnología que aún no existía en Argentina, conocí una manera muy intensa y eficaz de trabajar, me inicié en la cirugía experimental y, sobre todas las cosas, conocí un pueblo maravilloso que me acogió con muchísimo afecto y sin ninguna discriminación. Gracias Buby por tu consejo en el momento justo.

Durante esta primera estadía en Alemania

\* 04 de noviembre de 2013 - Ceremonia Inaugural

mi jefe directo fue el Dr. Jens Witte con el que aprendí muchísimo y entablé una profunda amistad. Diez años más tarde, a principios de 1992, volví con Jens, nuevamente becado por el Servicio Alemán de Intercambio Académico a aprender lo que posteriormente revolucionaría al mundo: la cirugía laparoscópica, y una vez más, ese paso fue fundamental en mi desarrollo profesional. Lamentablemente el Dr. Witte falleció estando en la cúspide de su carrera. Regresé a Corrientes atraído por el magnetismo de la Facultad de Medicina en la que me había recibido, y fue sin duda la decisión acertada. Hoy está con nosotros su Decano, el Dr. Samuel Bluvstein, quien es testigo de todo lo que la Facultad me brindó para mi desarrollo docente. Allí comencé como Jefe de Trabajos Prácticos y hoy, soy Profesor Titular de Cirugía, Docente Investigador, Director del Centro de Entrenamiento en Cirugía Laparoscópica y miembro del Consejo Directivo. Gracias Mili por tu apoyo en todos estos años en los que fuiste y sos la cabeza de la Institución.

También a mi regreso, comencé mi carrera hospitalaria en el Hospital Escuela "José de San Martín" donde me incorpore como Instructor de una residencia de cirugía que recién nacía. Con el tiempo fui Jefe del Servicio y actualmente, del Departamento de Cirugía. No tengo palabras para agradecer al grupo de colaboradores que conforman hoy los médicos de planta, casi todos ellos son ex residentes nuestros. Sin su apoyo hubiera sido imposible alcanzar las metas propuestas, ni sentirme orgulloso de la calidad científica, asistencial y docente que hemos logrado en Corrientes. Gracias a todos los Residentes que con su juventud, su dedicación al trabajo y su espíritu inquieto son el motor que impulsa a todo el Servicio.

Un agradecimiento especial a mi amigo, mi socio, mi co-equiper desde hace más de 30 años. El me acompañó en todos los proyectos, con él pasamos momentos difíciles y también grandes logros, y aunque somos totalmente diferentes en carácter, nos hemos complementado y desarrollado juntos. Me estoy refiriendo al Dr. Raúl Orban, Prof. Titular de Cirugía de la UNNE y actual Jefe del Servicio de Cirugía de nuestro hospital. ¡Y cómo les dije, somos totalmente diferentes! Gracias Ruli por aguantarme tanto tiempo o, de nada, por aguantarte tanto tiempo.

Cuando en 1988 fui seleccionado como Internacional Guest Scholar del American College of Surgeons, me recibió en Chicago un joven argentino, que nos guió en el proceso protocolar durante el Congreso. Posteriormente me abrió las puertas de su casa y seguimos teniendo una estrecha relación. Ese argentino fue el Dr. Carlos Pellegrini, hoy Presidente del American College of Surgeons. Gracias Carlos por el ejemplo que representas para los cirujanos latinoamericanos.

El Congreso que nos aprestamos a disfrutar es producto del esfuerzo de mucha gente, que

aportó sus ideas, su experiencia y sobre todas las cosas, un espíritu de equipo asombroso.

Agradezco en primer lugar al Comité Congreso, que infatigablemente trabajó en cada uno de los aspectos de la organización poniendo lo mejor de cada uno de sus integrantes.

- Al Dr. Pedro Ferraina con el que estuvimos de acuerdo desde el primer día en que el 84° Congreso de Cirugía y el XX Congreso de FELAC fueran uno solo, y fusionáramos los Comités organizadores. Ambos trabajamos potenciando ideas en una forma en que solo los amigos lo pueden hacer.

- Al Dr. Juan Pekolj, a quien me une una amistad que trasciende lo profesional y que en su rol de Vicepresidente fue un colaborador excepcional e ideólogo de muchas de las novedades que verán en este congreso.

- Al Dr. Martín Mihura que aportó toda su experiencia y sabiduría.

- A los miembros de la Comisión Encargada de la Exhibición Comercial que debieron batallar para conseguir los aportes económicos que permitan la realización de un evento de esta magnitud: Dres. Oscar Imventarza, Oscar M. Mazza, Lucas McCormack, Martín E. Mihura y José L. Tortosa.

- Al personal administrativo de la Asociación Argentina de Cirugía ejemplo de eficiencia y responsabilidad.

- A las dos personas que se transformaron en mis mayores colaboradoras, las Sras. Maine Boquete y Ornella Normanno. Ambas habrán sufrido pesadillas recurrentes conmigo durante los últimos tiempos, pero hoy se sentirán orgullosas del trabajo que hicieron.

- A las empresas que con su aporte económico posibilitaron la realización de este congreso.

- A los invitados extranjeros, que dejaron sus obligaciones para venir y contribuir con su experiencia al brillo académico de este evento.

- Al Gobierno de la Provincia de Corrientes, que tomó con orgullo la designación de un Presidente correntino y mostrará en este congreso las bellezas de nuestra provincia.

- A todos los participantes, nacionales y extranjeros, que sin ellos no tendría ningún sentido este esfuerzo. Ustedes son, realmente, los protagonistas de este congreso y son los artífices de su prestigio.

Es la regla de los últimos años que el Presidente elija el tema principal a desarrollarse en el Congreso. Este año ese tema será "la enseñanza de la cirugía".

La Residencia sigue siendo el ámbito más adecuado para la adquisición de las competencias quirúrgicas, y es a su vez, un factor fundamental en el desarrollo de la cirugía de la región en que se desenvuelve.

Para formar un recurso humano capacitado, la residencia deben poseer una buena base académica, un alto compromiso docente, una buena infraestructura y la legislación acorde. En la actua-

lidad se han multiplicado los centros hospitalarios que reúnen esas condiciones, aun en ciudades relativamente pequeñas. Cuando en 1976, concursé para la Residencia, muy pocas ciudades del país disponían de este programa y ninguna en el Nordeste Argentino. También en aquel momento, el nivel de las prestaciones en muchos lugares del interior, obligaba a derivar a mayoría de los pacientes con patologías complejas a los grandes centros. La instalación de Residencias de Cirugía a lo largo y ancho del país, elevó la calidad asistencial en esos lugares, produciendo profesionales idóneos que se transformaron en el principal motor del cambio. La derivación de los pacientes hacia los grandes centros se tornó excepcional y en algunos casos, estos Servicios pasaron a ser centros de referencia que en lugar de enviar, reciben derivaciones. La investigación, la docencia y la asistencia de alto nivel, dejó de ser patrimonio de las grandes ciudades para federalizarse y beneficiar a un espectro mucho más amplio de nuestra sociedad.

Por otra parte, los cambios en las técnicas quirúrgicas como la laparoscopia o la cirugía percutánea llevaron al desarrollo de Centros de Entrenamiento, simuladores virtuales y biológicos, programas de Fellowship y a la utilización de herramientas como la tele cirugía, internet, los teléfonos inteligentes y las tabletas.

Los avances científicos, el desarrollo de sub especialidades, el cambio en la tecnología, la necesidad de optimizar recursos y los pacientes que más informados, aumentan sus demandas, son realidades que nos obligan a discutir el estado actual de la enseñanza de la cirugía:

La residencia ¿Debe ser más corta? ¿Debe existir una residencia para cirujanos generales y otra para los que harán una sub-especialidad? ¿Hasta qué nivel de destreza debe llegar una Residencia de Cirugía General? ¿Han cambiado los valores éticos en el manejo de los pacientes? ¿Quién controla los estándares mínimos de una residencia? ¿Deberían estar unificados los programas en todo el país o hay que respetar particularidades de cada región? ¿Cómo evitar el mal uso de los Residentes por parte del empleador? ¿Cómo evaluar los resultados obtenidos al final de cada ciclo?

