

**revista
argentina
de**

CIRUGIA

PUBLICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

**VOLUMEN 103
OCTUBRE - DICIEMBRE 2012
ISSN 0048-7600**

**NÚMEROS 4-5-6
45 - 112**

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
 Indizada en base Scielo Argentino
 Participante de los Requisitos Uniformes, Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas
 Participante del Proyecto EXTRAMED, Organización Mundial de la Salud (OMS)
 ISSN 0048 - 7600 - ISSN on-line 2250-639X
 Registro de la Propiedad Intelectual 67.145

AUTORIDADES



DIRECTOR

Alejandro S. Oria

(Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires)

EDITOR JEFE

Eduardo B. Arribalzaga

(Hospital de Clínicas, Buenos Aires)

COMITÉ EDITORIAL

Raúl A. Borracci

(Hospital de Clínicas, Buenos Aires)

Eduardo Bumaschny

(Instituto Roffo, Buenos Aires)

Sung H. Hyon

(Hospital Italiano, Buenos Aires)

Mario L. Iovaldi

(Hospital Alemán, Buenos Aires)

Gustavo A. Lyons

(Hospital Británico, Buenos Aires)

Manuel R. Montesinos

(Hospital de Clínicas, Buenos Aires)

Carlos G. Ocampo

(Hospital Argerich, Buenos Aires)

Rodrigo Sanchez Claría

(Hospital Italiano, Buenos Aires)

SECRETARIA

Mariela L. Ramos

2012; Vol 103 Nº 4-5-6 (OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE) - ÍNDICE

Reglamento de Publicaciones.....	III
Autoridades Academia Argentina de Cirugía	IX

Editorial

Guías de estilo para la confección de manuscritos.....	XV
--	----

Artículos Originales

Factores determinantes de evolución en pacientes operados por complicaciones locales de la pancreatitis aguda. <i>Carlos G. Ocampo MAAC, Hugo I. Zandalazini MAAC, Gustavo Kohan MAAC, Roberto F. G. Klappenbach MAAC y Alejandro S. Oria MAAC.....</i>	45
Riesgo de recidiva local en la cirugía conservadora mamaria: el problema de los márgenes. <i>Héctor D. Vuoto MAAC, Gabriela B. Candas MAAC, Juan L. Uriburu MAAC y col.....</i>	53
El área de superficie corporal: un factor predictor de conversión en cirugía colorrectal laparoscópica. <i>Carlos A. Vaccaro MAAC, Hernán Vaccarezza MAAC, Juan F. Giuliano MAAC y col.....</i>	62

Presentación de Casos

Infarto hepático como forma de presentación de angiosarcoma de hígado. <i>Jorge Bufalaza MAAC, Roberto M. Correa MAAC, Miguel U. Martínez y col.....</i>	71
Absceso por lito perdido post-colecistectomía laparoscópica: informe de un caso y revisión de la literatura. <i>Carlos Ayón Dejo MAAC, Diego Perez Grassano y col.....</i>	74
Angiosarcoma primario de mama y carcinoma papilar de tiroides sincrónico: presentación de un caso y revisión de la literatura. <i>María del C. Manzanares Campillo, Virginia Muñoz Aienza y col.....</i>	77

83º Congreso Argentino de Cirugía

Discursos

Octavio Gil MAAC FACS , Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía..	80
Luis T. Chiappetta Porras MAAC FACS , Presidente del Congreso.....	82

Asamblea General Ordinaria.....	87
Balance General al 31 de agosto de 2012.....	100

Índice por Materias.....	109
Bibliografía quirúrgica Argentina y Autores.....	110
Índice del Volumen Nº103.....	112

Publicación Oficial de la Asoc. Arg. de Cirugía

Correspondencia y suscripciones:

M. T. de Alvear 2415 - (1122) Cap. Fed.

Tel.: 4822-6489 / 4822-2905-3649

FAX Nº (054-11) 4822-6458

E-mail: info@aac.org.ar - revista@aac.org.ar

Producción gráfica y editorial:

GM - Mansilla E., Mansilla N., Irrera M. S/H

Cdoro. Rivadavia 3330 - (B1874FUH) Pcia. de Buenos Aires

Tel./Fax: 4205-2497/6644 L. Rot.

e-mail: info@graficagm.com.ar

Website: www.graficamansilla.com.ar

PRESIDENTE Dr. Octavio A. Gil	Instructions to the authors	III
VICEPRESIDENTE 1° Dr. Norberto A. Mezzadri	Argentinean Academy of Surgery Members	IX
VICEPRESIDENTE 2° Dr. Luis T. Chiappetta Porras	Editorial	
SECRETARIO GENERAL Dr. Javier C. Lendoire	Guidelines	XV
SECRETARIO DE ACTAS Dr. Pablo Capitanich	Original Papers	
TESORERO Dr. Gustavo L. Rossi	Factores related to the patient evolution after surgery for pancreatic <i>local complications</i>. Carlos G. Ocampo MAAC, Hugo I. Zandalazini MAAC, Gustavo Kohan MAAC, Roberto F.G. Klappenbach MAAC and Alejandro S. Oria MAAC	45
PROFESORERO Dr. Diego L. Sinagra	Resection margins as local recurrence in early stage breast cancer. Hector D. Vuoto MAAC, Gabriela B. Candas MAAC, Juan L. Uriburu MAAC et al.	53
VOCALES TITULARES Dr. Roberto A. Cerutti Dr. Carlos M. Canullán Dr. Angel M. Vannelli Dr. Marcelo P. Nallar Dera	Impact of body surface area on conversion rate in laparoscopic colorectal surgery. Carlos A. Vaccaro MAAC FACS, Hernan Vaccarezza MAAC, Juan F. Giuliano MAAC et al	62
VOCALES SUPLENTE Dr. Hugo A. Amarillo Dr. Rogelio A. Traverso Dr. José C. Mercade Dr. Enrique J. Beveraggi Dr. Juan M. Fernández Vila	Case Reports	
CONSEJO CONSULTIVO Dr. Pedro A. Ferraina Dr. Alejandro S. Oria Dr. Eduardo Cassone Dr. Eduardo de Santibaños Dr. Claudio Iribarren	Liver necrosis due to angiosarcoma. Jorge Bufalaza MAAC, Roberto M. Correa MAAC, Miguel U. Martinez et al.	71
DIRECTOR Dr. Martin E. Mihura	Abscess due to lost gallstone after laparoscopic cholecystectomy. Carlos Ayon MAAC, Diego Perez Grassano et al.	74
CIRUJANOS MAESTROS Achával Ayerza, Horacio (1998) + Ahuall, Antonio (2001) Acosta, Juan M. (2008) Baro, Manuel (2001) + Benaim, Fortunato (2004) Beveraggi, Enrique M. (2001) Curutchet, H. Pablo (2008) Ortiz, Frutos E. (2005) García Casella, Miguel A. (2006) Garriz, Roberto (1992) + Gramática, Luis (2011) Gutiérrez Maxwell, Vicente P. (2000) Heidenreich, Arturo (2007) Hülkamp, Pedro (2009) Lange, Wolfgang G. (2001) Laurence, Alberto E. (1985) + Mc Lean, Leonardo (2010) Mainetti, José M. (1976) + Manrique, Jorge (1999) + Martínez Marull, Alfredo (2002) Martini, Roald B. (2004) Mazzariello, Rodolfo (2005) + Moroni, Jorge M. (2003) Nallar, José (2009) Olacireguí, Juan C. (2007) Perera, Santiago G. (2003) + Pradier, Roberto N. (2010) Santángelo, Héctor D. (2006) Uriburu, Julio V. (1983) +	Primary angiosarcoma of the breast and synchronous thyroid papillary carcinoma. Maria del C. Manzanares Campillo, Virginia Muñoz Atienza et al.	77
	83th Argentinean Congress of Surgery	
	Opening Session Addresses	
	Octavio Gil MAAC FACS, President of Argentinean Association of Surgery	80
	Luis T. Chiappetta Porras MAAC FACS, 83th Congress President	82
	Ordinary General Assembly	87
	General Balance, August 31th 2012	100
	Argentinean Surgical Bibliography Subjets and Authors Index	110
	Volume 103 Index	112

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Página del Título

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

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

Resumen

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

Texto

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

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

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

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

Tablas

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

Figuras (gráficos, dibujos o fotos)

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

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

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

Investigación en Seres Humanos

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

Conflictos de Interés

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

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

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

Firma de Autor(es)

Verifique antes de enviar su artículo:

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

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

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

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

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

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

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

Title page

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

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

Summary

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

Text

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

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

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

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

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

Tables

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

Figures (graphs, drawings or pictures)

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

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

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

Research on human beings

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

Conflict of Interests

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

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

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

Signature of author(s)

Before sending your article, check the following:

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

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA REGULAMENTO PARA PUBLICAÇÕES

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

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

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

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

- *Envie original e duas cópias* do trabalho em espanhol (incluindo 2 exemplares separados e com rótulos para as ilustrações) além de uma cópia em formato eletrônico em programa Word, fonte Times New Roman 12. Escreva com espaçamento duplo, em apenas um lado de papel A4, 36 linhas e com não menos de 3 cm da margem esquerda, e o sobrenome do primeiro autor no canto superior direito de cada página. O texto deve ser preparado da maneira a seguir: 1) página do título e autores; 2) resumo e *summary* ou *abstract*; 3) texto; 4) bibliografia; 5) tabelas e 6) legendas. As páginas devem ser numeradas correlativamente, começando pela página do título como página 1 e concluindo com a página das legendas das fotos e/ou esquemas.
- O artigo original não deve exceder as 12 páginas com texto, e deve ser proporcionalmente curto nas ilustrações e nas tabelas a ser incluídas.
- A apresentação de casos deve ter resumo e *summary*, segundo as indicações da *Scientific Style and Format* do *Council of Science Editors* (2002). Os textos para os relatórios de casos não deve exceder as 4 páginas com espaçamento duplo do texto. Se as tabelas ou ilustrações forem incluídas, o texto deve ser reduzido. Os relatórios de casos com extensão maior não serão considerados para ser publicados.
- As *referências bibliográficas* devem ser escolhidas e pertinentes ao artigo apresentado. Salvo nas revisões atualizadas (*collective reviews*), os artigos originais não devem ter mais de 20 citações e os relatórios de casos, 5.

Página do Título

- O título do artigo não deve superar as 2 linhas de 50 caracteres cada uma. Inclua os nomes dos autores que realmente participaram no desenho, elaboração e execução do trabalho, com o grau acadêmico mais destacado. Inclua, também, o nome e o local da instituição onde o trabalho foi realizado.
- Se o artigo foi apresentado em um Congresso ou Jornada, inclua uma nota de rodapé com o nome, o local e a data da reunião.

Resumo

- Escreva um resumo estruturado (em espanhol e em inglês) de 100 até 250 palavras para um artigo original. O resumo estruturado contém os antecedentes (*background*), objetivo (*objective*), local de aplicação (*setting*), desenho (*design*), população (*population*), método (*method*), medidas de avaliação (*outcome measures*), resultados (*results*) e conclusões (*conclusions*). Será escrito em forma pontual (não narrada).

Texto

- Sua organização deve ter: *Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão*.
- As referências bibliográficas devem ser pertinentes ao tema, e devem incluir, se for possível, autores argentinos. Serão colocadas em ordem numérico-alfabética no texto, segundo o sobrenome do autor inicial, e deverá aparecer o número correspondente junto a cada citação. A ordem de localização das citações deve ser: ano, n° de volume, página inicial e final. Identifique as referências no texto com números arábicos na mesma linha do texto. Não devem

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

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

Tabelas

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

Figuras (gráficos, desenhos ou fotografias)

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

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

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

Pesquisa em Seres Humanos

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

Conflito de Interesse

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

Enunciado de Responsabilidade Científica.

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

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

Assinatura do(s) autor(es)

Verifique antes de enviar seu artigo:

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

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA

Publicación de la Asociación Argentina de Cirugía

Volumen 103

NÚMEROS 4-5-6

OCTUBRE - NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2012

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA 2012

PRESIDENTE

Pedro A. Ferraina

VICEPRESIDENTE

Norberto A. Mezzadri

SECRETARIO GENERAL

Juan Pekolj

SECRETARIO ANUAL

Luis E. Sarotto

TESORERO

Manuel R. Montesinos

DIRECTOR DE PUBLICACIONES Y PRENSA

Jorge L. Manrique

DIRECTOR DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO

Roberto H. Lamy

VOCAL 1º

Ángel M. Minetti

VOCAL 2º

Carlos G. Ocampo

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

EX-PRESIDENTES

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

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

SECRETARIOS GENERALES

1913 - 1918	Daniel J. Cranwell	1972 - 1976	Guillermo F. Cottini
1918 - 1923	José M. Jorge	1976 - 1980	Wolfgang G. Lange
1923 - 1928	Oscar Copello	1980 - 1984	Rubén Siano Quirós
1928 - 1933	Rodolfo E. Pasman	1984 - 1988	Santiago G. Perera
1933 - 1938	Ricardo Rodríguez Villegas	1988 - 1992	Enrique M. Beveraggi
1938 - 1943	Pedro Jáuregui	1992 - 1995	Miguel A. Gómez
1943 - 1948	Oswaldo 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		

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)
2006 - González Aguilar, Oswaldo	(1981)	1991 - Perera, Santiago G.	(1969)
2011 - Gramática, Luis	(1982)	2002 - Pradier, Roberto N.	(1969)
1998 - Gutiérrez, Vicente P.	(1971)	2010 - Santángelo, Héctor D.	(1979)
2004 - Heidenreich, Arturo	(1967)	2003 - Sívori, Jorge A.	(1977)
2001 - Hülskamp, Pedro	(1971)	1999 - Vidal, E. Roberto	(1970)
1983 - Lange, Wolfgang G.	(1960)		

Miembros Eméritos

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

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

Miembros Académicos

1994 - Ahumada, Juan Carlos	(1988)	2011 - Figari, Marcelo F.	(2003)
2002 - Albertengo, Juan Carlos	(1995)	2006 - García, Hugo A.	(2001)
1993 - Alvarez Rodríguez, Juan E.	(1987)	2003 - Giménez, Mariano E.	(1998)
2010 - Andriani, Oscar C.	(2005)	1999 - Graziano, Alfredo	(1993)
1998 - Apestegui, Carlos A.	(1989)	1993 - Grinspan, Ricardo M.	(1988)
2003 - Argibay, Pablo F.	(1997)	1984 - Gutiérrez, Luis V.	(1978)
2006 - Arozamena, Carlos J.	(1995)	1987 - Hurtado Hoyo, Elías	(1981)
1983 - Barredo, Claudio	(1977)	2010 - Hyon, Sung Ho	(2004)
1993 - Bumashny, Eduardo	(1987)	2011 - Imventarza, Oscar C.	(2005)
2003 - Bun, René F.	(1994)	1997 - Iribarren, Claudio	(1992)
1997 - Buroni, José R.	(1991)	2005 - Lamy, Roberto H.	(2000)
2009 - Califano, Leonardo L.	(2004)	2008 - Latif, Jorge A.	(2002)
1998 - Casalnuovo, Carlos A.	(1992)	2008 - Lendoire, Javier C.	(2003)
2009 - Cavadas, Demetrio	(2003)	1997 - Manrique, Jorge L.	(1992)
2008 - Cerutti, Roberto A.	(2001)	2005 - Mezzadri, Norberto A.	(1998)
1996 - Chiappetta Porras, Luis T.	(1991)	2002 - Minetti, Angel Miguel	(1997)
1997 - Ciardullo, Miguel A.	(1991)	2004 - Montesinos, Manuel R.	(1998)
1995 - Cimino, Conrado	(1990)	2004 - Muzzio, Santiago	(1991)
2008 - Covaro, Jorge A.	(2002)	2011 - Ocampo, Carlos G.	(2003)
2009 - Curto, Oscar Cayetano	(1998)	1996 - Ortiz, Frutos Enrique	(1966)
1986 - Curutchet, H. Pablo	(1978)	2003 - Pekolj, Juan	(1998)
2001 - De Rosa, Roberto A.	(1986)	2004 - Rijana, Rodolfo J.	(1998)
2005 - Debonis, Daniel L.	(1997)	1999 - Rodríguez Martín, Jorge A.	(1993)
1998 - Defelitto, Jorge R.	(1996)	1994 - Rosenberg, Moisés	(1988)
1980 - Diez, Julio A.	(1974)	1989 - Saad, Eduardo N.	(1984)
1998 - Donnelly, Eduardo J.	(1992)	2011 - Saco, Pedro A.	(2004)
2003 - Etcheverry, Ricardo M.	(1994)	2008 - Salomón, Mario	(2002)
2007 - Fajre, Mirta L.	(2001)	1991 - Simkin, David O.	(1986)
2008 - Fernández Marty, Alfredo P.	(1997)	1982 - Sívori, Enrique A.	(1976)
1989 - Ferraina, Pedro A.	(1983)	2011 - Vannelli, Angel M.	(2005)
2005 - Ferreres, Alberto R.	(1998)	2004 - Vuoto, Héctor D.	(1999)

Miembros Asociados

2006 - Alén González, Benito		1999 - Merello Lardies, Jorge	
2008 - Altuna, Irene M. R.		2005 - Ojea Quintana, Guillermo M.	
1999 - Badaloni, Adolfo E.		2006 - Pardo, Hugo A.	
1994 - Benati, Mario L.		1993 - Puigdevall, Juan C.	
2008 - Berkowski, Darío E.		2007 - Rainone, Juan E.	
2011 - Brandi, Claudio D.		2010 - Reilly, Jorge A.	
2003 - Casavilla, F. Adrián		2011 - Rossi, Gustavo L.	
2009 - de la Torre, Alejandro M.		2009 - Rotholtz, Nicolás A.	
2011 - Duhalde, Martín A.		2011 - Russi, Rodolfo H.	
2007 - Grondona, Jorge P.		2007 - Salarato, Osvaldo	
2006 - Hequera, Jorge A.		2010 - Sarotto, Luis E.	
1995 - Iñón, Alberto		2011 - Serafini, Víctor H.	
2011 - Kohan, Gustavo		2009 - Terrés, Marcelo C.	
2007 - Leiro, Fabio O.		2008 - Tisminezky, Gustavo J.	
1996 - Leone, Roque R.		1986 - Trainini, Jorge C.	
1997 - Lipinski, Alberto I.		1992 - Troiano, Rodolfo A.	
2002 - Luciani, Wilfrido		2006 - Vaccaro, Carlos A.	
2008 - Lucilli, Norberto		2005 - Vannelli, Angel M.	
2008 - Mattera, Francisco J.		2010 - Wainstein, Daniel E.	
2007 - Mc Cormack, Lucas		2009 - Zandalazini, Hugo I.	

ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

Miembros Correspondientes Nacionales

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

Miembros Correspondientes Extranjeros

2002 - Belghiti, Jacques (Francia)	1993 - Moreno G., Enrique (España)
1994 - Biorolini, Dario (Brasil)	1996 - Nin Vivo, Jorge (Uruguay)
1994 - Bismuth, Henri (Francia)	1976 - Patiño, José F. (Colombia)
2010 - Castaing, Denis (Francia)	1995 - Pellegrini, Carlos (U.S.A)
2010 - Ceconello, Iván (Brasil)	2000 - Perissat, Jaques (Francia)
1976 - Clemente, A. (Venezuela)	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.)
2006 - Hidalgo P., Manuel (España)	2004 - Salvadori, Bruno (Italia)
1992 - Hugier, Michel (Francia)	2004 - San Román T., J. M. (España)
2011 - Jaeck, Daniel (Francia)	2011 - Schmidt, Jan (Alemania)
1993 - Laffaje, Horacio A. (U.S.A.)	1994 - Sonneborn, Ricardo (Chile)
1992 - Launois, Bernard (Francia)	2007 - Strasberg, Steven (USA.)
1992 - Lyra, Ezequiel (Chile)	2008 - Sugarbaker, Paul H. (U.S.A.)
2008 - Marescaux, Jacques (Francia)	1994 - Terz, José (U.S.A.)
1975 - Mercadier, Mauricie (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 pretensiosos. No hay que olvidar la estrecha relación y concordancia que deberá existir entre los objetivos planteados y la conclusión del trabajo: por lo tanto, no se deben incluir objetivos que luego no serán cumplidos en el desarrollo del trabajo

MATERIAL Y MÉTODOS

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

Pacientes o material

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

Métodos

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS

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

En artículo de investigación

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

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

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

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

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

Presentación de caso clínico

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

DISCUSIÓN

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

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

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

Desarrollo de la discusión

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

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

Ejemplo de primer párrafo de una discusión deductiva:

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo de discusión híbrida

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

Siguen 6 oraciones que desarrollan la precedente oración temática.

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

Oria A, y col, Ann Surg, 2007

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

ERRORES A EVITAR

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

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

Digresión

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

Desorden

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

Omisión de aspectos del estudio cuya discusión es imprescindible

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

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

Ambigüedad

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

Prejuicio

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

Argumentación falaz

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

Conclusión

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

MATERIAL GRÁFICO

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

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

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

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

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

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

FACTORES DETERMINANTES DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES OPERADOS POR COMPLICACIONES LOCALES DE LA PANCREATITIS AGUDA

Carlos G. Ocampo* MAAC, Hugo I. Zandalazini** MAAC, Gustavo Kohan** MAAC,
Roberto F. G. Klappenbach** MAAC y Alejandro S. Oría*** MAAC

DEL HOSPITAL COSME ARGERICH, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

RESUMEN

Antecedentes: La necrosis pancreática infectada y el seudoquistes son complicaciones que en general requieren algún tipo de tratamiento quirúrgico (laparoscópico, percutáneo o convencional).

Objetivo: Identificar los factores determinantes de mortalidad en pacientes sometidos a cirugía por complicaciones locales de la pancreatitis aguda.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la National Library of Medicine mediante Pubmed limitada a los trabajos publicados en inglés, a partir de 1990 utilizando los siguientes términos solos o en combinación: "pancreatic necrosis", "necrosectomy", "mortality", "morbidity", "local complications", "surgery" y "severe acute pancreatitis". En la base de datos LILACS se realizó también una búsqueda de los trabajos publicados en Argentina, en el período 2000 a 2011.

Resultados: Se seleccionaron 119 trabajos y se excluyeron 82 por inadecuado análisis estadístico o insuficiente número de pacientes. Del análisis de los 37 trabajos seleccionados se identificaron 6 factores determinantes de mortalidad luego de la necrosectomía pancreática. Estos factores fueron: el intervalo de tiempo entre el ingreso y la necrosectomía, la composición líquida o sólida predominante, la presencia de infección, la extensión y localización de la necrosis pancreática, la presencia de disfunciones orgánicas y la organización de la necrosis. En la búsqueda de la base de datos LILACS se identificaron 7 trabajos publicados sobre cirugía de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda.

Conclusión: La bibliografía puede identificar seis factores determinantes de evolución en los pacientes sometidos a cirugías por complicaciones locales de la pancreatitis, lo cual tiene utilidad para el tratamiento.

Palabras clave: páncreas – pancreatitis aguda - complicaciones

ABSTRACT

Background: Infected pancreatic necrosis and pseudocyst are complications that, generally, require any type of surgical treatment (laparoscopic, percutaneous or open surgery).

Objective: To identify mortality factors in patients who underwent surgery for local complications of acute pancreatitis.

Method: It was conducted a literature search in the National Library of Medicine through Pubmed, limited to publications in English since 1990, using the following keywords: pancreatic necrosis, necrosectomy, mortality, morbidity, local complications, surgery and severe acute pancreatitis. In the data base LILACS a similar search was conducted, limited to the Argentine literature, during the period 2000 – 2011.

Results: 119 publications were selected and 82 were excluded because of inadequate statistical analysis or insufficient number of patients. After the analysis, 37 publications were selected and 6 mortality factors after pancreatic necrosectomy were identified. These factors were: time between admission and necrosectomy; predominance of liquid or solid components; presence of infection; extension and localization of pancreatic necrosis; presence of organ failure and walled off necrosis. In the search conducted in the LILACS data base, 7 publications about surgery of the local complications of acute pancreatitis were identified.

Conclusion: After the literature search, six factors were identified related to the patient evolution after surgery for pancreatic local complications.

pancreas – acute pancreatitis - complications
Rev. Argent. Cirug., 2012; 103 (4-5-6): 45-52

* Profesor Adjunto de Cirugía, Jefe de Unidad del Servicio de Cirugía

** Médicos de planta del Servicio de Cirugía

*** Profesor Titular de Cirugía (Universidad de Buenos Aires)

Recibido el 25 de Junio de 2012.

Aceptado el 07 de Agosto de 2012.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda desarrollan una forma leve que se resuelve rápidamente con tratamiento conservador, mientras que 20 a 25% de los pacientes presentan formas graves con complicaciones sistémicas o locales. Las complicaciones locales más frecuentes son la necrosis pancreática infectada y el pseudoquistes que, por lo general, requieren algún tipo de tratamiento quirúrgico.

Durante mucho tiempo, el único tratamiento utilizado para tratar las complicaciones locales de la pancreatitis aguda era la cirugía convencional. En las últimas décadas, la endoscopia, la laparoscopia y el drenaje percutáneo son modalidades de tratamiento mini-invasivo que compiten o se complementan con la cirugía convencional. La existencia de estas múltiples opciones terapéuticas plantea un desafío para los cirujanos, a la hora de elegir la opción más adecuada para cada paciente.

La heterogeneidad de las complicaciones locales, junto con los diferentes contextos clínicos de los pacientes, determinan diversos factores favorables o desfavorables, que influyen en el resultado de la aplicación de una determinada opción terapéutica. A pesar de su importancia, llama la atención la ausencia de una adecuada evaluación de estos factores en la mayoría de las series. Esta evaluación, es de fundamental importancia para poder categorizar a los pacientes y de esta forma, poder realizar una adecuada comparación de la efectividad de las diferentes opciones terapéuticas.

El objetivo principal de este trabajo es identificar, mediante una búsqueda bibliográfica, los factores determinantes de mortalidad en pacientes sometidos a cirugía por complicaciones locales de la pancreatitis aguda. El objetivo secundario es determinar cuántos de los factores identificados se encuentran consignados en los trabajos publicados en la literatura argentina sobre cirugía de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en la *National Library of Medicine* mediante Pubmed limitada a

los trabajos publicados en inglés, a partir de 1990. La búsqueda se realizó utilizando los siguientes términos sólo o en combinación: pancreatic necrosis, necrosectomy, mortality, morbidity, local complications, surgery and severe acute pancreatitis. Se excluyeron los trabajos en los cuales no se realizó un análisis estadístico multivariable para determinar los factores que influían en la mortalidad. Además, para evitar errores estadísticos se excluyeron los trabajos con menos de 25 pacientes. En los trabajos seleccionados se identificaron los factores determinantes de mortalidad según el análisis multivariable.

En la base de datos LILACS se realizó también una búsqueda de los trabajos publicados en Argentina, en el período 2000 a 2011, con los términos pancreatitis aguda severa, necrosectomía, necrosis pancreática y/o complicaciones locales, cirugía y pancreatitis aguda severa. Se incluyeron sólo los trabajos en los cuales se realizó cirugía por complicaciones locales de la pancreatitis aguda. En los trabajos seleccionados se determinó cuántos de los factores identificados previamente se encontraban consignados.

RESULTADOS

En la búsqueda mediante Pubmed se seleccionaron 119 trabajos, se excluyeron 82 por inadecuado análisis estadístico o insuficiente número de pacientes. Del análisis de los 37 trabajos seleccionados se identificaron 6 factores determinantes de mortalidad luego de la necrosectomía pancreática. Estos factores fueron: el intervalo de tiempo entre el ingreso y la necrosectomía, la composición líquida o sólida predominante, la presencia de infección, la extensión y localización de la necrosis pancreática, la presencia de disfunciones orgánicas y la organización de la necrosis.

En la búsqueda de la base de datos LILACS se identificaron 7 trabajos publicados sobre cirugía de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda. Ninguno de los trabajos seleccionados tenía una clara descripción de los 6 factores determinantes de mortalidad previamente identificados. El número promedio de factores determinantes de mortalidad identificados por trabajo fue de 3.2 (rango de 2-5).

DISCUSIÓN

El análisis de los trabajos seleccionados identificó 6 factores asociados a mortalidad luego de necrosectomía. Estos factores fueron: el intervalo de tiempo entre el ingreso y la necrosectomía, la composición líquida o sólida predominante, la presencia de infección, la extensión y localización de la necrosis pancreática, la presencia de disfunciones orgánicas y la organización de la necrosis. En los últimos años, se ha mencionado al intervalo de tiempo entre el inicio del ataque y la cirugía como un factor de riesgo de morbilidad muy importante. El análisis de la evidencia muestra que el riesgo de mortalidad es significativamente menor cuando la necrosectomía se realiza más allá de la segunda semana de evolución (Tabla 1).