¿Qué rol cumplen los Fellowship? ¿Son necesarios postresidencia? ¿Compiten con ella? ¿Tienen estatus legal? ¿Son lo mismo que una Residencia de segundo nivel? ¿Deberían durar todos el mismo tiempo?

¿Cómo aprovechar en la enseñanza los centros de entrenamiento? ¿Debería ser obligatorio que los residentes se entrenen en simuladores? ¿Son más útiles los simuladores biológicos o los

virtuales? ¿Qué ventajas tienen unos y otros? ¿El entrenamiento en los mismos, debe ser intensivo o prolongado en el tiempo?

Estos y muchos otros interrogantes serán tratados en simposios, conferencias, mesas redondas y en el relato oficial de los Dres. Lucas McCormack y Carlos Valenzuela.

Ojalá que al finalizar este Congreso, tengamos respuesta a estos interrogantes y que ello, nos lleven a mejorar la enseñanza de la cirugía y por consiguiente elevar el nivel asistencial a nuestros pacientes.

He dejado para finalizar el agradecimiento a mi familia, porque es lo más importante y valioso que poseo.

A mi padre, abogado, escritor y poeta, ejemplo de rectitud, honradez y firmes principios. Falleció a los 50 años cuando yo estaba en el primer año de medicina. En su lecho de muerte me vaticinó una carrera brillante y hoy espero no haberlo defraudado.

A mi madre que habiendo sido ama de casa debió afrontar su viudez a los 43 años, salir a trabajar y sobrellevar su nueva vida con una valentía increíble. Hoy con 87 años, 7 nietos y 6 bisnietos, se mantiene estupendamente bien, no se pierde ningún acontecimiento social y es un ejemplo de vida.

A mi esposa Ada a quien conocí en la Facultad de Medicina y hoy llevamos 36 felices años de casados. Cursamos juntos la carrera, realizamos juntos nuestras respectivas residencias, juntos fuimos becados en el exterior y juntos construimos paso a paso nuestra vida en común. Ella ha sido mi apoyo incondicional, la que me estimuló y me ayudó en todas las circunstancias. Gracias Ada por todo tu amor, sos lo mejor que tengo en la vida.

A mis dos hijos, Adrián, el menor, que es biólogo y que, luego de doctorarse en Cambridge, se encuentra trabajando en terapia génica en un laboratorio de Barcelona y Ariel, el mayor, que es contador y exitoso empresario en Corrientes. Junto a nuestra hija política, Romina, nos dieron la dicha de dos nietos maravillosos.

Con estas palabras dejo inaugurado el 84° Congreso Argentino de Cirugía, XX Congreso de Federaciones Latinoamericanas de Cirugía, 57° Congreso de Cirugía Torácica, 38° Congreso Argentino de Coloproctología, 40° Jornadas Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular, 14° Jornadas nacionales de Médicos Residentes de Cirugía General, 22° Jornadas Nacionales de Instrumentadores Quirúrgicos y 1° Jornadas de Cirugía Plástica y Reparadora.

Muchas Gracias.

## DISCURSO DEL SR. PRESIDENTE ENTRANTE DE LA ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA\*

Norberto A. Mezzadri

Autoridades presentes, señores Académicos, señoras y señores, amigos:

Haber sido designado como Presidente de la Academia Argentina de Cirugía es una de las máximas distinciones a que puede aspirar un cirujano académico. Por todo lo que ello significa, mi agradecimiento a los Académicos que confiaron en mí.

Recorrer la lista de los prestigiosos cirujanos y maestros que han ocupado con anterioridad este sitio representa un honor y una responsabilidad ante una Institución centenaria y ante mis pares. Agradezco la presentación del Dr. Pedro Ferraina que tiene el sesgo de ser un amigo de la vida médica.

El sentimiento de gratitud no alcanza para reconocer a aquellos que me formaron y allanaron el camino para que hoy pueda estar ante ustedes. En primer lugar a las instituciones donde he desarrollado mi labor, el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y el Hospital Alemán, lugar donde me desempeño actualmente. Sería injusto no nombrar a todos los que influenciaron a mi vida médica. En honor al tiempo rescato dos figuras: mi padre fuente de motivación y permanente estímulo, de quien aprendí las destrezas básicas de nuestra profesión y Pablo Curutchet, mentor y amigo, quien nos enseñó y guió en este camino de la cirugía académica.

Por último un reconocimiento muy especial a mi familia, quienes con tolerancia y amor sobrellevaron los avatares de la profesión.

Concurro a esta Academia en forma casi rutinaria desde el año 1976. Cursaba mi segundo año de residencia en momentos que el Dr. Andrés Santas, Profesor Titular de la 1ra. Cátedra de Cirugía, con asiento en el Hospital de Clínicas había sido repuesto en su cargo luego de los aciagos momentos que había sobrellevado. La crisis que vivía el país y la Universidad se reflejaban en nuestra tarea cotidiana. Santas dispuesto a recomponer la estructura del Servicio y la tarea de enseñanza, dispone entre otras medidas que las actividades del programa de residencia incluyan la concurrencia a la "Academia". Era nuestro contacto académico con el ambiente quirúrgico. Los prohombres de la cirugía estaban ahí, y por allí habían pasado los personajes más renombrados de las escuelas quirúrgicas argentinas. Las comunicaciones allí presentadas eran la guía actualizada hacia donde la cirugía avanzaba. La vida académica, asistencia, investigación y

docencia, se nos inculcó desde nuestra formación.

La Academia Argentina de Cirugía era el lugar de prestigio donde todos querían leer sus trabajos para ser sometidos a la crítica de sus pares, y donde recurrían a informarse y formarse los que no eran miembros, o expresar sus opiniones aquellos que luego de méritos acumulados formaban parte de ella.

Sin embargo esta situación ideal pareciera haber cambiado con el transcurso del tiempo. Es una percepción generalizada, objetivable en números la persistente disminución en la concurrencia a las sesiones de los días miércoles, tanto de miembros como no miembros, como asimismo en el número de comunicaciones.

Esta problemática fue motivo de largos debates en las reuniones de Comisión Directiva que integré en los últimos cinco años, lo cual llevó a la Comisión Directiva saliente a realizar una encuesta dirigida a los señores académicos sobre esta problemática y solicitar una opinión sobre cursos de acción.

Antecedentes de esta índole ya se presentaron en la centenaria vida de la Academia. Decía Armando Russo, Presidente en el año 1975: "La escasez de trabajos al comenzar el año fue angustiosa y no había uno solo en Secretaría para iniciar la primera sesión de mi gestión". Y al año siguiente decía Andrés Santas "iniciamos el período con cuatro trabajos en el orden del día, que apenas alcanzan para garantizar la realización de las primeras reuniones".

Todas las instituciones pasan por situaciones de crisis.

En el año 387 antes de Cristo, Platón resolvió reunir en el parque del antiguo héroe Academos, cercano a Atenas y rodeado de un bosque sagrado dedicado a la diosa Palas Atenea, a sus discípulos y amantes de la filosofía. Esta primera Academia perduro alrededor de 900 años y desapareció bajo el Imperio de Justiniano en 529 dC, por ser pagana y no haber sido capaz de transformarse y comprender la trascendente y fundamental misión del Cristianismo.