Autor	Número de pacientes	Mortalidad Cirugía Temprana (Menos de 14 días)	Mortalidad Cirugía Temprana (Más de 14 días)	P
Hartwig ⁵	62	53% (16)	22% (7)	< 0.05
Rodriguez ¹⁷	167	20% (14)	5% (5)	< 0.002
Mofidi ¹¹	94	48% (45)	13% (13)	< 0.05
Mier ¹⁰	41	56% (14)	27% (3)	Est. interrumpido
Hungness ⁸	25	29% (4)	18% (2)	< 0.05
Besselink ⁴	53	75% (12)	18% (7)	< 0.001

TABLA 1

Mortalidad en relación al intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y la necrosectomía.

El valor entre paréntesis corresponde al número de pacientes.

El trabajo de Mier¹⁰ es el único estudio prospectivo randomizado que evaluó la importancia del tiempo en la necrosectomía. En este trabajo, los pacientes fueron randomizados a cirugía temprana (menos de 14 días de evolución) o a cirugía diferida (más de 14 días de evolución). Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica y el diagnóstico de infección de la necrosis no fue determinante para indicar la cirugía. La mortalidad de la cirugía temprana fue de 56%, muy superior al 27% de la cirugía diferida. Aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa, el estudio fue interrumpido en forma prematura debido al riesgo elevado de mortalidad de la cirugía temprana.

Hay varias razones que podrían explicar la mayor mortalidad de la cirugía temprana. En

primer lugar, dado que la mayoría de los trabajos se basan en series retrospectivas, es posible que ocurra un sesgo en la muestra de los pacientes. Es muy probable que los pacientes que necesiten cirugía temprana constituyan un grupo de pacientes más graves, en relación a aquellos en que les es posible diferir la cirugía. En segundo lugar, como la cirugía temprana se realiza en plena etapa de respuesta inflamatoria de la pancreatitis aguda, la alta mortalidad de la misma podría estar influenciada por el agravamiento de disfunciones y fallas orgánicas preexistentes. Por último, desde un punto de vista técnico, la necrosectomía en la cirugía temprana es más difícil y aún imposible en algunos casos, ya que los fragmentos necróticos están firmemente adheridos a los tejidos viables. En la cirugía diferida, por el contrario, el reblandecimiento y desprendimiento de los fragmentos necróticos, producto del mayor tiempo de evolución, permite que la necrosectomía sea técnicamente más sencilla. Por lo tanto, la necrosectomía tardía se realiza en pacientes clínicamente más estables, es técnicamente más sencilla, más completa, con menor riesgo de hemorragia y menor número de complicaciones, que la necrosectomía temprana.

Las ventajas ofrecidas por la necrosectomía tardía están modificando en algunos centros la oportunidad quirúrgica de la necrosis pancreática infectada. Hasta hace muy poco tiempo, los paradigmas del tratamiento de la necrosis pancreática eran el tratamiento conservador en la necrosis estéril y el tratamiento quirúrgico inmediato en la necrosis pancreática infectada. Mientras que el primero permanece inalterable, el segundo sufrió un proceso gradual de cambios. El determinante en la indicación quirúrgica tradicional en la necrosis pancreática infectada era la confirmación bacteriológica de una sospecha clínica de infección. En la actualidad, se prioriza la clínica y para aprovechar las ventajas de la necrosectomía tardía, se tiende a retrasar la indicación quirúrgica en pacientes clínicamente estables con diagnóstico de infección mediante antibióticos y/o drenaje percutáneo.

La influencia de la infección en la evolución de la cirugía por complicaciones locales de la pancreatitis aguda es en la actualidad un tema de controversia. La mayoría de las series coinciden en que la infección de las complicaciones locales produce una mayor morbilidad; sin embargo, la relación entre la presencia de infec-

ción y el riesgo de mortalidad tiene en la evidencia resultados contradictorios. En algunas series, la infección de la necrosis incrementa significativamente el riesgo de mortalidad; mientras que en otras, la mortalidad de la cirugía es similar en pacientes con necrosis estéril o infectada (Tabla 2).

Autor	Número de pacientes	Mortalidad Necrosis Estéril	Mortalidad Necrosis Infectada	p
Rocha ¹⁶	167	10% (5)	33% (5)	< 0.05
Besselink ³	173	5.1% (4)	30% (29)	< 0.01
Rodríguez ¹⁷	158	15% (17)	4.4% (2)	NS
Besselink ⁴	106	28% (21)	47% (14)	NS
Rau ¹⁵	275	23% (33)	27% (38)	NS
Hartwig ⁵	121	2.5% (2)	24.4% (10)	< 0,01
Isenmann ⁷	61	4.28% (7)	25%(9)	NS

TABLA 2
Mortalidad en relación a la presencia de infección pancreática

El valor entre paréntesis corresponde al número de pacientes.

Estas diferencias en la importancia de la infección como factor determinante de mortalidad podrían estar explicadas por la presencia de disfunciones orgánicas. En las series en las que la infección no incrementa la mortalidad, la incidencia de disfunciones orgánicas es similar entre pacientes infectados o estériles. Por el contrario, en las series en las cuales la infección incrementa el riesgo de mortalidad, la incidencia de disfunciones orgánicas es significativamente superior en pacientes con necrosis infectada que en los pacientes con necrosis estéril. En base a estos hallazgos, se puede afirmar que la infección que pone en riesgo a los pacientes con necrosis pancreática es aquella que está acompañada de disfunciones orgánicas. En síntesis, los pacientes con necrosis pancreática infectada sin disfunciones orgánicas, independientemente de la modalidad de tratamiento, tendrían un menor riesgo de mortalidad que los pacientes con necrosis infectada y disfunciones orgánicas.

En los pseudoquistes, al igual que en la necrosis pancreática infectada, la infección constituye un factor determinante de mortalidad siempre y cuando se acompañe de disfunciones orgánicas. En un trabajo de nuestro grupo, los pacientes con infección y disfunciones orgánicas tuvieron una mortalidad del 27.7% (4 de 18), mientras que no se registró mortalidad en pa-

cientes con pseudoquistes infectados sin disfunciones orgánicas (0 de 14)¹³.

En los últimos años, la presencia de disfunciones orgánicas durante el curso de la pancreatitis aguda ha sido reconocida como uno de los principales factores determinantes de la evolución del ataque. Las disfunciones orgánicas se pueden presentar en forma temprana o tardía. Las disfunciones tempranas aparecen dentro de las dos primeras semanas y son consecuencia de la respuesta inflamatoria inicial. Las disfunciones tardías se presentan a partir de la tercera semana de evolución y por lo general son consecuencia de la infección de las complicaciones locales. Tanto las disfunciones tempranas como las tardías son responsables directamente de morbilidad y mortalidad en un ataque de pancreatitis aguda.

En los últimos años, varios trabajos muestran que las disfunciones tempranas no sólo son responsables de la mortalidad temprana, sino que su presencia es un factor de riesgo para el desarrollo de las complicaciones locales futuras y para la mortalidad tardía. Los pacientes con disfunciones tempranas que sobreviven a la primera etapa, tienen durante su evolución, un mayor riesgo de complicaciones locales o de mortalidad tardía que los pacientes que no desarrollaron disfunciones tempranas. En la tabla 3 se muestra la mortalidad tardía en pacientes operados por complicaciones locales, con y sin desarrollo de disfunciones tempranas.

Autor	Número de pacientes	Mortalidad Tardía Sin disfunciones orgánicas	Mortalidad Tardía Con disfunciones orgánicas	p
Tao ¹⁹	297	3%	42%	<0.01
Isenmann ⁷	158	14%	42%	<0.01
Isenmann ⁸	273	0	23%	<0.01
Perez ¹⁴	99	8%	47%	<0.001

TABLA 3
Mortalidad en pacientes operados por complicaciones locales según el desarrollo de disfunciones orgánicas

Como se observa, la mortalidad tardía es significativamente superior en pacientes que desarrollaron disfunciones tempranas en relación a los pacientes que no las desarrollaron.

En un trabajo publicado en el año 1999, nuestro grupo mostró claramente la relación entre respuesta inflamatoria temprana y mortalidad tardía²⁰. Posteriormente, en el año 2001,

Ilsenmann⁸ demostró que la presencia de disfunciones tempranas estuvo asociada a un dramático incremento del 42% en la mortalidad tardía. Estos resultados son similares a los hallados por Rau¹⁵ en 2006. En este último trabajo, la disfunción orgánica temprana múltiple fue el factor independiente más importante de mortalidad en 230 pacientes con necrosis pancreática. Un hallazgo interesante de este trabajo fue que el factor de riesgo más importante en el curso de la necrosis pancreática infectada, fue la presencia de disfunciones orgánicas tempranas y no la extensión de la necrosis pancreática.

Recientes trabajos analizan no sólo la presencia de disfunciones orgánicas sino también su dinámica. La repercusión de las disfunciones tempranas que se resuelven rápidamente no es la misma que las disfunciones tempranas persistentes. Las disfunciones tempranas que se resuelven dentro de los tres primeros días de tratamiento no incrementan el desarrollo de infección local ni el riesgo de mortalidad tardía. Por el contrario, las disfunciones tempranas que persisten son las que definitivamente constituyen un factor de riesgo significativo para el desarrollo de complicaciones locales y mortalidad tardía. En el trabajo de Lytras⁹ los enfermos con disfunciones orgánicas persistentes tuvieron 8 veces más riesgo de morir que aquellos con disfunciones orgánicas transitorias (OR 8.84 IC 1.12-69.49, $p < 0.05$). Por el contrario, la mortalidad asciende significativamente en pacientes con falla orgánica que persiste más allá de la primera semana. Las guías recientes sobre pancreatitis aguda de Reino Unido indican que la falla orgánica temprana que resuelve dentro de las 48 horas, no debe ser considerada enfermedad severa.

En la actualidad, la TAC dinámica permite no sólo diagnosticar la presencia de necrosis pancreática, sino también precisar la extensión y la localización anatómica de la misma. En relación a la extensión de la necrosis, la evidencia muestra que en la mayoría de las series los pacientes con mayor extensión de la necrosis tiene, en forma significativa, mayor incidencia de infección, de necesidad quirúrgica y de morbilidad. Nuestros resultados indican que los pacientes con extensión de la necrosis pancreática mayor al 30% del volumen glandular tienen en forma significativa mayor incidencia de infección y mayor necesidad quirúrgica que los pacientes con menos de 30% de extensión de la necrosis¹³. La mayoría de las series muestran

resultados similares en relación a la extensión de la necrosis y la presencia de necrosis infectada y necesidad quirúrgica.

Los pacientes con necrosis peripancreática pero sin necrosis pancreática presentan una pancreatitis aguda necrotizante de menor gravedad. Sakorafas¹⁸ identificó 12 pacientes con necrosis peripancreática y sin necrosis pancreática y los comparó con 50 pacientes con necrosis pancreática. Los pacientes con necrosis peripancreática aislada tuvieron en forma significativa menor incidencia de disfunciones orgánicas, requirieron menor cantidad de necrosectomías y tuvieron menor índice de complicaciones postoperatorias. La estadía hospitalaria (29 vs 54 días, $p < 0.05$) y la mortalidad (8% vs 20%, $p < 0.05$) fue significativamente menor en los pacientes con necrosis peripancreática aislada.

Las lesiones locales en pancreatitis aguda tienen una estructura heterogénea compuesta por una cantidad variable de tejidos sólidos (necrosis) y líquidos. En las lesiones locales con predominio del componente líquido sobre el sólido, el tratamiento es más sencillo, permite la mini-invasividad y, por lo tanto, la morbilidad en este tipo de lesiones es menor que las de lesiones locales con importante componente sólido. Cuando se analizan los resultados del tratamiento de lesiones locales predominantemente sólidas o líquidas, con una misma modalidad terapéutica, surge claramente que las lesiones locales con componente líquido dominante tienen menor morbilidad y mayor éxito terapéutico que las lesiones con componentes sólidos. El trabajo de Baron², por ejemplo, analiza los resultados del drenaje endoscópico en las distintas lesiones locales de la pancreatitis aguda. Se trataron mediante drenaje endoscópico a 138 pacientes. Las lesiones locales con importante componente líquido tuvieron mayor éxito terapéutico y menor morbilidad que las lesiones locales con componente sólido predominante. En el análisis multivariable el único factor significativo de complicación fue la presencia de fragmentos sólidos (necrosis) en el interior de las lesiones locales.

Durante la evolución del ataque de pancreatitis aguda y a medida que pasa el tiempo, los tejidos necróticos, ya sean infectados o estériles, se organizan y se aíslan de los tejidos circundantes formando una pared fibrosa. Esta estructura de tejidos sólidos dentro de una cápsula o pared, se denomina *necrosis pancreática organizada* o *walled-off necrosis*. El diagnóstico

se realiza por TAC dinámica, mediante la cual se visualiza una imagen hipodensa rodeada de una pared que capta el contraste. Esta forma evolutiva, mucho más tardía que la necrosis difusa debe ser muy bien identificada ya que su tratamiento es más sencillo y completo, y permite la utilización de métodos mini-invasivos. Cuando se comparan los resultados del tratamiento en pacientes con necrosis organizada o difusa, se observa que la necrosis organizada tiene menor morbimortalidad. En el trabajo de Ashley¹ la mortalidad de los pacientes con necrosis difusa fue significativamente superior a la mortalidad de los pacientes con necrosis organizada (14% vs 0, $p < 0.05$).

En conclusión, el análisis de la evidencia permitió identificar 6 factores determinantes de evolución en pacientes sometidos a cirugía por complicaciones locales de la pancreatitis aguda. Estos factores son: el intervalo de tiempo entre el ingreso y la necrosectomía, la composición líquida o sólida predominante, la presencia de infección, la extensión de la necrosis pancreática, la presencia de disfunciones orgánicas y la organización de la necrosis. Todos estos factores pueden ser recordados utilizando una regla nemotécnica denominada TaLINDO, donde T es Tiempo de evolución, L es la presencia de componente Líquido, I es la presencia de Infección, N es el monto de Necrosis, D es la presencia de Disfunciones orgánicas y O es la presencia de necrosis Organizada.