El 19 de enero de 2012, luego de 131 años de operaciones, la Eastman Kodak Company, solicitó la protección de capítulo 11 de la ley de bancarrota de los EE. UU. Mucha gente se vió sorprendida ante este hecho ya que todos ellos incluidos nosotros, crecimos acompañados por esas cajitas de color amarillo brillante, que proceso mediante nos permitía immortalizar hechos familiares, vacaciones,

\* Sesión Solemne, 17 de abril de 2013

tener la iconografía de nuestras cirugías, etc. El problema central fue cómo se entendía el negocio en la actualidad, que por cierto no era como lo había sido durante 130 años. Kodak interpretó tardíamente que el “core business” de la empresa no estaba en las cámaras ni el film que vendían, sino en las imágenes. El advenimiento de la fotografía digital cambió el eje del negocio y Kodak fue sobrepasada por otras compañías.

En un artículo publicado en 1960 en el Harvard Business Review, se explicaba que la decadencia del ferrocarril en EE. UU., se debía a un enfoque equivocado del objetivo empresarial. Nuevamente el foco del negocio no estaba en la infraestructura, sino en el transporte, lo cual lo había hecho vulnerable a la competencia por autotransporte, barcos y aviones.

Estos ejemplos se repiten a lo largo de la historia, y deben servir para entender entre otras razones la necesidad de cambios. Las instituciones no son estructuras estáticas, inmóviles, invariables, tienen que evolucionar, y adaptarse a las necesidades del momento sin perder la esencia de su razón de ser.

Decía Vicente Gutiérrez en el discurso de asunción de su Presidencia en 1996, hace 19 años y hablando sobre algunos cambios que se habían producido a lo largo de los años en nuestra Academia: *“Los cambios de la vida moderna motivaron que las sesiones se trasladaran de las 5 a las 7 de la tarde. Si esta gran ciudad sigue su ritmo actual, si los barrios residenciales se alejan cada vez más del área céntrica y si los horarios de trabajo se prolongan más aun, habrá que pensar en otros cambios, en la medida en que los cirujanos del futuro aspiren a dedicar tiempo a sus familias, a la cultura y a sus personas”*.

La realidad es que las sesiones de la Academia son el ámbito donde se presenta el fruto final de un largo proceso de investigación y desarrollo científico que se inicia en los centros asistenciales. La crisis de la Medicina Académica no es solo local sino que también está en los centros académicos de países líderes del primer mundo.

En 2003 un editorial del British Medical Journal puntualiza que la medicina académica está en crisis en el mundo. Esgrime como razones: el fracaso en el reclutamiento de candidatos adecuados para la carrera académica y la gran dificultad para ser exitosos, de aquellos que la elegían con el consecuente sentimiento de frustración. Se veía como un desafío de difícil cumplimiento el ser igualmente exitoso en los tres aspectos de la carrera académica (asistencia, docencia e investigación). A esto se suman dificultades para la adaptación de las currículas a las necesidades del siglo XXI, fracaso en la identificación de los problemas de la comunidad, que permita mejorar las calidades de atención y por último fracaso de las países primer mundo para ayudar a aquellas naciones menos de-

sarrolladas a elaborar programas de investigación.

Otro artículo publicado en Academic Medicine en septiembre 2012, analiza la crisis desde el lugar de la crisis médica:

-Estima que en los EE.UU. habrá una falta de alrededor de 125.000 médicos asistenciales para 2025, y una consecuente disminución de aspirantes a la carrera académica.

-Los centros académicos americanos, han tenido dificultades en la promoción a estratos superiores de los staff de profesores en los últimos 40 años. Entre 1967 y 1976 el 44% de los por primera vez assistant professors fueron promovidos a una posición superior, mientras que un análisis realizado entre 1987-96 revela que solo el 33% lo fueron, hecho atribuido a no haber logrado los requerimientos mínimos para el ascenso.

-Alta proporción de médicos que abandonan los centros académicos. Cinco de cada 10 docentes dejan las escuelas de medicina dentro de los 10 años de inicio de actividades, y peor aún, el 80% abandonan toda actividad académica.

-Aumento de la edad promedio de los docentes. En las escuelas de medicina 1 de cada 10 docentes tenía más de 55 años en 1967; 1/5 en 1987 y 1/3 en 2007.

Los cirujanos dedicados a la actividad académica actualmente serán reemplazados por generaciones con expectativas de trabajo y vida totalmente diferentes.

En una encuesta realizada a médicos asistenciales menores a 50 años en 2007, llevada a cabo por la Association of the American Medical Colleges y la American Medical Association, muestra que el 71% de los encuestados independientemente del sexo, tienen como prioridad absoluta el tiempo para su familia y personal, y 30% por encima del segundo aspecto deseado.

Bo Ahren, de la Universidad de Lund, Suiza, refiere que el número de artículos originales *peer reviewed* publicados anualmente en revistas de alto impacto, disminuyó ostensiblemente desde 1987 cayendo un 35% para el año 1994.

Pablo Curutchet en su asunción a esta Presidencia en 2011 ahonda en el análisis. Podrían resumirse en: 1) el cirujano joven no encuentra respuesta a sus necesidades asistenciales tanto intelectuales como laborales; 2) facilidad de acceso a la información tanto en calidad como en cantidad, que soslaya la necesidad de concurrir a ciertas reuniones científicas; 3) La fragmentación de la cirugía general en sub y sub-sub-especialidades, que multiplican los focos de interés y 4) una degradación de la medicina académica.

La cirugía académica tiene tres vocaciones: la asistencia de pacientes, la docencia y la investigación. Si bien parecen muy diferentes las tres son complementarias. La actividad asistencial provee datos para la investigación clínica, y ambas permiten la devolución en el pregrado y postgrado a

través de la docencia. Esto llevó a Berislav Marusic del Departamento de Filosofía de la Universidad de California a teorizar si en realidad son tres trabajos y no uno el que realiza un médico académico. En el mundo desarrollado pareciera haber una creciente presión sobre los distintos aspectos que hacen que muchas veces los involucrados tengan que optar por solo alguna de las variantes, la medicina asistencial o la docencia e investigación por separado.

De tal forma que no sería una visión abarcadora analizar lo que está sucediendo en la medicina académica mirando solo lo que sucede en nuestra Academia. La cirugía académica no es solamente la Academia Argentina de Cirugía. Ella es el ámbito de mayor prestigio donde debiera culminar el arduo proceso de investigación, plasmado en una comunicación y sometido a las críticas de sus pares. Nuestro análisis crítico debiera comenzar mucho antes. Esta situación es un epifenómeno de la situación crítica que vive nuestro país desde hace años y actualmente acentuada por condiciones políticas y macroeconómicas, que no es nuestro ámbito discutir. Pero centrándonos en el ámbito asistencial, basta analizar la realidad de carencias en la cual se desarrolla la actividad médica en la mayoría de los establecimientos hospitalarios, a lo cual se suma la situación laboral médica, con sueldos insuficientes o sometidos a relaciones unilaterales de la medicina gerenciada. A esto debiera agregarse a mi entender un cambio generacional con diferentes expectativas, y que creo es nuestro deber saber ver para interpretar la realidad.

Nuestra generación, catalogada en los EE. UU como los "baby boomers" 1940-1964 refleja la explosión demográfica que se produce en medio del optimismo por la reconstrucción de postguerra.

Están educados en la estructura autoritaria de las generaciones previas. Sin embargo manifiestan desde la adolescencia un deseo de participación, de protagonismo y de lucha por sus ideales. Son de mentalidad optimista, idealista y competitiva. Son obsesivos con el trabajo, y por primera vez aparece el problema del desequilibrio entre vida laboral y personal. Su identidad está basada en el trabajo. Los boomers no se jubilan, se retiran. El retiro es una oportunidad de encarar nuevos proyectos, una segunda carrera profesional. Esta generación no descansa nunca. Somos la mayoría de los aquí presentes.