Todos los trabajos publicados en la literatura argentina y la mayoría de los publicados en revistas extranjeras, especialmente los que utilizan modalidades mini-invasivas, carecen de una adecuada descripción de los factores determinantes de evolución. La ausencia de los mismos, no sólo impide reconocer si los pacientes tratados tienen o no condiciones favorables o desfavorables de evolución, sino también imposibilita la comparación de los pacientes entre las diferentes series. Tratar pacientes con factores favorables de evolución (sin disfunciones orgánicas tempranas, con poca necrosis, con componente líquido dominante u operados más allá de la tercera semana) es muy diferente a tratar pacientes con factores desfavorables de evolución (con disfunciones orgánicas tempranas, necrosis extensa, poco componente líquido u operados antes de la segunda semana) independientemente de la modalidad terapéutica utilizada. En futuros trabajos, una clara descripción de los factores determinantes de evolución permitirá categorizar adecuadamente los pacientes tratados y de esta

forma, se podrá comparar en forma racional las diferentes opciones terapéuticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ashley SW, Perez A, Pierce EA, et al. *Necrotizing pancreatitis: contemporary analysis of 99 consecutive cases*. Ann Surg 2001; 234:572-9; discussion 9-80.
2. Baron TH, Harewood GC, Morgan DE, et al. *Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts, and chronic pancreatic pseudocysts*. Gastrointest Endosc 2002; 56:7-17.
3. Besselink MG, de Bruijn MT, Rutten JP, et al. *Surgical intervention in patients with necrotizing pancreatitis*. Br J Surg 2006; 93:593-9.
4. Besselink MG, van Santvoort HC, Boermeester MA, et al. *Timing and impact of infections in acute pancreatitis*. Br J Surg 2009; 96:267-73.
5. Hartwig W, Werner J, Muller CA, Uhl W, Buchler MW. *Surgical management of severe pancreatitis including sterile necrosis*. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2002; 9: 429-435.
6. Hungness ES, Robb BW, Seeskin C. *Early debridement for necrotizing pancreatitis: is it worthwhile?* J Am Coll Surg. 2002 194:740-744.
7. Isenmann R, Rau B, Beger HG. *Bacterial infection and extent of necrosis are determinants of organ failure in patients with acute necrotizing pancreatitis*. Br J Surg 1999; 86:1020-4.
8. Isenmann R, Rau B, Beger HG. *Early severe acute pancreatitis: characteristics of a new subgroup*. Pancreas. 2001 Apr;22(3):274-8.
9. Lytras D, Manes K, Triantopoulou C, et al. *Persistent early organ failure: defining the high-risk group of patients with severe acute pancreatitis?* Pancreas 2008; 36:249-54.
10. Mier J, Leon EL, Castillo A, et al. *Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis*. Am J Surg 1997; 173:71-5.
11. Mofidi R, Lee AC, Madhavan KK, et al. *Prognostic factors in patients undergoing surgery for severe necrotizing pancreatitis*. World J Surg 2007; 31:2002-7.
12. Ocampo C, Oría A., Zandalazini. *Seudoquistes pancreáticos agudos complicados*. Rev. Argent. Cirug. 2003; 85 (5-6): 207-215.
13. Ocampo C., Zandalazini H., Kohan G. *Computed tomographic prognostic factors for predicting local complications in patients with pancreatic necrosis*. Pancreas 2009; 38: (137-142).
14. Perez A, Whang EE, Brooks DC, et al. *Is severity of necrotizing pancreatitis increased in extended necrosis and infected necrosis?* Pancreas 2002;

- 25(3):229–33.
15. Rau B, Bothe A, Beger HG. *Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by necrosectomy and closed lavage: changing patient characteristics and outcome in a 19-year, single-center series.* Surgery 2005; 138:28-39.
 16. Rocha FG, Benoit E, Zinner MJ, et al. *Impact of radiologic intervention on mortality in necrotizing pancreatitis: the role of organ failure.* Arch Surg 2009;144:261-5.
 17. Rodriguez JR, Razo AO, Targarona J, et al. *Debridement and closed packing for sterile or infected necrotizing pancreatitis: insights into indications and outcomes in 167 patients.* Ann Surg 2008; 247:294-9.
 18. Sakorafas MD, Gregory G Tsiotos, MD, Michael G Sarr, MD, FACS, *Extrapancreatic Necrotizing Pancreatitis with Viable Pancreas: A Previously Under-Appreciated Entity,* J Am Coll Surg 1999; 188:643–648.
 19. Tao HQ, Zhang JX, Zou SC. *Clinical characteristics and management of patients with early acute severe pancreatitis: experience from a medical center in China.* World J Gastroenterol 2004; 10:919-21.
 20. Zandalazini HI, Oría AS; Ocampo, CG, y col. *Superioridad de los signos clínicos sobre los morfológicos en el pronóstico de mortalidad por necrosis pancreática infectada.* Rev. Argent. Cirug. 1999 76:243-6.
- Increasing age and APACHE II scores are the main determinants of outcome from pancreatic necrosectomy.* Br J Surg 90:1542–1548.
8. Flint R,Windsor JA. *Early physiological response to intensive care as a clinically relevant approach to predicting the outcome in severe acute pancreatitis.* Arch Surg 2004.
 9. Halonen KI, Leppaniemi AK, Puolakkainen PA, et al. *Severe acute pancreatitis: prognostic factors in 270 consecutive patients.* Pancreas 2000; 21:266-71.
 10. Hookey LC, Debroux S, Delhaye M, et al. *Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes.* Gastrointest Endosc 2006; 63:635-43.
 11. Karimgani I, Porter KA, Langevin RE, et al. *Prognostic factors in sterile pancreatic necrosis.* Gastroenterology 1992; 103:1636-40.
 12. Le Mee J, Paye F, Sauvanet A, O'Toole D, Hammel P, Marty J et al. *Incidence and reversibility of organ failure in the course of sterile or infected necrotizing pancreatitis.* Arch Surg 2001; 136: 1386–1390
 13. Liu TH, Kwong KL, Tamm EP, Gill BS, Brown SD, Mercer DW. *Acute pancreatitis in intensive care unit patients: value of clinical and radiologic prognosticators at predicting clinical course and outcome.* Crit Care Med 2003;31: 1026–1030.
 14. Mazza, O; Moro, M; Arbués, G. *Tratamiento laparoscópico del pseudoquiste agudo de páncreas: técnica y resultados iniciales.* Rev. argent. cir;85(3/4):135-143, sept. oct. 2003.
 15. McFadden DW, Reber HA. *Indications for surgery in severe acute pancreatitis.* Int J Pancreatol 1994; 15(2):83–90.
 16. Montenegro, RB; Spitale. *Necrosis extrapancreática cavitada: una forma de presentación de la necrosis pancreática.* Rev. Argent. Cir. 2001;80 (5):203-208.
 17. Nespral, E; Serafini, V; Taddei, A. *Retroperitoneostomía en pancreatitis aguda grave: análisis de las indicaciones y complicaciones.* Rev. argent. cir;82(5/6):234-240, mayo-jun. 2002
 18. Ocampo C., Oría A., Zandalazini H. *Treatment of acute pancreatic pseudocysts after severe acute pancreatitis.* J. Gastroint. Surg., 2007; 11(3): 357-63.
 19. Oleynikov D, Cook C, Sellers B, Mone MC, Barton R. *Decreased mortality from necrotizing pancreatitis.* Am J Surg 1998; 176: 648–653.
 20. Rattner DW, Legermate DA, Lee MJ, et al. *Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection.* Am J Surg 1992; 163:105-9; discussion 9-10.
 21. Rau BM, Bothe A, Kron M, et al. *Role of early mul-*

ANEXO BIBLIOGRÁFICO

1. *UK guidelines for the management of acute pancreatitis.* Gut 2005; 54 Suppl 3:iii1-9.
2. Baron TH, Thaggard WG, Morgan DE, et al. *Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis.* Gastroenterology 1996; 111:755-64.
3. Beger HG, Buchler M, Bittner R, et al. *Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatitis.* Br J Surg 1988; 75(3):207–212.
4. Bosscha K, Hulstaert PF, Hennipman A, et al. *Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis: results of open management of the abdomen and “planned” reoperations.* J Am Coll Surg 1998;187:255–262
5. Buchler MW, Gloor B, Muller CA, et al. *Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection.* Ann Surg 2000; 232:619-26.
6. Casaretto EM, Alejandro; Bener. *Seudoquiste de páncreas, su tratamiento quirúrgico.* Prensa Med. Argent. 2002; 89:5.
7. Connor S, Ghaneh P, Raraty M, et al. (2003)

- tisystem organ failure as major risk factor for pancreatic infections and death in severe acute pancreatitis. Clin Gastroenterol Hepatol 2006; 4:1053-61.*
22. Sangster GC, A; D'Agostino, H. *Manejo percutáneo de las colecciones pancreáticas que complican pancreatitis agudas de causa infrecunte. Rev. Argent. Radiol. 2005; 69:139-44.*
 23. Secchi MAS, W; Forte, J. *Estrategia diagnóstica y terapéutica de las lesiones y complicaciones de la pancreatitis aguda. Rev. Argent. Cirug. 2002; 83: 239-44.*
 24. Tenner S, Sica G, Hughes M, et al. *Relationship of necrosis to organ failure in severe acute pancreatitis. Gastroenterology 1997; 113:899-903.*
 25. Tzovaras G, Parks RW, Diamond T, et al. (2004) *Early and longterm results of surgery for severe necrotising pancreatitis. Dig Surg 2004, 21:41-46.*

RIESGO DE RECIDIVA LOCAL EN LA CIRUGÍA CONSERVADORA MAMARIA: EL PROBLEMA DE LOS MÁRGENES

*Héctor D. Vuoto** MAAC, Gabriela B. Candás** MAAC, Juan Luis Uriburu** MAAC, Juan A.M. Isetta**, Lucas Cogorno**, Ana S. Frejido*, Alejandra M. García** y Oscar L. Bernabó*** MAAC*

DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Introducción: El tratamiento conservador, seguido de radioterapia en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales es la terapéutica estándar en la actualidad. La incidencia de recidiva local (RL) varía entre 4.1 y 18%.

Objetivo: Evaluar los márgenes quirúrgicos como factor de riesgo de RL luego del tratamiento conservador en las pacientes operadas en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Británico de Buenos Aires, y analizar el impacto en la supervivencia global.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 830 pacientes operadas, entre enero de 1988 y diciembre de 2005, de las cuales recidivaron 87 (10.5%), con un tiempo medio de aparición de 71.9 meses y seguimiento promedio de 71.9 meses.

Resultados: El riesgo anual de RL fue 1.29%. Presentaron RL el 15.7% de las pacientes con márgenes resección ≤ 5 mm y el 7.4% de las pacientes con márgenes ≥ 6 mm. La supervivencia global a cinco años de las pacientes con RL fue 95.2%, a diez años 86.1% y a quince años 78.4%.

Conclusiones: Los márgenes quirúrgicos de resección ≤ 5 mm resultaron un factor de riesgo independiente para recidiva local. Las pacientes con RL presentaron menor sobrevida y mayor riesgo de desarrollar metástasis a distancia.

Palabras clave: recidiva local, tratamiento conservador, factores de riesgo

ABSTRACT

Introduction: Breast conserving surgery followed by radiation therapy in early stage breast cancer are the standard therapeutics at present. The incidence of local recurrence (LR) varies between 4,1 and 18 %.

Objective: To evaluate the resection margins as LR risk factor following breast conserving treatment in patients undergoing surgery at the Breast Diseases Division of the British Hospital and to analyze the impact on overall survival.

Material and Methods: 830 patients operated on between January 1988 and December 2005; 87 developing recurrences after a median time of 71,9 months were analyzed retrospectively.

Results: The LR annual risk was 1,29 %. We observed LR in 15,7% in patients which resection margins were ≤ 5 mm and 7,4% when resection margins were ≥ 6 mm. The five year overall survival rate in LR patients was 95,2%, at ten years 86,1% and at fifteen years 78,4%.

Conclusions: Margins ≤ 5 mm are an independent risk factor for local recurrence. LR patients presented less survival chances and higher risk of developing distant metastasis.

Key words: local relapse, conservative treatment, risk factors

Rev. Argent. Cirug., 2012; 103 (4-5-6): 53-61

* Becario del Servicio de Patología Mamaria. Hospital Británico de Buenos Aires.

** Médico de Planta del Servicio de Patología Mamaria. Hospital Británico de Buenos Aires.

*** Jefe del Servicio de Patología Mamaria. Hospital Británico de Buenos Aires.

Recibido el 17 de Mayo de 2012

Aceptado el 07 de Agosto de 2012

INTRODUCCIÓN

El tratamiento conservador, seguido de radioterapia en pacientes con estadios iniciales de cáncer de mama es la terapéutica estándar en la actualidad^{1, 7}.

La incidencia de recidiva local (RL) luego de cirugía conservadora en las distintas series publicadas, tanto nacionales como internacionales varía entre un 4.1 y 18%^{8, 14}.

Distintos parámetros han sido analizados, por diferentes autores, para establecer los factores relacionados con RL, por ej.: edad, tamaño tumoral, tipo histológico, grado nuclear e histológico, estado ganglionar, receptores hormonales, márgenes, invasión linfo-vascular, etc.

Actualmente el tratamiento estándar de la RL luego de cirugía conservadora es la mastectomía, la cual provee un control locorregional en el 90% de las pacientes¹⁵. Sin embargo, en pacientes seleccionadas, algunos autores consideran factible la retumorectomía¹⁶.

La RL luego de cirugía conservadora es considerada como factor predictivo de metástasis a distancia en numerosas publicaciones^{13, 17, 19}.

El impacto en la supervivencia es objeto de discusión; si bien la mayoría de los autores encuentran que las pacientes con RL luego de cirugía conservadora tendrían peor pronóstico, otros no hallan diferencias estadísticamente significativas^{20, 22}.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es evaluar los márgenes quirúrgicos como factor relacionado con el aumento del riesgo de recidiva local, luego del tratamiento conservador, en las pacientes con cáncer de mama y evaluar el impacto en la supervivencia global.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 1988 y diciembre de 2005, fueron tratadas 2374 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, en las cuales se efectuó cirugía conservadora en 1353 pacientes (57%).

Se excluyeron 523 pacientes por los siguientes motivos: haber sido operadas en otra institución, aquellas que no completaron el tratamiento radiante, pacientes perdidas durante

el seguimiento, pacientes con tumores mayores de 5 cm y pacientes con metástasis a distancia de inicio. Quedaron para el análisis retrospectivo 830 casos, de acuerdo a la base de datos que el servicio posee para el registro de las pacientes.

Las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico y consistieron en la cuadrantectomía con evaluación del estado axilar en los carcinomas infiltrantes, ya sea mediante vaciamiento axilar o biopsia de ganglio centinela de acuerdo a la época en que se realizó el tratamiento, seguido de radioterapia sobre el volumen total de la mama preservada (promedio 5040 cGy) y boost (1620 cGy).

El seguimiento promedio fue de 105.2 meses con un rango de 21-325 meses.

Definimos como recidiva local, de acuerdo a Bernardello⁸, a cualquier forma de nueva manifestación de la enfermedad en la mama homolateral sea cual fuere el intervalo libre, el lugar propiamente dicho o el tejido afectado (piel o glándula mamaria).

El tratamiento adyuvante se realizó de acuerdo a las características de presentación de los tumores, acorde con la época en que se efectuaron los diagnósticos.

El seguimiento clínico se realizó en forma trimestral, los dos primeros años, y luego en forma semestral, con mamografía y ecografía anual.

Para el análisis se dividió a las pacientes en dos grupos, con y sin recidiva local. Se diagnosticó RL en 87 pacientes (10.5%). En la Tabla 1 se describen las características de las mismas.

El diagnóstico de la RL fue, en 47 pacientes (54%) por presentar un nódulo palpable mientras que en 40 pacientes (46%) las lesiones fueron no palpables.

Los carcinomas ductales in situ que recidivaron (18 pacientes), lo hicieron como tumores in situ en 4 pacientes (22.2%) y como infiltrantes en 14 (77.8%). Los carcinomas infiltrantes que recidivaron (69 pacientes), lo hicieron como tumores in-situ en 7 casos (10.1%) y como carcinomas infiltrantes en 62 (89.9%).

Las 87 pacientes con RL recibieron tratamientos diversos: 79 fueron intervenidas quirúrgicamente: 92.4% (73 pacientes) mastectomía y 7.6% (6 pacientes) re-tumorectomía, por deseo de la paciente. El resto de las 8 pacientes: 4 no fueron operadas y recibieron tratamiento sistémico (quimio u hormonoterapia); no se cuenta con los datos de 4 pacientes. De las pacientes con RL 20.7% (18 pacientes) recibió tratamiento

quimioterápico y el 6.9% (6 pacientes) recibió radioterapia.

Se evaluó específicamente: edad, estatus menopáusico, tipo histológico, grado histológico, nuclear y mitótico, compromiso axilar, invasión linfovascular (ILV), componente intraductal extenso (CIE), márgenes de resección,

Edad años		No presentaron RL	Presentaron RL	Valor P
(rango)		54.2 (r: 25 - 95)	50.5 (r: 30 - 71)	0.0017 (S)
Status Menopáusico	Pre - menopausia	292 (86.4%)	46 (13.6%)	0.015 (S)
	Post - menopausia	451 (91.7%)	41 (8.3%)	
Receptores Estrógenos	Positivo	438 (89.9%)	49 (10.1%)	0.83 (NS)
	Negativo	134 (89.3%)	16 (10.7%)	
	Desconocido	193		
Receptores Progesterona	Positivo	325 (88.6%)	42 (11.4%)	0.20 (NS)
	Negativo	193 (91.9%)	17 (8.1%)	
	Desconocido	253		
Her 2 neu	Positivo	45 (95.7%)	2 (4.3%)	0.43 (NS)
	Negativo	96 (92.3%)	8 (7.7%)	
	Desconocido	679		
ILV	Presente	103 (90.4%)	11 (9.6%)	0.75(NS)
	Ausente	640 (89.4%)	76 (10.6%)	
GH	1	104 (86.7%)	16 (13.3%)	0.28 (NS)
	2	272 (90.7%)	28 (9.3%)	
	3	204 (91.9%)	18 (8.1%)	
GN	1	132 (89.2%)	16 (10.8%)	0.80(NS)
	2	361 (90.5%)	38 (9.5%)	
	3	138 (91.4%)	13 (8.6%)	
GM	1	315 (90%)	35 (10%)	0.40(NS)
	2	212 (89.5%)	25 (10.5%)	
	3	58 (95.1%)	3 (4.9%)	
CIE	Presente	58 (92.1%)	5 (7.9%)	0.49(NS)
	Ausente	685 (89.3%)	82 (10.7%)	
Tamaño	Tis	92 (83.6%)	18 (16.4%)	0.04 (S)
	T1	511 (91.3%)	49 (8.7%)	
	T2	130 (87.8%)	18 (12.2%)	
Compromiso axilar	N0	497 (89.4%)	59 (10.6%)	0.31 (NS)
	N1	110 (90.2%)	12 (9.8%)	
	N2	36 (97.3%)	1 (2.7%)	
	N3	10 (100%)	0 (0%)	

TABLA 1
Descripción de los grupos analizados

ILV: invasión linfo-vascular, GH: grado histológico, GN: grado nuclear, GM: grado mitótico, CIE: componente intraductal extenso, S: significativo, NS: no significativo, NE: no evaluado.

pTNM, receptores hormonales, Her2 Neu, aparición de metástasis y supervivencia global.

La estadificación tumoral se realizó de acuerdo a la clasificación TNM de la AJCC/ UICC 6ª versión año 2003.

Los márgenes de resección fueron evaluados en milímetros (mm) y se los dividió en cinco grupos para su análisis: menores o iguales a 1 milímetro, entre 2 y 5 mm, entre 6 y 9 mm, mayores o iguales a 10 mm y desconocidos (grupo de pacientes en las cuales se informan márgenes libres, pero no se especifica en mm).

Se calculó supervivencia global a los 5, 10 y 15 años en pacientes con y sin recidiva local luego del tratamiento conservador de cáncer de mama, considerando el tiempo desde la cirugía hasta la muerte o hasta el último control disponible.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Intercooled Stata 8.0. Para comparar variables cuantitativas se utilizó el test de Student o la prueba de los rangos de Wilcoxon, según correspondía. Para comparar proporciones se utilizó el test de chi cuadrado (Pearson). Se graficaron tiempos de supervivencia y se calcularon probabilidades con la técnica de Kaplan-Meier. Se informan intervalos de confianza (IC) para el 95%. Para comparar curvas se utilizó la prueba de Logrank. Para identificar variables relacionadas con mortalidad o recidiva se utilizó Análisis Proporcional de Cox. En todos los casos se consideró una $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

En la serie de 830 pacientes con cáncer de mama en las que se realizó tratamiento conservador, recidivaron 87 pacientes (10.5%), con un tiempo medio de aparición de 71.9 meses (rango: 12 – 251 meses). La incidencia anual de RL fue de 1.29% y el riesgo acumulado a 15 años de 18.9% (IC 95% 15.1-26.1), Gráfico 1.

El tiempo de aparición de la RL (Tabla 2), evidenció que el 13.8% (12 pacientes) recidivó antes de los 24 meses. El 35.6% (31 pacientes) entre 25 y 59 meses y el 50.6% (44 pacientes) después de los 60 meses.

El 75.9% (66 casos) de las recidivas locales fue en el mismo cuadrante que el tumor original.

Analizando la edad como factor de riesgo de RL (Tabla 3), encontramos que el punto de corte fue de 55 años, presentando dos veces

más riesgo las pacientes menores de esta edad (OR= 2.08).

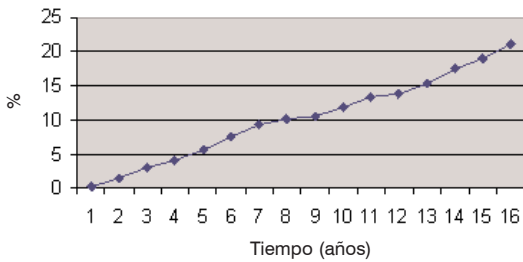


GRÁFICO 1
Riesgo de recidiva local por año

Tiempo aparición RL	n	%
≤ 24 meses	12	13.8
25 a 59 meses	31	35.6
≥ 60 meses	44	50.6
Total	87	100

TABLA 2
Tiempo de aparición de la recidiva local

N: Número de pacientes

Edad	N	RL	
		N	%
≤ 55 años	477	63	13.2
≥ 56 años	353	24	6.8
Total	830	87	10.5
p= 0.003 (S). OR= 2.08 (IC95%: 1.27-3.41)			

TABLA 3
Edad como factor de riesgo de recidiva local

S: Significativo, N: Número de pacientes

Entre las pacientes menores de 55 años recidivó el 13.2%; mientras que de las pacientes mayores de 56 años recidivó el 6.8% (p= 0.003).

La edad promedio de las pacientes en el grupo que recidivó fue 50.2 años (rango: 30-71 años) versus 54.2 años (rango: 25-95 años) en el grupo sin recidiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0.0017).

El status menopáusico de la paciente al momento del diagnóstico, resultó un factor de riesgo para RL. Recidivaron 13.6% de las pacientes premenopáusicas y 8.3% de las pacientes post-menopáusicas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0.015), Tabla 1.

Al evaluar el carcinoma in situ (Tis) encontramos que un 16.4% recidivaron, contra un 8.7% de los carcinomas infiltrantes T1 y el 12.2% de los T2, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0.04). Al analizar de manera

independiente los carcinomas infiltrantes de acuerdo al tamaño tumoral T1 y T2, la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa (p= 0.26).

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de RL de acuerdo al subtipo histológico (Tabla 4), grado histológico, mitótico ni nuclear, CIE, ILV, Receptores hormonales, Her2neu ni compromiso axilar (Tabla 1).

Tipo histológico	Sin RL		RL	
	N	%	N	%
DINF	504	67.8	57	65.6
LINF	90	12.1	6	6.9
CDIS	86	11.6	17	19.5
Otros in-situ	6	0.8	1	1.1
Otros Infiltrantes	57	7.7	6	6.9
TOTAL	743	100	87	100

TABLA 4

Recidiva local de acuerdo al subtipo histológico

DINF:carcinoma ductal infiltrante, LINF:carcinoma lobulillar infiltrante, CDIS: carcinoma ductal in situ

Para la evaluación de los márgenes de resección quirúrgica (Tabla 5) se excluyeron las 209 pacientes con márgenes desconocidos (25.2%).

Márgenes	Sin RL		RL	
	N	%	N	%
≤ 1 mm	42	84	8	16
2 - 5 mm	79	87.8	11	12.2
6 - 9 mm	31	96.9	1	3.1
≥ 10 mm	417	92.9	32	7.1
Chi2 para tendencia valor p = 0.02 (S)				

TABLA 5

Márgenes de resección en pacientes con y sin recidiva local

S: significativo, n: número de pacientes

Entre las pacientes con márgenes ≤ a 1mm recidivaron 8 (16%), entre 2 y 5 mm recidivaron 11 pacientes (12.2%), entre 6 y 9 mm recidivó una paciente (3.1%) y por último, en el grupo con márgenes ≥ a 10 mm recidivaron 32 pacientes (7.1%). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas (p= 0.02), siendo el punto de corte para mayor riesgo de RL de 5 mm.

Al analizar independientemente los carcino-

mas infiltrantes, los márgenes de resección no resultaron estadísticamente significativos ($p=0.19$; tabla 6). Entre las pacientes con márgenes $\leq 6\text{mm}$ recidivaron 12 (9.9%); en aquellas con márgenes de 6 mm o más, recidivaron 26 pacientes (6.1%). En el grupo de carcinomas in-situ (Tabla 7), entre las pacientes con márgenes $\leq 5\text{mm}$ recidivaron 7 (36.8%); en aquellas con márgenes $\geq 6\text{mm}$, recidivaron 7 pacientes (13.2%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.05$).

Márgenes	Sin RL		RL	
	N	%	N	%
$\leq 1\text{ mm}$	34	89.5	4	10.5
2 - 5 mm	75	90.4	8	9.6
6 - 9 mm	28	96.5	1	3.5
$\geq 10\text{ mm}$	374	93.7	25	6.3

Chi2 para tendencia valor $p = 0.19$ (NS)

TABLA 6

Carcinomas Infiltrantes. Márgenes de resección en pacientes con y sin RL

NS: no significativo, N: número de pacientes.

Márgenes	Sin RL		RL	
	N	%	N	%
$\leq 1\text{ mm}$	8	66.7	4	33.3
2 - 5 mm	4	57.1	3	42.9
6 - 9 mm	3	100	0	0
$\geq 10\text{ mm}$	43	86	7	14

Chi2 para tendencia valor $p = 0.05$ (S)

TABLA 7

Carcinomas in-situ. Márgenes de resección en pacientes con y sin recidiva local

S: significativo, N: número de pacientes.

En el grupo de pacientes con RL, 19 casos (21.8%) desarrollaron metástasis a distancia mientras que en el grupo que no recidivó sólo un 6.9% (51 pacientes) metastatizó, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.0001$ (Tabla 8).

Recidiva Local	Sin Metástasis		Con metástasis	
	N	%	N	%
NO	692	93.1	51	6.9
SI	68	78.2	19	21.8

valor $p < 0.0001$ (S)

TABLA 8

Metástasis a distancia.

S: significativo, N: número de pacientes.

Al analizar independientemente a los carcinomas infiltrantes que presentaron RL, 18 casos (26.1%) desarrollaron metástasis a distancia, mientras que en aquellas que no recidivaron, sólo un 7.5% (49 pacientes) metastatizó; siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.001$ (Tabla 9).

Recidiva Local	Sin Metástasis		Con metástasis	
	N	%	N	%
NO	602	92.5	49	7.5
SI	51	73.9	18	26.1

valor $p < 0.001$ (S)

TABLA 9

Metástasis a distancia en carcinomas infiltrantes.

S: significativo, n: número de pacientes.

Sin embargo, en el grupo de pacientes con carcinomas in-situ no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa, siendo el riesgo de 5.6% vs. 2.2% en el grupo con y sin RL respectivamente ($p = 0.42$), Tabla 10.

Recidiva Local	Sin Metástasis		Con metástasis	
	N	%	N	%
NO	90	97.8	2	2.2
SI	17	94.4	1	5.6

valor $p = 0.42$ (NS)

TABLA 10

Metástasis a distancia en carcinomas in-situ

NS: no significativo, N: número de pacientes.

El tiempo promedio de aparición de las metástasis fue de 67.3 meses (rango: 11-210 meses).