Las generaciones que nos están reemplazando y las que vienen tienen características diferentes. Son los nacidos entre los años 1970-1980, generación X y entre 1982-2000, generación Y.

El término generación X se usa para referirse a las personas nacidas entre 1970 y 1980. Se crían a la sombra de la hiperactividad de los Boomers y ven el idealismo de sus padres defraudado por los efectos de la globalización y las reestructuraciones. Crecen en un mundo de ruptura de grandes paradigmas. Esta generación se vio afectada por

la oferta consumista de los años '80, la llegada de Internet, y acontecimientos políticos de trascendencia como la caída del muro de Berlín, el fin de la guerra fría, y entre otros la aparición del Sida. Son los hijos de los tradicionalistas y los Boomers.

Algunos la llaman la Generación de la apatía o Generación perdida, y se ha caracterizado por una rebeldía inmóvil o conformista. Fue transición entre los juegos de nuestra infancia, las canicas, el trompo, la cuerda y los primeros juegos electrónicos, como el Atari.

Son individualistas, y se comunican a través de la tecnología. Viven en un mundo on line las 24 horas del día. Buscan un balance entre la vida personal y laboral. A diferencia de los Boomers que vivieron para trabajar, los X trabajan para vivir. Se niegan a pagar el alto costo de no dedicar tiempo a la familia ni a los amigos. Ante una oferta laboral que puede ir en contra de ese balance, buscan inmediatamente la compensación. La pregunta es ¿Cuánto hay? Para ellos el éxito es estar fundamentalmente satisfechos con el tipo de vida que llevan.

Es una generación intelectualmente preparada, pero con difícil realización de sus aspiraciones. Es la primera generación que estudió utilizando herramientas informáticas.

Esta generación se encuentra a medio camino entre el idealismo de los Hippies devenidos luego en Yuppies y el descreimiento de la Generación Y.

La otra generación que nos atañe es la Generación Y. son los nacidos entre 1980 y 2000. Son los hijos de la generación X, que nacieron al amparo de una economía en expansión, de desarrollo tecnológico, de progresos en el cuidado de la salud, etc. Es la generación más numerosa de la historia y dominará el mundo durante los próximos 40 años.

Esta generación no permite que el trabajo absorba todo su tiempo. Ha resignificado el actividad laboral: busca placer y diversión en el trabajo. La responsabilidad y el compromiso solo surgen cuando encuentran sentido en lo que hacen. Valoran la diversidad en todo sentido. Son flexibles, innovadores, eficientes, resilientes, tolerantes y comprometidos.

Se caracterizan por una actitud desafiante y retadora, son cuestionadores, no afectos a la lectura.

La generación Y no pide permiso, informa. La tecnología forma parte de sus vidas. Tienen el poder que brinda el conocimiento a través de fuentes masivas de información.

¿Cuál es el objetivo de esta digresión? Entender el perfil y características de las generaciones actuales que nos permita identificar las necesidades, fortaleza y debilidades de quienes las componen, para sin resignar los principios y objetivos que nos guían, lograr la inserción de sus miembros en la comunidad académica.

Estamos viviendo una época de cambios. Tenemos que adaptarnos o de lo contrario sucumbiremos. Para ello se requiere, imaginación, innovación y liderazgo. Los tiempos de crisis son la oportunidad para la realización de cambios profundos.

Me acompañaran este año el Dr. Jorge Deffelito, como Vicepresidente, el Dr. Juan Pekolj como Secretario General, el Dr. Manuel Montesinos, Tesorero, el Dr. Jorge Manrique, el Dr. Marcelo

Figari, el Dr. Roberto Lamy, el Dr. Carlos Ocampo y el Dr. Nicolás Rotholtz como Secretario de Actas.

Quiero enfatizar el honor que significa presidir esta centenaria Institución. Es responsabilidad y compromiso, personal y de esta Comisión Directiva, ser los facilitadores de un debate que permita efectuar los cambios necesarios para desarrollar en los próximos años la fructífera labor realizada hasta el presente. Estamos orgullosos de nuestra historia, lo estaremos del futuro. Muchas gracias.

---

## ELOGIO AL DR. ALBERTO E. LAURENCE\*

Juan Pekolj

En mi carácter de Secretario General de la Academia Argentina de Cirugía, y de acuerdo a como el estatuto y la tradición lo indican, voy a honrar a uno de nuestros Miembros distinguidos que ya no está entre nosotros.

La Comisión Directiva en forma unánime eligió al Dr. Alberto Ernesto Laurence ("Tito" para muchos de los presentes) como el miembro a elogiar, lo cual significa alabar sus virtudes y ofrecer el testimonio de sus buenas prendas y sus méritos.

Quiero remarcar que esta modalidad de reconocimiento no es algo simplemente estatutario, sino que entendemos que reconocer y enaltecer a aquellos miembros destacados de una institución es fundamental para la vitalidad de la misma. ¡Honrar a quienes nos precedieron!

En la actualidad la juventud busca ejemplos a quienes aferrarse y que mejor que mostrar el accionar, sentir y vivir de un Académico ejemplar como el Dr. Laurence.

Desarrollar este elogio implicó estudiar la vida del Dr. Laurence, para lo cual fue imprescindible acceder a información personal y profesional. Por ello quiero agradecer a su esposa Beba y a su hija Gloria, quienes me abrieron su casa y en cálidas conversaciones me contaron anécdotas y aportaron iconografía e información personal. Poder estar en su escritorio, me permitió entender su sentir y su vivir. En él pude apreciar muchos de sus logros, trofeos y reconocimientos.

También agradezco a los Doctores Eduardo Donnelly, Enrique Beveraggi, Fernando Bonadeo, Claudio Iribarren, Vicente Gutiérrez, Alfredo Martínez Marull, Leonardo Mc Lean, y Margarita Telenta por haberme aportado información, testimonios, vivencias y anécdotas con el homenajeado.

Si tuviera que poner un nombre a este elogio, sería **"96 años vitales"**. Así fue que nació en la Ciudad de Buenos Aires el 17 de julio de 1915, y falleció en la misma ciudad el 16 de enero de 2012.

En cuanto a su presencia, la descripción que realizó del homenajeado el Dr. Ángel Bracco, en oportunidad del discurso de recepción a la Academia Nacional de Medicina nos permite imaginarlo en figura. Dijo el Dr. Bracco: *"Su porte, su sobria elegancia, su comportamiento y su profundo conocimiento del idioma inglés, hacen pensar en un Sir, ..."*

En cuanto a sus intereses, el Académico Dr. Martí en el prólogo del libro *Capítulos del pasado médico argentino*, dijo acerca del elogiado *"Además de consumado cirujano, el Dr. Laurence es un verdadero humanista, interesado en los temas del*

*hombre y de la profesión médica."*

Simplemente con fines organizativos y entendiendo la interrelación cronológica entre ellos, dividiré en tres aspectos este elogio. Ellos son: 1) Aspectos personales y familiares; 2) Aspectos profesionales, laborales y académicos y 3) Su legado.

### 1) Aspectos personales y familiares

En 1904 llega a Argentina Hector Ernest Laurence, proveniente de Cheltenham (Inglaterra) odontólogo de profesión. Su objetivo era realizar un practicantado junto al Dr. Small, inglés también. El Dr. Small era padre de cuatro hijas. Una de ellas fue Dora Catalina, madre del homenajeado, a quien Hector conoció en sus concurrencias al consultorio. Dora falleció como consecuencia de una glomerulonefritis, cuando Tito tenía 5 años de edad. Este hecho fue uno de los que marcó en forma importante la existencia del homenajeado. Fue Mabel Louise (Coco) su hermana cinco años mayor quien hizo de madre sustituta y lo apoyo en los momentos difíciles que debió lidiar, como fue la muerte de su madre, el viaje a Inglaterra, el nuevo casamiento de su padre y la llegada de su hermanastro. Es por ello que eligió una foto con su hermana como portada de su publicación *"Tito. Análisis de una infancia"*; donde relata todo lo que vivió durante esa etapa de la vida (Figura 1)<sup>3</sup>.