Se evaluaron las curvas de Kaplan Meier para supervivencia global (Gráfico 2), encontrando que aquellas pacientes con RL tuvieron menor sobrevida ($p=0.0046$). La supervivencia global de las pacientes con RL, a 5 años fue de 95.2%, a diez años de 86.1% y a quince años de 78.4%,

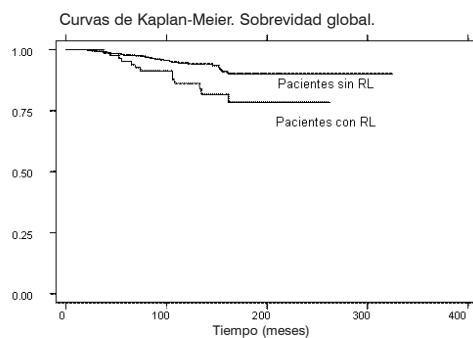


GRÁFICO 2

Supervivencia global de pacientes con y sin recidiva local

mientras que en las pacientes sin RL fue 97.9%, 94.6% y 90.1% respectivamente.

Se analizó la supervivencia global en aquellas pacientes que recidivaron antes y después de los dos años, presentando menor supervivencia aquellas que recidivaron antes de dicho periodo. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa de acuerdo al método de Logrank Test con una $p < 0.0001$ (Gráfico 3).

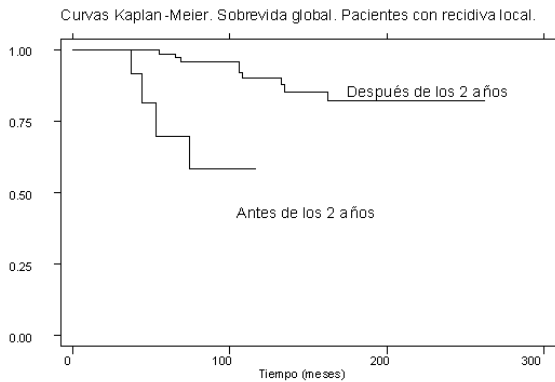


GRÁFICO 3
Supervivencia global de pacientes con RL antes y después de los dos años

Se realizó el análisis multivariado de Cox procurando establecer algunos de los factores analizados como variable de riesgo independiente de RL, Tabla 11.

Variable	HR	IC 95%	p
Margen ≤ 5mm	2.4	1.4-4.3	0.003
Edad ≤ 55 años	2.3	1.3-4.3	0.007

TABLA 11
Análisis multivariado de Cox

DISCUSIÓN

La cirugía conservadora (entendida por cuadrantectomía con intervención axilar más radioterapia) es el tratamiento estándar en la actualidad, desde las primeras publicaciones del grupo de Veronesi en Milán y Fisher en Estados Unidos, para el carcinoma invasor de mama^{4, 5, 7}.

La incidencia de RL de acuerdo a las distintas series (Tabla 12) oscila entre un 4.1 a 18%^{8, 14, 23, 24}, lo que representa un 1 a 2% anual^{19, 25}, en concordancia con nuestros hallazgos.

El tiempo medio de aparición de la recidiva, según los diferentes autores, se encuentra dentro de los dos primeros años de seguimiento, en el 80-90% de los casos^{26, 27}. En nuestra serie las

RL se presentaron en 12 pacientes (13.8%) antes de los dos años; entre los dos y los cinco años en 31 casos (35.6%) y después de los 5 años en 44 pacientes (50.6 %).

Autor	Año	N	Seguimiento (años)	RL (%)
Mc Lean et al. ²⁸	1988	165	10	6.6
Gori et al. ²⁹	1988	78	10	7.5
Kurtz et al. ³⁰	1990	1593	10	11
Arrighi et al. ³¹	1991	385	10.5	8.5
Bernardello et al. ⁹	1993	128	5.4	11.7
Clark et al. ³²	1996	416	10	15
Freedman et al. ³³	1999	968	10	7
Peterson et al. ²¹	1999	518	8	8
Liljegren et al. ³⁴	1999	187	10	9
Touboul et al. ¹³	1999	417	5	6
Park et al. ¹²	2000	533	8	7
Smith et al. ³⁵	2000	1152	10	5
Veronesi (Milan III) ³⁵	2001	294	10	6
Fisher et al. ³⁷	2002	567	20	14
Huang et al. ²⁴	2002	139	7	10.4
Nuñez De Pierro et al. ³⁸	2003	1306	6.3	10
Nottage et al. ¹⁴	2006	1540	12	6.4
Anderson Stewart et al. ³⁹	2009	3799	12	9
Hospital Británico	2011	830	8.8	10.5

TABLA 12
Incidencia de recidiva local de acuerdo a las distintas series publicadas.
N: número de pacientes. Modificado de Kunos⁴⁰.

Los factores de riesgo para RL resultan motivo de controversia aún en la actualidad. Han sido publicadas numerosas series analizando diversas variables relacionadas con las características de la paciente, biología tumoral y técnica quirúrgica. Sin embargo, no se ha logrado establecer un consenso sobre los mismos, por lo que sigue siendo tema de discusión.

Las variables analizadas como posibles causas de aumento de RL por la mayoría de los autores son: edad al momento del diagnóstico, estatus menopáusico, tamaño tumoral, componente intraductal extenso (CIE), invasión linfocascular (ILV), estado de los márgenes, entre otras^{15, 41, 44}.

Los márgenes inadecuados pueden aumentar el riesgo de RL y una resección excesiva puede condicionar el resultado estético. Sin embargo, no existe un consenso que determine cuáles deben ser los márgenes de resección

adecuados. Esto se ve reflejado en los numerosos trabajos de cirugía conservadora donde los criterios no son uniformes para definir márgenes libres, cercanos o negativos.

Varios autores aceptan como márgenes libres, aquella lesión que no contacta con la tinta china^{45,46}. Otros autores como Freedman, Kunos y Smitt^{33, 40, 47} afirman que las pacientes con márgenes mayores a 2 mm tienen menos RL.

Morrow^{2, 48, 49} y Peterson²¹ discriminan los márgenes de los carcinomas infiltrantes y de los in situ, encontrando que para los primeros el tumor no debe estar en contacto y para los in situ el margen debe ser de 2 mm. En nuestra serie encontramos que el punto de corte (para riesgo de recidiva) para los carcinomas in situ es de 5 mm y para los carcinomas infiltrantes las diferencias no son estadísticamente significativas.

En concordancia con los hallazgos del estudio publicado por el grupo del Hospital Fernández de Buenos Aires³⁸, encontramos que las pacientes con márgenes de resección menores de 5 mm presentaron mayor tasa de RL, cuando no se discriminan los carcinomas in situ de los infiltrantes.

Nuestros hallazgos en concordancia con Komoike¹⁸, Fisher⁴⁶ y numerosos autores^{13, 19, 50} mostraron que el riesgo de metástasis a distancia en las pacientes con RL es mayor, comparado con aquellas pacientes que no recidivaron.

El NSABP B-04 y B-0646 concluye que aquellas pacientes con RL tienen un riesgo 3.41 veces mayor de desarrollar metástasis a distancia; y que el factor pronóstico más importante es el tiempo de aparición de la recidiva.

Varios estudios evaluaron el efecto en la supervivencia de las pacientes con recidiva local luego de tratamiento conservador.

En concordancia con Nottage¹⁴, Courdj⁵¹, Anderson³⁹ y Nuñez de Pierro³⁸, mostraron que la recurrencia temprana, antes de los dos años, está asociada a una menor tasa de supervivencia.

En conclusión el riesgo anual de recidiva local fue de 1.29%. Son factores de riesgo independiente para RL: los márgenes de resección \leq a 5 mm y la edad \leq a 55 años. Las pacientes con RL presentaron menor supervivencia y mayor riesgo de desarrollar metástasis a distancia, especialmente aquellas que recidivaron antes de los dos años.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Marina Khoury por la realización del análisis estadístico del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institutes of Health (NIH). *Consensus development conference statement: treatment of early stage breast cancer*. JAMA 1991; 265:391-394.
2. Morrow M, Strom EA, Bassett LW, et al. *Standard for the management of ductal carcinoma in situ of the breast (DCIS)*. CA Cancer J Clin 2002; 52:258-276.
3. Whinchester DP, Cox JD: *Standards for diagnosis and management of invasive breast carcinoma*. CA Cancer J Clin 1998; 48: 83- 107.
4. Fisher B, Dignam J, Wolmark N, et al. *Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-17*. J Clin Oncol 1998; 16:441-52.
5. Veronesi U, Banfi A, Del Vecchio M et al. *Comparison of Halsted mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in early breast cancer: Long-term results*. Eur J Cancer Clin Oncol 1986; 22: 1085-1089.
6. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, et al. *Conservative treatment of early breast cancer. Long-term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy*. Ann Surg 1990; 211: 250-259.
7. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, et al. *Twenty-years follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer*. N Engl J Med 2002; 347:1227-32.
8. Bernardello E., Margossian J., Müller Perrier G. y col. *Recidivas locorregionales del tratamiento conservador del cáncer de mama*. Rev. Argent. Cirug. 1993; 64:150-154.
9. Mamounas E, *Ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy: Is it time to take the bull by the horns?* J Clin Oncol 2001; 19:3798-3800.
10. Solin L, Fowble B, Martz K, et al. *Definitive irradiation for early stage breast cancer. The University of Pennsylvania experience*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1988; 14: 235- 242.
11. Amalric R, Santamaria F, Robert F, et al. *Conservative therapy of operable breast cancer. Results at 5, 10, and 15 years in 2216 consecutive cases*. In: Harris JR, Hellmans S, Silen W, eds. *Conservative management of breast cancer*. J B Lippincott y Co. Philadelphia 1983; pp.15-21.

12. Park CC, Mitsumori M, Nixon A, et al. *Outcome at 8 years after breast-conserving surgery and radiation therapy on local recurrence.* J Clin Oncol 2000; 18:1668-1675.
13. Touboul E, Buffat K, Belkacemi Y, et al. *Local recurrences and distant metastases after a breast-conserving surgery and radiation therapy for early breast cancer.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 43: 25-38.
14. Nottage MK, Kopciuk KA, Tzontcheva A, et al. *Analysis of incidence and prognostic factors for ipsilateral breast tumor recurrence and its impact on disease specific survival of women with node-negative breast cancer a prospective cohort study.* Breast Cancer Research 2006; 8(4): R44.
15. Freedmann GM, Fawle B. *Local recurrence after mastectomy or breast-conserving surgery and radiation.* Oncology 2000; 14:1561-1581.
16. Salvadori B, Marubini E, Miceri R, Andreola S, et al. *Reoperation for locally recurrent breast cancer in patients previously treated with conservative surgery.* Br J Surg 1999;86: 84-87.
17. Fisher ER, Anderson S, Tan-Chiu, et al. *Fifteen-year prognostic discriminants for invasive breast carcinoma. National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol-06.* Cancer. 2001; 91: 1979 -1987.
18. Komoike Yoshifumi, Futoshi Akiyama, Yuichi Iino, Tadashi Ikeda, Sadako Akashi-Tanaka, Shozo Ohsumi, Mikihiro Kusama, Muneaki Sano, et al. *Ipsilateral Breast tumor Recurrence (IBTR) after breast Conserving treatment for early breast cancer.* Cancer 2006; 106: 35-41.
19. Veronesi U, Marubini E, et al. *Local recurrences and distant metastases after conservative breast cancer treatments: Partly independent events.* J Natl Cancer Inst 1995; 87:19-27.
20. Meric F, Mirza NQ, Vlastos G, et al. *Positive surgical margins and ipsilateral breast tumor recurrence predict disease-specific survival after breast-conserving therapy.* Cancer 2003; 97: 926-933.
21. Peterson ME, Schultz DJ, Reynolds C, Solin LJ. *Outcomes in breast cancer patients relative to margin status after treatment with breast conserving surgery and radiation therapy: the University of Pennsylvania experience.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999;43:1029-35.
22. Yoshida T., Takei H., Korosumi M. et al. *True recurrences and new primary tumor have different clinical features in invasive breast cancer patients with ipsilateral breast tumor relapse after breast-conserving treatment.* The Breast Journal, 2010; 16(2): 127-133.
23. Kurtz J, Jacquemier J, et al. *Conservation Therapy for Breast Cancers Other Than Infiltrating Ductal Carcinoma.* Cancer 1989;63: 1630- 1635.
24. Huang Eugene, Thomas A. Buchholz, et al. *Classifying local disease recurrences after breast conservation therapy based on location and histology.* Cancer 2002; 95:2059-67.
25. Fowble BL, Solin LJ, Schultz DJ, Goodman RL. *Ten-year results of conservative surgery and irradiation for stage I and II breast cancer.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 1991; 21:269-277.
26. Sarria J. A., Irico G, Franco G.F. *Propuesta terapéutica conservadora de la recidiva local por carcinoma mamario.* Revista Argentina de Mastología 2007; 26(91): 130-142.
27. Vicini FA, Sestini L, Huang R, et al. *Does local recurrence affect the rate of distant metastasis and survival in patients with early-stage breast conserving therapy?* Cancer 2003; 97: 910-19.
28. Mc Lean L, Santillán F. *Cirugía limitada en cáncer de mama.* Rev Argent Cirug, 1988;54: 167.
29. Gori J, Castaño R, Dominguez J, Puga A, Medici R. *Resultados a 10 años del tratamiento conservador del cáncer de mama.* Rev Argent Mast, 1991;10: 286-298.
30. Kurtz JM, Spitalier JM, Amalric R, et al. *The prognostic significance of late local recurrence after breast-conserving therapy.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 1990; 18:87-93.
31. Arrighi A, Lamatina J. C, Guixa H.G, Lorusso C, Orti R. *Tatamiento conservador encancer de mama estadio I y II. Experiencia de 10 años de trabajo.* Rev. Argent Mast.1991;10: 75-80.
32. Clark RM, Whelan T, Levine M, et al. *Randomized clinical trial of breast irradiation following lumpectomy and axillary dissection for node-negative breast cancer: an update.* Ontario Clinical Oncology Group. J Natl Cancer Inst 1996; 88:1659-64.
33. Freedmann G, et al. *Patients with early stage invasive can with close or positive margins treated with conservative surgery and radiation have an increased risk of breast recurrence that is delayed by adjuvant systemic therapy.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 44(5): 1005-1015.
34. Liljegren G, Holmberg L, Bergh J, et al. *10-year results after sector resection with or without post-operative radiotherapy for stage I breast cancer: a randomized trial.* J Clin Oncol 1999;17:2326-33.
35. Smith TE, Lee D, Turner BC, Carter D, Haffty BG. *True recurrence vs. New primary ipsilateral breast tumor relapse: an analysis of clinical and pathologic differences and their implications in natural history prognoses, and therapeutic management.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 48: 1281-89.
36. Veronesi U, Marubini E, Mariani L, et al. *Radiotherapy after Breast-conserving surgery in small breast carcinoma: long-term results of a randomized trial.* Ann Oncol 2001;12:997-1003.
37. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. *Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer.* N Engl J Med 2002; 12:997-1003.
38. Núñez De Pierro A., Allemand D., Agejas G. *Tratamiento conservador del cáncer de mama. Evaluación de los resultados en 1306 casos.*