Sus estudios primarios los realizó en el St. George's College de Quilmes, donde en régimen de pupilo pudo hacer una vida comunitaria entre chicos de su edad, en un ambiente espléndido con desarrollo de gran afinidad por los deportes. Fue un estudiante tímido. Se sentía orgulloso de la educación británica que recibió y que lo marcó de por vida.

Sus estudios secundarios los desarrolló en el Colegio Nacional Domingo Faustino Sarmiento. Allí experimentó una situación muy desagradable al desarrollar tartamudez lo que llevo a retraerse, a no distinguirse a pesar de ser estudioso. Esta situación según lo describe el mismo, destruyó en él toda esperanza de superación académica en la pubertad. Nunca supo si se debió a un trauma de la infancia, o al hecho de cambios bruscos en el ambiente en que se movía o en el uso del castellano por el inglés. Para superar este contratiempo tuvo clases de oratoria e impostación de la voz, lo que le permitió superar su dificultad y convertirse en excelente orador y dando un ejemplo de superación como se lo ve en la Figura 2 dando una conferencia en Brasil.

\* Sesión Solemne, 17 de abril de 2013

FIGURA 1



Portada del libro donde describe su infancia. Con su hermana Coco.

FIGURA 2



El Dr. Laurence desplegando sus habilidades de orador en Brasil.

En 1943 se casó con Marta Oucinde (Beba) iniciando lo que él denominó "la vida con compañía" con su alma gemela. Fue su compañera incondicional de viajes, pero fundamentalmente su compañera de la vida. Tuvieron dos hijos, Gloria y Alex, que le dieron 8 nietos y 10 bisnietos y ello explica que sus reuniones familiares siempre fueron multitudinarias (Figura 3).

Su longevidad le permitió disfrutar de sus sentimientos y de sus descendientes, protagonizando el poco frecuente fenómeno de bisabuelo que convive y disfruta de sus bisnietos.

FIGURA 3



Tito y Beba con algunos de sus descendientes en una reunión familiar.

Con respecto a su carácter sus amigos, conocidos y discípulos lo refieren como poseedor de un gran humor aunque irónico. Se mostraba como retraído y muy independiente. Era muy sensible, y a decir del Dr. Iribarren era ácido por fuera, cálido y tierno por dentro.

Sus características personales principales eran: correcto, austero, metódico y con una innata tendencia a escribir, que la demostró en forma potenciada luego de su retiro. Nunca le gustó ostentar. Era "cabalero" y por ello, por ejemplo, no cambiaba su calzado para jugar golf porque decía que le traía suerte.

Ayudó mucho a su longevidad, y por ello decía: "... ni sal, ni azúcar, ni grasas en las comidas".

Fue un gran deportista. El golf fue uno de sus deportes más practicados. Su padre fue quien se lo inculcó. Llegó a tener 2 de hándicap y esa afinidad con el deporte lo llevó además a ser Presidente del Mar del Plata Golf Club. Ganó múltiples trofeos los que actualmente están exhibidos en su casa. Fue además un motivo para compartir con su familia, siendo Beba su gran compañera así como Alex, Gloria y algunos de sus nietos.

Pero el golf también lo llevó a vivir una de sus peores experiencias personales según lo refiere el mismo en su libro *Recuerdos de un Cirujano*. En 1988 estaba jugando al golf con Beba en Mar del Plata. En el hoyo 5 Beba se adelanta al tee de damas a unos 20 metros delante de la salida de Tito. El pegó un muy mal *drive* con el taco del palo, y la pelota fue a dar en plena cara de Beba. La situación fue muy compleja y debieron trasladarla de urgencia a Buenos Aires con fractura de malvar derecho y piso de la órbita para una intervención quirúrgica de urgencia. Previo a la cirugía ella pide ser confesada por un sacerdote. Concluida la confesión este sale y se entrevista con el Dr. Laurence quien le pregunta como la encontró. El sacerdote respondió espontáneamente sin conocer detalles

del accidente: "es una buena mujer ¡ya perdonó a animal que la lastimó!"<sup>4</sup>.

## 2) Aspectos profesionales, laborales y académicos.

Estudió medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, donde se recibió de médico en 1941. Realizó su practicante en el Hospital Ramos Mejía de Capital Federal, y reconoce al Dr. Carlos Casco como una figura muy importante en el desarrollo de su afinidad por la cirugía. Ingresa al Hospital Británico de Buenos Aires como interno en uno de los tres servicios de Cirugía General que existían allí. En 1943 el Dr. Jorge Mulcahy lo invita a ingresar a su Servicio de Cirugía General en dicho Hospital. El Dr. Laurence reconoce en sus escritos, al Dr. Mulcahy cirujano irlandés muy hábil y muy amigo de los hermanos Finochietto como uno de los principales cirujanos que influyó en su formación.

Otros hechos que consideró de suma importancia en su formación fueron las sesiones quirúrgicas de los hermanos Finochietto, su primer viaje a EE. UU., y a su compañero de trabajo Manuel Guitarte que a través de una competencia sana, lo indujo a introducirse en las actividades académicas.

En su estadía en el Hospital Británico de Buenos Aires, fue quién aportó el interés por lo Académico a la institución y se involucró activamente en el desarrollo de las residencias médica en ese hospital.

En 1945 realiza su primer viaje a EE. UU. con el fin de visitar centros y cirujanos de referencia. Así visita la Lahey Clinic en New England, la Mayo Clinic en Rochester y la Cleveland Clinic en Ohio. Conoció y se relacionó con renombrados cirujanos como Lahey, Cattell, Charles Mayo (h), Turnbull, Crile, con quienes compartió experiencias de cirugía general y coloproctología.

En Minneapolis se relaciona con el Dr. Peters referente en flebología. Esta experiencia intensa lo llevó en su regreso a Argentina, a desarrollar la flebología como especialidad que en ese momento estaba poco considerada como tal. Logra así posicionarse muy rápidamente como referente en ese tema y escribe su primer libro de flebología, hecho que lo hizo trascender los fronteras de nuestro país. Según me comentara el Dr. Vicente Gutiérrez, el Dr. Laurence eligió esa especialidad para rápidamente destacarse y diferenciarse entre la gran cantidad de Cirujanos que había en ese momento y así acceder a una posición reconocida. Sin dudas con esta estrategia, cumplió su objetivo.

Después de varios viajes a EE. UU., considera que el actuar quirúrgico en ese país está muy ligado y dependiente de los desarrollos tecnológicos, y decide viajar al Reino Unido al considerar que era más accesible y práctica la cirugía de allí. Así en 1952 visita el Hospital St. Marks en Londres,

centro de referencia en coloproctología y allí se relacionó con Miles, Morgan, Lloyd Davis, Dukes, Morson. De regreso al país trabaja intensamente para que la coloproctología se establezca como una real especialidad y por ello fue el artífice y creador del Servicio de Coloproctología en su hospital. Demostrando una vez más ser pionero en el desarrollo de superespecialidades quirúrgicas.

Fue Jefe del Servicio de Cirugía General y del Servicio de Coloproctología en el Hospital Británico de Buenos Aires entre 1964 y 1981. Fueron los integrantes del Servicio de Cirugía General los Dres. NiccBilfeldt, Jorge Ortíz, Jorge Mc Lean, Eduardo Donnelly, Claudio Iribarren, Roberto Cerutti y Roberto Cappi. Posteriormente para el desarrollo del Servicio de coloproctología invita originalmente a los Dres. Donnelly e Iribarren a dedicarse a dicha especialidad.

Respecto a su accionar como cirujano, admiró siempre a los cirujanos con formación académica como los Dres. Brea y Santas. Fue un verdadero autodidacta y a decir del Dr. Vicente Gutiérrez, sin ser científico, encaró la cirugía como científico.

Como cirujano fue muy cuidadoso con lo que operaba y publicaba. Técnicamente era muy prolijo, con excelentes resultados y honestidad en los números que presentaba.

Así como tuvo momentos difíciles, tuvo un momento muy amargo en su accionar profesional. La muerte intraoperatoria de un paciente que estaba operando de várices por un accidente anestesiológico ("muerte azul") lo destruyó anímicamente y según referencias de Beba estuvo enfermo más de un mes.

Fue Presidente de múltiples Sociedades Científicas como la Sociedad Argentina de Proctología, Sociedad Argentina de Gastroenterología, Asociación Latinoamericana de Proctología, Academia Argentina de Cirugía, Asociación Argentina de Cirugía, International Society of University Colon & Rectal Surgeons. Para él fue de sumo orgullo además haber sido Presidente del Mar del Plata Golf Club.

En cuanto a Membresías, fue Académico Emérito de la Academia Nacional de Medicina, Miembro Honorario de la Academia Argentina de Cirugía, Miembro Honorario de la Asociación Argentina de Cirugía, Honorary Member of the Royal College of Surgeons of England (Figura 4), Overseas Member de la Royal Society of Medicine, y Miembro Honorario de las Sociedades de Cirugía de Brasil, Uruguay, Chile y Perú. Dando un ejemplo de grandeza, renunció en vida a su sitial de número de la Academia Nacional de Medicina para dar lugar a alguien más joven y capaz. Había cumplido 90 años.

Dentro de otros reconocimientos que recibió fue profesor Honorario de la UBA, Maestro de la Medicina Argentina, Cirujano Maestro (AAC), Cirujano Maestro de la Coloproctología Argentina,

FIGURA 4



El Dr. Laurence recibiendo su diploma de Honorary Member of the Royal College of Surgeons of England, de manos de su amigo Ian Todd.

Médico Ilustre (AMA), Benefactor de la Humanidad denominado por el Reino de Marruecos (2010).

Con respecto a su actividad en nuestra Academia Argentina de Cirugía, fue un gran promotor y defensor de la misma. La definía como un placer de vivir con personas selectas y excepcionales.

En su discurso inaugural de Presidente dijo: *“Entre los mayores desafíos de la medicina argentina se encuentra el de ingresar y actuar en esta Academia, que obliga al permanente diálogo científico con los colegas en un clima de amistad y amable convivencia, compatible con la controversia y la competencia.”*<sup>5</sup>

Fue un promotor y asiduo asistente a la “Sacristía”. Así le llamaban a la reunión de Académicos ilustres, que se realizaba luego de las Sesiones científicas en algún café de la zona (inicialmente fue el Café Petit París), donde discutían temas acompañados de alguna bebida espirituosa. La designación de “Sacristía”, era por estar al lado del “Templo” que era la Academia Argentina de Cirugía.

### 3) Su legado

Benjamin Franklin dijo *“Para trascender en la vida hay que hacer cosas dignas de ser escritas o escribir cosas dignas de ser leídas”*. Considero que el Dr. Laurence hizo las dos.

Dejando de lado la instauración de la flebo-logía y coloproctología como superespecialidades, los múltiples aportes en la actividad asistencial para los cirujanos, el legado indiscutible del Dr. Laurence fueron sus publicaciones.

Sus tres libros de cirugía *Várices de miembros inferiores* (1949), *Cáncer de recto y colon sig-*

FIGURA 5



Sus libros relacionados con Cirugía

*moides* (1967), y *Enfermedad diverticular del colon* (1979) compartieron las mismas características: minuciosa información y conceptos aún vigentes en la actualidad, con detalles técnicos precisos acompañados de una iconografía de elevada calidad<sup>11-14</sup>. Sus portadas se observan en la Figura 5.

Tuvo además publicaciones de historia, así como libros y folletos de reflexión. Dejó en ellos plasmados conceptos que son de suma ayuda tanto para cirujanos jóvenes como para cirujanos próximos a retirarse. Como dato interesante un 75% de sus libros y folletos los publicó una vez retirado de la actividad asistencial<sup>2,3,4,6-10</sup>.

Fue un gran defensor del cirujano, y se ocupó y preocupó mucho del retiro del cirujano y de su situación con los pagadores de servicios.

Refiriéndose a la Cirugía en su discurso al asumir la Presidencia de esta Academia dijo: *“Señores es que la cirugía, en su doble aspecto técnico e intelectual no es trabajo, es un sublime estado de ánimo...”*<sup>5</sup>

Reflexiona diciendo que para ser cirujano, se debe tener una mente positiva con entusiasmo y optimismo para el accionar. Recomienda que se debe estar en buen estado físico, y reconoce que su vida no está exenta de tristeza y frustraciones. Habla de una actividad con adrenalina dependencia<sup>6</sup>.

Cuando se refiere a un buen cirujano pone como primera condición que debe ser una buena persona. Que debe tener rapidez en su accionar, elegancia en las maniobras. Debe contar con auto-ridad y capacidad, lo que le otorgan el poder que le

permite ordenar los esfuerzos y orquestación desde un principio<sup>5,6</sup>.

Pero si hay algo en lo que reflexionó, habló y publicó, fue en todo lo relacionado con el retiro del cirujano. Así en una conferencia que dió en esta Academia en 1982 y que fue aplaudido al finalizar por todos los asistentes de pie (situación nunca presenciada en un medio tan rígido y formal) dijo: *“ Si bien nuestro hipotético Jefe de Servicio puede encontrarse en excelentes condiciones para continuar su tarea, es posible que haga solo eso y falte el impulso y la sana renovación de ideas tan indispensables para mantener la llama del fuego sagrado encendida”*. En otro párrafo de la misma presentación dijo: *“ Acepto entonces que es justa y necesaria la caducidad de los líderes por razones de edad..”*<sup>15,16,17</sup>.

Al momento de retirarse de su Servicio de Cirugía del Hospital Británico, tuvo el gesto de escribir de puño y letra, una carta de agradecimiento en forma personal a cada uno de los integrantes de dicho Servicio.

Reconoce que en esta etapa de terminar un ciclo, no es lo mismo el retiro del cirujano, o lo que hace un cirujano cuando se retira.

Cuando se refiere al retiro reconoce una estrategia a emplear y que consta de cuatro pasos: la decisión, las consecuencias, el método y el consuelo. Remarca que la decisión es personal, donde poco pueden hacer los consejos de amigos y familiares. Subraya que las consecuencias inmediatas son económicas al ser un desempleado, y anímicas por el cambio rotundo de tipo de vida. En el método engloba la planificación y estrategia de informar a los pacientes y la derivación de los mismos a otro colega. Reflexiona que el consuelo de esta etapa es la mayor disponibilidad de tiempo libre y la posibilidad de desarrollar nuevas actividades<sup>15,16</sup>.

Describe que cuando el cirujano se retira, tiene una sensación de recreo inmerecido, reconoce una nueva riqueza que es el tiempo libre y nota la ausencia de apuros que lo martirizaban.

Recomienda iniciar una segunda actividad compatible con la edad, sin alejarse de la Medicina. Sugiere vehicular la energía en actividades como la lectura, escritura, el arte, vida rural y deportes. Finalmente reconoce el calor del hogar, como un lugar para disfrutar.