- Experiencia del grupo de trabajo del Hospital Juan A. Fernández de Buenos Aires. Rev Arg Mastol* 2004;23(78):69-93.
39. Anderson S, Wapnir I, et al. *Prognosis After Ipsilateral Breast Tumor Recurrence and Locoregional Recurrences in Patients Treated by Breast-Conserving Therapy in Five National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocols of Node-Negative Breast Cancer. J Clin Oncol* 2009; 27:2466-2473.
 40. Kunos C, Latson L, Overmoyer B, et al. *Breast Conservation Surgery Achieving >2mm Tumor-Free Margins Results in Decreased Local-Regional Recurrence Rates. The Breast Journal. 2006;12(1): 28-36.*
 41. Solin LJ, Foubler BL, Schultz DJ, Goodman RL. *The significance of the pathologic margins of the tumor excision on the outcome of patients treated with definitive irradiation for early stage breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21: 279-87.
 42. Borger J, Kemperman H, Hart A, Perterse H, Van Dongen J, Bartelink H. *Risk factors in breast conserving therapy. J Clin Oncol* 1994;12: 653-60.
 43. Holland R, Connolly JL, et al. *The presence of an extensive intraductal component following a limited excision correlates with prominent residual disease in the remainder of the breast. J Clin Oncol* 1990; 8:113-8.
 44. Botteri E, Bagnard V, Veronis U, et al. *Analysis of local and regional recurrences in breast cancer after conservative surgery. Ann Oncol* 2010 21: 723-728.
 45. Park CC, Mitsumori M, Nixon A, et al. *Outcome at 8 years after breast-conserving surgery and radiation therapy on local recurrence. J Clin Oncol* 2000; 18:1668-1675.
 46. Fisher B, Anderson, Fisher ER, et al. *National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-06. Significance of ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy. Lancet* 1991; 338:327 - 331.
 47. Smitt M, Nowels K, Carlson R, Jeffrey S. *Predictors of reexcision findings and recurrence after breast conservation. I. J. Radiation Oncology* 2003; 57(4): 979-985.
 48. Morrow M. *Los márgenes adecuados en la cuadrantectomía. Rev Arg Mastol* 2009;28 (100): 240-250.
 49. Dune C, Barke J, Morrow M, Kell M. *Effect of Margin Status on Local Recurrence After Breast Conservation and Radiation Therapy for Ductal Carcinoma in situ. J Clin Oncol* 2009;27: 1615-1620.
 50. Haffty GC, Fischer D, Beinfield M, Mc khann C. *Prognosis following local recurrence in the conservatively treated breast cancer patient. Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1991;21:293-298.
 51. Courdi A, Languiller R, Fero J, et al. *Early vs late local recurrence after conservative treatment of breast carcinoma. Oncology* 2006, 71:361-8.

EL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL: UN FACTOR PREDICTOR DE CONVERSIÓN EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA

Carlos A. Vaccaro* MAAC, Hernán Vaccarezza* MAAC, J. Franco Giuliano* MAAC, Nadia C. Peralta* MAAC, Gustavo L. Rossi* MAAC, Ricardo Mentz* MAAC, Víctor M. Im*, Guillermo M. Ojea Quintana* MAAC y Enrique R. Soriano**

DEL SECTOR DE COLOPROCTOLOGÍA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL* Y COMITÉ DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Antecedentes: El área de superficie corporal es una medida usada en el entorno clínico. Su impacto en la cirugía colorrectal laparoscópica no ha sido estudiado previamente.

Objetivo: Evaluar el impacto de la superficie corporal sobre la tasa de conversión y el tiempo operatorio en cirugía laparoscópica.

Diseño: Análisis retrospectivo de datos recogidos prospectivamente.

Marco: Una sola institución de atención terciaria.

Pacientes: Fueron identificados 916 pacientes consecutivos operados entre enero de 2004 y agosto de 2011, incluidos en una base de datos completada en forma prospectiva.

Principales medidas de resultado: Se analizaron la tasa de conversión y el tiempo operatorio laparoscópico en relación a la edad, el género, la obesidad, la localización de la enfermedad (colon vs recto), el tipo de enfermedad (neoplásica vs no neoplásica), el antecedente de cirugías previas, y la superficie corporal; el área de superficie corporal se calculó mediante la fórmula de Mosteller. El área de superficie corporal se analizó utilizando la mediana, y cuartiles con valores de corte de 1.6; 1.8 y 2.0. Se utilizó la regresión logística para analizar la asociación entre el área de superficie corporal y la tasa de conversión, ajustada por diferentes factores. Se investigó la interacción entre la superficie corporal y el índice de masa corporal, pero no fue constatada.

Resultados: La tasa de conversión global fue del 10%. La mediana del área de superficie corporal fue de 1.84 m² (rango: 1.14 – 2.53). Las tasas de conversión de los cuartiles 1, 2, 3 y 4 fueron: 4.4%, 8.3%, 12.7% y 14.8%, respectivamente, p=0.001. Los pacientes con superficie corporal > 1.8 m² (N = 503) tuvieron una tasa de conversión más alta que los de superficie corporal < 1.8 m² (N=413) [13.8% vs 6.3%, respectivamente, OR: 2.35 (IC 95%: 1.45-3.86, p=0.0001)]. El análisis multivariado mostró que el área de superficie corporal > 1.8m² se asoció a la conversión (OR: 2, 95% CI: 1.1-3.7, p=0.023) después de ajustar por sexo, edad, obesidad, localización de la patología (recto vs colon), tipo de abordaje laparoscópico y antecedente de cirugías previas.

Limitación: se trata de un estudio retrospectivo realizado en una sola institución.

Conclusión: El área de superficie corporal es un buen predictor de la conversión; debe ser incluido como parte de los futuros estudios sobre los resultados de la cirugía colorrectal laparoscópica, como información a los pacientes, cuando se seleccionan casos al inicio de la curva de aprendizaje, y al determinar el estándar de calidad de atención.

Palabras clave: cirugía colorrectal laparoscópica, área de superficie corporal, resultados a corto plazo, tiempo operatorio, dificultades operatorias

ABSTRACT

Background: Body surface area is a measurement used in clinical settings. Its impact on laparoscopic colorectal surgery has not been previously studied.

Objective: To assess the impact of body surface area on conversion rate.

Design: Retrospective analysis of prospectively collected data.

Setting: Single tertiary care institution.

Patients: 916 consecutive patients operated on between January 2004 and August 2011 were identified from a prospectively database.

Main outcome measures: Conversion rate was analyzed related to age, gender, obesity, disease location (colon vs. rectum), type of disease (neoplastic vs. non-neoplastic), history of previous surgery, and body surface area; body surface area was calculated by Mosteller formula. Body surface area was analyzed using median and quartiles cut off values (1.6, 1.8 and 2.0). Logistic regression was used to analyze the association between body surface area and conversion, adjusting for different confounders. Interaction between body surface area and body mass index was checked and not found.

Results: Overall conversion rate was 10%. Median body surface area was 1.84 (range: 1.14-2.53). Conversion rates for quartiles 1, 2, 3 and 4 were: 4.4%, 8.3%, 12.7%, and 14.8%, respectively, p = 0.001. Patients with body surface area > 1.8 (N=503) had a higher conversion rate than those with body surface area < 1.8 (N=413) [13.8% vs 6.3%, respectively, OR: 2.35 (95% CI: 1.45-3.86; p=0.0001)]. Multivariate analysis showed that body surface area > 1.8 was associated with conversion (OR: 2, 95% CI: 1.1-3.7, p=0.023) after adjusting for gender, age, and previous surgery. ROC analysis of body surface area showed an area under the curve of 0.62. Body surface area > 1.8 had a sensitivity and specificity of 76% and 48% respectively.

Limitation: This was a single institution retrospective study.

Conclusion: Body surface area is a good predictor for conversion and should be included as part of future studies on outcomes for laparoscopic colorectal surgery.

Key words: laparoscopic colorectal surgery – body mass index – results
Rev. Argent. Cirug., 2012; 103 (4-5-6): 62-70

INTRODUCCIÓN

La cirugía colorrectal laparoscópica (CCRL) se está convirtiendo en el estándar de tratamiento para las enfermedades colorrectales electivas. En los últimos años, la CCRL aumentó del 13.8% en 2007 al 42.6% en el año 2009, incluyendo todas las resecciones colorrectales¹. Esta rápida aceptación por la comunidad quirúrgica ha evolucionado como resultado de numerosas ventajas que ofrece a los pacientes, incluyendo heridas más pequeñas y mejores resultados cosméticos, menos dolor y estrés postoperatorio, menos infecciones, una menor morbilidad, hospitalización más corta, menor costo y una recuperación más rápida con una vuelta temprana a la vida productiva^{1, 7}. Estas ventajas se pierden cuando se requiere conversión a cirugía abierta. Por otra parte, la conversión se ha asociado con un mayor sangrado intraoperatorio, con necesidad de transfusión sanguínea, una mayor morbilidad postoperatoria, incluyendo íleo, fuga anastomótica, una mayor tasa de reoperaciones, y una menor tasa de supervivencia global y libre de enfermedad^{8, 11}. En consecuencia, la identificación óptima de los pacientes con mayor riesgo de conversión puede determinar mejores resultados postoperatorios y una mejor calidad de atención médica.

Un informe reciente de Cima y col. mostró que no existe un modelo fiable de predicción para conversión¹². Numerosas variables como el sexo, ASA III-IV (Sociedad Americana de Anestesiólogos), la obesidad, la presencia de cirugías abdominales previas, una resección anterior baja, enfermedad diverticular, la experiencia quirúrgica, y tumores localmente avanzados, han sido inconsistentemente asociados con la conversión a cirugía abierta^{6, 13, 19}.

El área de superficie corporal (ASC) es una medición de la superficie del cuerpo humano utilizada a menudo en el contexto clínico. El impacto del ASC en el grado de dificultad de la cirugía laparoscópica no ha sido estudiado previamente. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del ASC sobre la tasa de conversión durante CCLR electivas. Como objetivo secundario se evaluó su impacto en el tiempo operatorio laparoscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recopilación de pacientes y datos

Se utilizó una base de datos específica mantenida prospectivamente, para identificar a todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía colorrectal laparoscópica entre enero de 2004 y agosto de 2011 en el Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Los resultados fueron volcados prospectivamente en una base de datos aprobada por un Comité de Revisión Institucional. Se incluyeron datos en relación a la edad, sexo, altura, peso, tiempo operatorio, tipo de patología (neoplásica vs no neoplásica), tipo de abordaje laparoscópico (puro vs mano-asistido), localización de la patología (recto vs colon) y antecedentes de cirugía abdominal previa. Las indicaciones quirúrgicas incluyeron tanto patología neoplásica (adenomas y adenocarcinomas), como no neoplásica (diverticulitis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, etc.).

PROCEDIMIENTOS

Todos los pacientes fueron sometidos a una preparación mecánica del colon con 90 ml de una solución a base de fosfatos o con 4 litros de una solución de polietilenglicol. Se administraron antibióticos en forma profiláctica en una única toma oral de 750 mg de ciprofloxacina y 1000 mg de ornidazol. Se inyectó por vía subcutánea una baja dosis de heparina hasta la primera deambulación en el postoperatorio. Todos los procedimientos fueron realizados o asistidos por uno de los tres cirujanos colorrectales de la institución que tiene una vasta experiencia en cirugía colorrectal abierta. La decisión del cirujano de convertir la cirugía a un procedimiento a cielo abierto fue tomada sin conocer el cálculo del ASC. Se realizó un abordaje laparoscópico puro (N=719) o mano-asistido (N=195) según la experiencia y preferencia del cirujano. Ambas técnicas implican la movilización del colon y la ligadura de los vasos principales de forma intracorpórea. La disección se llevó a cabo siguiendo un abordaje de medial a lateral. El ángulo esplénico se descendió en los casos en los que se consideró necesario para lograr un margen de resección adecuado y para confeccionar una

anastomosis libre de tensión. Se realizó una anastomosis extracorpórea manual para la colectomía derecha, mientras que para colectomía izquierda y resecciones anteriores se efectuó una anastomosis intracorpórea con doble sutura mecánica.

OBJETIVOS Y EFECTOS VARIABLES

El objetivo principal del estudio fue la tasa de conversión y el secundario, fue el tiempo operatorio laparoscópico. La conversión a cirugía abierta se definió como la prolongación de la incisión, más de lo requerido que para la extracción de la pieza quirúrgica.

Las causas de conversión a cirugía abierta incluyeron sangrado, adherencias y/o dificultades técnicas.

De acuerdo a la definición de la OMS, los pacientes con un IMC mayor o igual a 25 Kg/m² son categorizados como obesos. Un análisis adicional del IMC fue llevado a cabo utilizando cuartiles.

El ASC se calculó según la fórmula Mosteller como sigue: $ASC (m^2) = (altura \text{ en centímetros} \times peso \text{ en kilogramos} / 3600)^{1/2}$.

Debido a la falta de datos previos que hayan evaluado el impacto del ASC, esta variable fue categorizada utilizando cuartiles para reportar hallazgos de mayor relevancia clínica. Consecuentemente, los pacientes fueron clasificados como Grandes y No-Grandes utilizando un valor promedio del ASC como grande ($ASC \geq 1.8$) o no-grande ($ASC < 1.8$).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos de las variables continuas se expresaron por la mediana o media \pm el desvío estándar. Se utilizó la prueba de Student, la prueba de U Mann-Whitney o ANOVA para comparar las medias cuando fuese apropiado. Las variables categóricas fueron comparadas con la prueba de chi-cuadrado. El análisis multivariado mediante regresión logística y múltiple se utilizó para identificar las variables independientes asociadas a la conversión y los tiempos operatorios, respectivamente. Se calcularon los "Odds ratio" (razones de disparidad) con sus intervalos de confianza del 95% (IC). Los modelos multivariados incluyeron las variables estadísticamente significativas halladas en el análisis univariado. Con el fin de excluir el sesgo potencial y la interacción, la obesidad también se incluyó en el modelo, aunque no se asoció en el modelo univariado.