Se refiere a los hogares fuera del hogar, y expresa... *“ Nuestra querida Academia Argentina de Cirugía constituye una agradable distracción, que mantiene a la vez un vivo interés en lo que ha sido el afán de toda la vida.”*<sup>15,16</sup>

Siempre fue muy crítico e inquieto con su accionar por ello en una presentación realizada en esta Academia expresó *“... Aunque considero haber hecho una vida variada, con interés dominante en la medicina y secundario en los placeres intelectuales y el deporte, he tenido siempre mucha curiosidad por saber que hubiera sido de mí, si hubiera se-*

*guido otras profesiones o actividades alternativas. Pareciera que no basta una sola vida.”*<sup>15</sup>

Vivió lúcido hasta sus últimos momentos. Cuenta Beba, que un día para mantener una conversación con él, ella criticó el accionar de su padre cuando Tito era pequeño, como el nuevo casamiento o el enviarlo a estudiar como pupilo. El la miró y con total espontaneidad le contestó: *“Beba... a pesar de todo eso ,tan malo no salí no?”*

En uno de sus últimos días recibió la visita de su cardiólogo, con quien Beba conversó para interiorizarse de la situación crítica real. Ella para estimularlo le dijo: *“Tito el Dr. dijo que todo está bien.*

FIGURA 6

96 años vitales.....



Fotografías de tres momentos en la vida del Dr. Laurence: su infancia, su plenitud en la vida personal y científica, y en su retiro alejado.

*Podemos disfrutar y programar un viaje a Londres y visitar a tus amigos.”* Él una vez más dando evidencia de su lucidez, la miró le contestó *“¡Beba..... no te olvides que soy médico!”*

Para finalizar emplearé palabras del Dr. Mc Lean, quién al hacer un homenaje en la Academia Nacional de Medicina al comunicar su fallecimiento dijo: *“ Acompañado siempre y en todo momento por sus seres queridos, Alberto Laurence fallece a los 96 años con la paz que siempre lo acompaña, el 16 de enero, dejándonos un ejemplo de vida, de un amigo sincero y cabal, de un científico serio, de un maestro de la cirugía argentina.”*<sup>18</sup>

Yo me permito agregar ¡y de un maestro de la vida!

Sin dudas ¡96 años vitales!  
Muchas gracias.

#### Referencias Bibliográficas

- 1 - Boletines de la Academia Nacional de Medicina 1990, vol.68
- 2 - Laurence A. Capítulos del pasado médico argentino. 2010
- 3 - Laurence A., Tito Análisis de una infancia. Editorial Summa 2002.
- 4 - Laurence A., Recuerdos de un cirujano. Ediciones Pasco 2003.
- 5 - Laurence A., Discurso del Señor Presidente entrante. Rev. Argent. Cirug.1978,35,1:15-17

- 6 - Laurence A., Máximas y mínimas. Editorial Sinopsis . 2000
- 7 - Laurence A., Máximas y mínimas II 2004.
- 8 - Laurence A., El alma del cirujano . Editorial Dunken. 2000
- 9 - Laurence A., Viva mejor su vejez. Editorial Dunken 2008
- 10 - Laurence A., La longevidad. Pensamientos sobre el tema. Editorial Dunken. 2006
- 11 - Laurence A. Várices del miembro inferior. Editorial EIA-teneo. 1949.
- 12 Laurence A., Relato: Tratamiento quirúrgico del cancer de colon sigmoideo y del recto. Rev Argent. Cirug Número extraordinario 1966.
- 13 - Laurence A., Murray A., Cáncer de recto y colon sigmoides Editorial Panamericana 1967
- 14 - Laurence A., Donnelly E., Enfermedad diverticular del colon. Talleres gráficos Columbia 1979
- 15 - Laurence A., El retiro del Cirujano. Rev. Argent. Cirug. 1992,62:171-174.
- 16 - Laurence A., ¿Qué hace el cirujano cuando se retira? Rev. Argent. Cirug. 2000, 78:226-227.
- 17 - Bracco A., Laurence A., Babini D., Simposio: Temores , Angustias y satisfacciones del cirujano en ejercicio. Rev. Argent. Cirug. 1996;70: 77-85.
- 18 - Mc Lean L., Boletín Academia Nacional de Medicina Sesión Privada Especial 29 de marzo de 2012.
-

**CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

Malformación arteriovenosa gigante facial del adulto. Resección y reconstrucción con colgajos libres, 105 (1): 35

Melanomas de cabeza y cuello. Un tema siempre polémico (Parte I), 104 (2): 65

Melanomas de cabeza y cuello. Un tema siempre polémico (Parte II), 105 (1): 15

Melanomas no cutáneos de cabeza y cuello. Enfermedad de pronóstico sombrío, 104 (2): 49

Schwannoma de glosofaríngeo. Causa infrecuente de tumor parafaríngeo, 105 (1): 39

Síndrome de la fisura orbitaria superior, post fractura grave de órbita, 104 (2): 62

Utilidad del colgajo anterolateral de muslo en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello, 104 (1): 1

**CIRUGÍA DEL TÓRAX****Esófago, mediastino y diafragma**

Esofagectomía subtotal por abordaje mininvasivo: resultados de una experiencia inicial, 104 (1): 6

Hernia diafragmática postraumática complicada, 104 (1): 21

**Tráquea, pulmones y pleura**

Análisis de N2 insospechado en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas estadio clínico IA: impacto de la estadificación actual y localización del tumor, 105 (1): 1

**CIRUGÍA DEL ABDOMEN****Hígado, Vías biliares y páncreas**

Agenesia de vesícula biliar. Importancia del diagnóstico preoperatorio, 104 (1): 14

Hemobilia por trauma hepático: Una causa inusual de hemorragia digestiva alta, 105 (2): 62

**Paredes Abdominales. Peritoneo**

Hernias del deportista. Nuestra experiencia., 104 (2): 55

Ingeniería de tejidos y cirugía de la pared abdominal: prototipo de bioprótesis., 105 (1): 7

La hernioplastia inguinal en el 2012. Encuesta a Cirujanos de la Asociación Argentina de Cirugía., 105 (2): 45

**Tubo gastrointestinal**

Duplicación de colon cecoascendente en un adulto. Informe de un caso y revisión de la literatura, 105 (2): 60

Obstrucción intestinal post-trombosis venosa de la vena mesentérica superior. Presentación de caso y revisión de la literatura, 104 (1): 17

Tratamiento laparoscópico del cáncer de recto: resultados oncológicos a largo plazo, 105 (2): 52

**CIRUGÍA DE LOS SISTEMAS SANGUÍNEO Y LINFÁTICO****Vasos sanguíneos**

Implementación de la Lista de Verificación del Paciente con Catéter Venoso Central (CVC)., 104 (2): 41

**PATOLOGÍA QUIRÚRGICA GENERAL**

Ultrasonido en complicaciones posquirúrgicas. Identificación de Gasomas, 105 (2): 65

**ORGANIZACIÓN****Educación médica**

El "mejor cirujano", 104 (1): 24

Enseñanza de cirugía basada en competencias. En el pregrado de medicina, 104 (2): 77

**DISCURSOS Y HOMENAJES**

84° Congreso Argentino de Cirugía. Discurso del Sr. Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía, 105 (2): 67

Discurso del Sr. Presidente del 84° Congreso Argentino de Cirugía, 105 (2): 71

Discurso del Sr. Presidente Entrante de la Academia Argentina de Cirugía, 105 (2): 74

Elogio al Dr. Alberto E. Laurence, 105 (2): 78

## A

Adan, Roque S.; 104 (1): 1  
 Algieri, Rubén D.; 104 (2): 41  
 Ambrosis, Mariana; 105 (1): 7  
 Argibay, Pablo; 105 (1): 7  
 Arrechea, Leonardo A.; 104 (1): 17  
 Arribalzaga, Eduardo B.; 104 (2): 41

## B

Barraud, Carlos; 105 (1): 7  
 Benati, Mario; 105 (2): 52  
 Bianco, Sergio; 104 (1): 14  
 Bonadeo, Fernando; 105 (2): 52  
 Brandi, Claudio; 105 (1): 7

## C

Caro, Jorge; 104 (1): 21  
 Caro, Marcelo; 104 (1): 21  
 Caubet, María M.; 104 (2): 62  
 Cerda, Juan I.; 104 (1): 14  
 Cerutti, Roberto A.; 104 (1): 6  
 Chimondeguy, Domingo; 105 (1): 1  
 Correa, Francisco; 105 (2): 60

## D

D'Addino, José L.; 104 (2): 62  
 de Jesús Castro, Diego S.; 105 (2): 65  
 de la Torre, Alejandro M.; 104 (1): 17  
 de Santibañes, Eduardo; 104 (1): 24  
 Debonis, Daniel L.; 105 (1): 35  
 Delgado Marín, Daniel E.; 104 (2): 49  
 Demarchi, Gonzalo; 104 (2): 55  
 Di Pietro, Eugenia; 105 (1): 1  
 Domínguez, María J.; 104 (1): 14

## F

Fernández, Juan P.; 104 (2): 41  
 Ferrante, María S.; 104 (2): 41  
 Ferro, Paula C.; 105 (1): 39  
 Fitt, Marcos R.; 105 (2): 60  
 Flores, Jorge; 105 (2): 62

## G

González, Horacio; 104 (1): 14  
 González Aguilar, Osvaldo; 104 (2): 49  
 González Aguilar, Osvaldo; 104 (2): 65  
 González Aguilar, Osvaldo; 105 (1): 15

## I

Im, Víctor ; 105 (2): 52  
 Iotti, Alejandro ; 105 (1): 39  
 Iribarren, Claudio; 105 (2): 45

## L

Laconich, Diego; 105 (2): 62  
 Lamy, Roberto; 104 (2): 55  
 Lerner, Diego; 104 (2): 49  
 Lescano, Matias; 105 (1): 1  
 Lucilli, Norberto; 104 (2): 55  
 Lynn, Patricio; 105 (1): 35

Lyons, Gustavo; 105 (1): 1  
 Lyons, Gustavo A.; 104 (1): 6

## M

Mantovani, Gustavo J. A.; 104 (1): 21  
 Martelletti, Cristian; 104 (2): 49  
 Mayorga, Horacio; 104 (2): 62  
 Mentz, Ricardo; 105 (2): 52  
 Mezzadri, Norberto A.; 105 (2): 67  
 Mezzadri, Norberto A.; 105 (2): 74  
 Mingione, Adriana; 104 (2): 49  
 Montesinos, Manuel R.; 104 (2): 77  
 Montesinos, Manuel R.; 105 (1): 35  
 Montesinos, Manuel R.; 105 (1): 39

## N

Nowydwor, Benjamín; 104 (2): 41

## O

Ojea Quintana, Guillermo; 105 (2): 52

## P

Palmisano, Ezequiel; 104 (1): 14  
 Pankl, Leonardo; 105 (1): 1  
 Pankl, Leonardo G.; 104 (1): 6  
 Pardo, Hugo; 104 (2): 49  
 Paris, Víctor; 104 (2): 62  
 Pavlovsky, Alejandro J.; 104 (1): 17  
 Pekolj, Juan; 105 (2): 78  
 Penedo, Santiago; 104 (1): 17  
 Pigni, María M.; 104 (2): 62  
 Pirchi, Daniel D.; 104 (1): 6  
 Porto, Eduardo A.; 104 (1): 6

## Q

Quildrian, Sergio D.; 104 (1): 1

## R

Ríos, Héctor; 104 (1): 21  
 Rivarola, Celeste; 105 (2): 62  
 Rivera, Alberto; 105 (2): 45  
 Rossi, Gustavo; 105 (2): 52  
 Ruiz, Hernán; 105 (2): 45

## S

Saco, Pedro A.; 104 (1): 1  
 Samaniego, Castor ; 105 (2): 62  
 Santilli, Osvaldo; 104 (2): 55  
 Simkin, David; 104 (2): 49

## T

Torres, Ricardo A.; 105 (2): 71  
 Tripoloni, Daniel ; 104 (2): 55  
 Trouchet, Víctor; 105 (1): 35

## V

Vaccarezza, Hernán; 105 (2): 52  
 Vaccaro, Carlos ; 105 (2): 52  
 Valeri, Daniel D.; 104 (1): 21  
 Vega, Gabriela; 104 (1): 1  
 Vitola, David E.; 105 (2): 60

## ÍNDICE DEL VOLUMEN

### A

- Ambrosio, Mariana, 7  
 Análisis de N2 insospechado en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas estadio clínico IA: impacto de la estadificación actual y localización del tumor, 1  
 Argibay, Pablo, 7

### B

- Barraud, Carlos, 7  
 Benati, Mario, 52  
 Bonadeo, Fernando, 52  
 Brandi, Claudio, 7

### C

- Chimondeguy, Domingo, 1  
 Correa, Francisco, 60

### D

- de Jesús Castro, Diego S., 65  
 Debonis, Daniel L., 35  
 Di Pietro, Eugenia, 1  
 Discurso del Sr. Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía, 67  
 Discurso del Sr. Presidente del 84° Congreso Argentino de Cirugía, 71  
 Discurso del Sr. Presidente Entrante de la Academia Argentina de Cirugía, 74  
 Duplicación de colon cecoascendente en un adulto. Informe de un caso y revisión de la literatura, 60

### E

- Elogio al Dr. Alberto E. Laurence, 78

### F

- Ferro, Paula C., 39  
 Fitt, Marcos R., 60  
 Flores, Jorge, 62

### G

- González Aguilar, Osvaldo, 15

### H

- Hemobilia por trauma hepático: Una causa inusual de hemorragia digestiva alta, 62

### I

- Im, Víctor, 52  
 Ingeniería de tejidos y cirugía de la pared abdominal: prototipo de bioprótesis, 7  
 Iotti, Alejandro, 39

- Iribarren, Claudio, 45

### L

- La hernioplastia inguinal en el 2012. Encuesta a Cirujanos de la Asociación Argentina de Cirugía, 45  
 Laconich, Diego, 62  
 Lescano, Matias, 1  
 Lynn, Patricio, 35  
 Lyons, Gustavo, 1

### M

- Malformación arteriovenosa gigante facial del adulto. Resección y reconstrucción con colgajos libres, 35  
 Melanomas de cabeza y cuello. Un tema siempre polémico (Parte II), 15  
 Mentz, Ricardo, 52  
 Mezzadri, Norberto A., 67, 74  
 Montesinos, Manuel R., 35, 39

### O

- Ojea Quintana, Guillermo, 52

### P

- Pankl, Leonardo, 1  
 Pekolj, Juan, 78

### R

- Rivarola, Celeste, 62  
 Rivera, Alberto, 45  
 Rossi, Gustavo, 52  
 Ruiz, Hernán, 45

### S

- Samaniego, Castor, 62  
 Schwannoma de glosofaríngeo. Causa infrecuente de tumor parafaríngeo, 39

### T

- Torres, Ricardo A., 71  
 Tratamiento laparoscópico del cáncer de recto: resultados oncológicos a largo plazo, 52  
 Trouchet, Víctor, 35

### U

- Ultrasonido en complicaciones posquirúrgicas. Identificación de gasomas, 65

### V

- Vaccarezza, Hernán, 52  
 Vaccaro, Carlos, 52  
 Vitola, David E., 60



**Impresión realizada por:**  
GM - Mansilla E., Mansilla N., Irrera M. S/H  
Cdo. Rivadavia 3330 - (B1874FUH) Pcia. de Buenos Aires  
Tel./Fax: 4205-2497/6644 L. Rot.  
e-mail: [info@graficagm.com.ar](mailto:info@graficagm.com.ar) Website: [www.grificamansilla.com.ar](http://www.grificamansilla.com.ar)  
Impreso junio 2014