La interacción entre el ASC y el IMC fue descartada mediante la prueba de relación de similitudes para la interacción entre variables. Debido a la interacción entre el peso y/o la altura, y el índice de masa corporal y/o el ASC, se llevaron a cabo dos diferentes modelos multivariados con el fin de evaluar el impacto relativo de estas variables.

Para evaluar el poder discriminativo del ASC para la predicción de la conversión se realizó un análisis con una curva operador-receptor (COR), y el área bajo la curva de COR fue calculada con el 95% del intervalo de confianza (IC).

Todo valor de p menor de 0.05 fue considerado significativo. El análisis estadístico se realizó con el paquete de software NCSS 2007 PASS 2005, GESS 2006 (Hintze J, 2007, Kaysville, Utha).

RESULTADOS

Fueron identificados un total de 916 pacientes (edad media 63.9; rango 14-91 años con el 53.2% mujeres). La mediana del ASC fue de 1.8 m² (rango: 1.1-2.5 m²). Los hombres tuvieron una media del ASC significativamente más alta que las mujeres (1.96 m² vs 1.64 m², respectivamente, $p < 0.001$). Los casos convertidos presentaron medias significativamente más altas de estatura, peso, índice de masa corporal y ASC, y proporciones significativamente más altas de sexo mas-

	Casos no convertidos (n: 823)	Casos convertidos (n: 92)	Valor de la P
Grandes (BSA $\geq 1.8m^2$) (%)	52.50%	76.10%	<0.001
ASC media (DS)	1.81 (0.23)	1.91 (0.20)	<0.001
Sexo masculino (%)	50.7	74.5	<0.001
Edad promedio (DS)	63.4 (15)	64.5 (15.5)	0.79
IMC promedio (DS)	25.9 (4.4)	27.1 (3.6)	0.006
IMC (%)			
≥ 30	16.1	18.5	0.56
≥ 35	2.9	3.3	0.85
≥ 40	0.8	0	0.37
Altura promedio (centímetros)	166.5 (9.5)	169.8 (7.9)	<0.001
Peso promedio (kilogramos)	72.2 (15.5)	78.4 (14)	<0.001
Cirugías previas (%)	48.4	44	0.91
Recto (%)	20.3	37	<0.001
Neoplasia (%)	77.2	76.1	0.81
Mano-asistida (%)	22.5	13.2	0.04

TABLA 1

Características demográficas de acuerdo a conversión a cirugía abierta

ASC: área de superficie corporal; IMC: índice de masa corporal.

culino, enfermedades del recto y laparoscopia pura (Tabla 1).

Los pacientes “grandes” y “no-grandes” difirieron en la mayoría de las variables demográficas analizadas.

La diferencia de altura esperada entre los pacientes “grandes” y “no grandes” no se observó cuando se compararon los pacientes de acuerdo a su índice de masa corporal, Tabla 2.

	Grandes N:507	No-Grandes N: 409	Valor de la p	Obesos (IMC > 30) N: 150	No-Obesos (IMC =<30) N:766	Valor de la p
Edad promedio en años (DS)	63.4 (13.18)	64.4 (16.4)	0.35	63.4 (13.2)	63.9 (15.4)	0.85
Género Masculino (%)	84%	16%	<0.05	21%	79%	<0.05
Altura promedio, centímetros (DS)	172.3 (7.1)	159.9 (6.9)	<0.001	167.5 (9.1)	166.7 (9.3)	0.31
Peso promedio, kilogramos (DS)	83.8 (10.9)	59.5 (7.3)	<0.05	92.5 (12.7)	68.9 (12.7)	<0.05
ASC promedio (DS)	1.99 (0.1)	1.62 (0.1)	<0.05	2.07 (0.2)	1.78 (0.2)	<0.05
IMC promedio (DS)	28.2 (3.7)	23.3 (3.3)	<0.05	32.9 (2.9)	24.7 (3.1)	<0.05
Cirugía abdominal previa (%)	40.5%	56.2%	<0.001	48%	48.4%	0.92
Rectos (%)	22.9%	22.8%	0.78	18.7%	22.6%	0.30
Neoplasia (%)	80.3%	73.1%	0.009	83.3%	75.8%	0.04

TABLA 2
Características demográficas según superficie corporal e índice de masa corporal
ASC: área de superficie corporal, IMC: índice de masa corporal.

La tasa de conversión global fue 10% (92 casos). Los pacientes “grandes” tuvieron una tasa de conversión significativamente más alta que los pacientes “no-grandes” (13.9% vs 5.3%) respectivamente, OR: 2.35 [95% IC: 1.45-3.86]; p=0.0001). Las tasas de conversión para el ASC

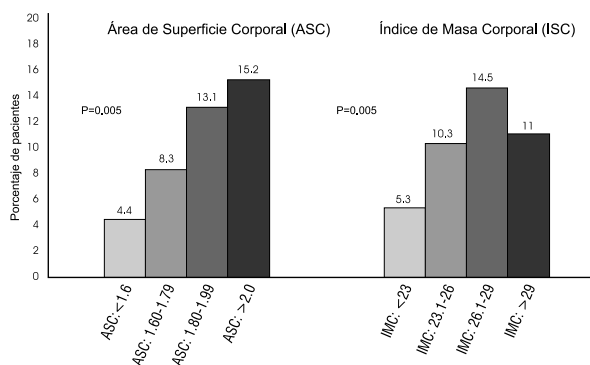


FIGURA 1
Tasas de conversiónsegún cuartiles de superficie corpore indice de masa corporal

y los cuartiles de IMC se muestran en la Figura 1.

En el análisis univariado, las mujeres tuvieron una tasa de conversión significativamente más baja que los hombres (5.6% vs 14%, p<0.001). Mientras que los hombres “grandes” presentaron una tasa de conversión significativamente más alta que las mujeres “grandes” (15.5% vs. 7.3%, p=0.05), los hombres y las mujeres “no grandes” mostraron similares tasas de conversión (Figura 2).

Tanto los pacientes obesos como los no

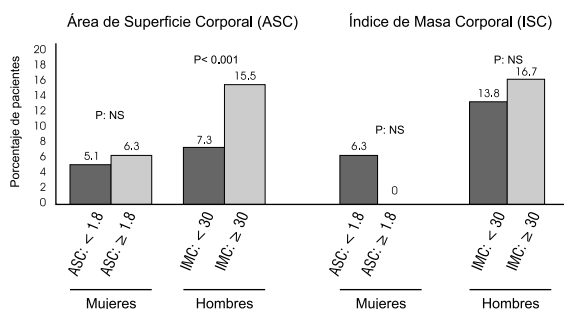


FIGURA 2
Tasas de conversión según área de superficie corpore indice de masa corporal

obesos tuvieron tasas similares de conversión (11.3% vs 9.8%, respectivamente, p=0.55).

Entre los casos que fueron sometidos a cirugía laparoscópica pura, los pacientes “grandes” y “no-grandes” tuvieron tasas de conversión de 14.6% y 6.4%, respectivamente, p<0.001. Entre los casos operados con la técnica manasistida, los pacientes “grandes” y “no grandes” mostraron tasas de conversión de 10.4% y 2%, respectivamente, p<0.01.

El primer modelo de análisis multivariado, que incluyó el IMC y el ASC, mostró que sólo este último se asoció significativamente con la conversión luego de ajustar por sexo, tipo de cirugía y ubicación de la enfermedad (Tabla 3). Como el análisis de regresión lineal entre el ASC y la altura mostró un r2=0.58 con una p<0.0001, creamos un segundo modelo multivariado reemplazando el ASC y el IMC por peso y altura.

Ni la altura ni el peso se asocian a la conversión en el análisis multivariado (p: 0.71 y 0.18, respectivamente) Cuando estas variables se sustituyen por el IMC y el ASC, sólo este último se asoció significativamente a la conversión después de ajustar por sexo, tipo de cirugía, y la ubicación de la enfermedad (Tabla 3). El análisis de la COR (curva ROC) del ASC mostró un área bajo la curva de 0.62 (IC 95%: 0.57-0.68) para

conversión. Un ASC > 1.8 tiene una sensibilidad y especificidad para predecir la conversión a cirugía abierta de 76% y 48%, respectivamente. El análisis COR de la superficie corporal mostró un área bajo la curva de 0.62 (95% CI: 0.57-0.68) para la conversión. El área de superficie corporal > 1.8 tiene una sensibilidad y una especificidad para predecir la conversión del 76% y 48%, respectivamente.

Variable	Univariado OR (95%IC)	Valor de la P	Multivariado OR (95% IC)	Valor de la P
Femenino vs Masculino	0,4 (0.2-0.6)	0.00004	0,5 (0.3-0.9)	0.04
ASC < 1.8 vs ASC ≥ 1.8	2,9 (1.7-4.7)	0.00003	1,9 (1.1-3.7)	0.04
Obesos vs No obesos	1,2 (0.7-2.0)	0.56	0,85 (0.5-1.6)	0.62
Recto vs Colon	2,3 (1.5-3.6)	0.0003	2,2 (1.4-3.5)	1
Neoplásicos vs No neoplásicos	0,9 (0.6-1.6)	0.81		
Mano-asistida vs Lap.	0,5 (0.3-0.9)	0.04	2,2 (1.4-3.5)	0.1
Cirugías previas (Sí vs No)	1,0 (0.6-1.5)	0.91		

TABLA 3
Análisis univariado y multivariado de las variables relacionadas a la conversión

En cuanto al tiempo quirúrgico por vía laparoscópica, después de ajustar por sexo, localización de la enfermedad y tipo de abordaje laparoscópico, el peso, pero no así la altura, se asoció a tiempos más largos (coeficiente de regresión=0.82, p=0.0001; y coeficiente de regresión= -0.06, p=0.85, respectivamente).

Cuando los pacientes fueron clasificados por ASC e IMC, el análisis univariado mostró que los pacientes obesos y “grandes” se asociaron a mayor tiempo quirúrgico que los no-obesos y “no grandes”, respectivamente (Figura 3). Sin embargo, mientras que la clasificación por ASC mostró una diferencia de 25 minutos, el IMC evidenció sólo 10 minutos de diferencia. Cuando se analizaron por cuartiles de ASC e IMC, se encontraron valores más altos del 50% y 75%, respectivamente (Figura 4). Sin embargo, en el análisis multivariado, mientras que los pacientes “grandes” se asociaron estadísticamente a un tiempo operatorio más largo (p =0.003), la obesidad, no

lo hizo (p=0.054).

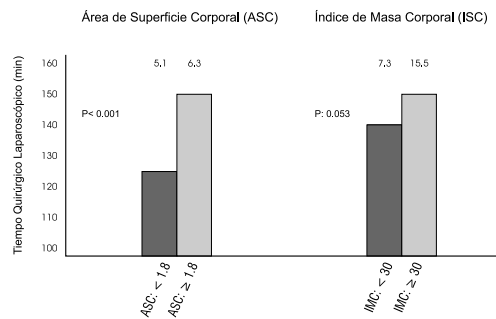


FIGURA 3
Tiempo quirúrgico laparoscópico según superficie corporal e índice de masa corporal

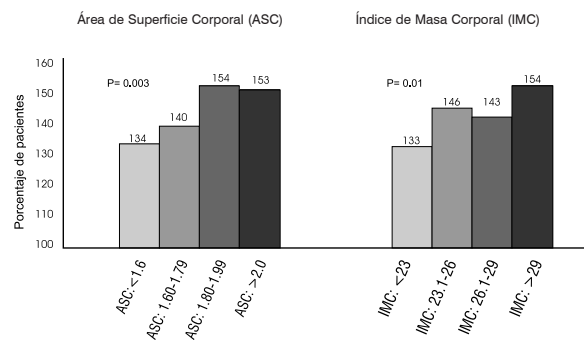


FIGURA 4
Análisis univariado y multivariado de las variables relacionadas a la conversión

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, este estudio es el primero en mostrar una asociación entre el ASC y la dificultad técnica intraoperatoria. En concreto, el ASC es una variable independiente asociada con la conversión a cirugía abierta y mayor tiempo operatorio en una serie amplia de pacientes consecutivos operados electivamente por patología colorrectal.

El ASC es la superficie calculada de un cuerpo humano y una forma sencilla de medir el tamaño del cuerpo. Varias fórmulas del ASC han sido desarrolladas a lo largo de los años, originalmente por Du Bois y Du Bois, seguido de Gehan y George, Haycock, Boyd y Mosteller²⁰. La fórmula de Mosteller está ganando apoyo como estándar, ya que es mucho más simple y puede ser memorizada y fácilmente calculada con una calculadora de mano. Además, el cálculo

lo on-line está disponible en varios sitios web (por ejemplo: www.halls.md/bsa.htm; www.patient.co.uk/doctor/Body-Surface-Area-Calculator - (Mosteller). Aunque en esta serie se presentan los resultados utilizando la fórmula de Mosteller, se llevó a cabo un análisis adicional con la fórmula Haycock, obteniéndose los mismos resultados (datos no presentados).

En la actualidad, el ASC se utiliza principalmente con fines clínicos. El ASC se considera un mejor indicador de la masa metabólica que el peso corporal, ya que se ve menos afectado por el tejido adiposo anormal. En consecuencia, el ASC es una medida utilizada en muchas tareas médicas, incluyendo el ajuste de la función renal, el cálculo del índice cardíaco, y el ajuste de la dosis de quimioterápicos y de glucocorticoides.

No hemos encontrado ningún informe en la literatura indexada en Medline que evalúe la relación del ASC con dificultades quirúrgicas o sus resultados, ya sea en cirugía abierta o laparoscópica. En esta serie, el ASC fue significativamente asociado a la conversión y tiempo operatorio más prolongado luego de ajustarlo por sexo, IMC, localización de la enfermedad (colon vs recto), y tipo de abordaje laparoscópico (laparoscopia pura vs. mano-asistida). Es importante destacar que, cuando el sexo fue clasificado por ASC, los hombres "no grandes" mostraron una tasa de conversión similar a los encontrados en las mujeres "no grandes" y en las mujeres "grandes". Como consecuencia de ello, sólo los hombres con un $ASC > 1.8$ "hombres grandes" se asociaron con una tasa de conversión significativamente mayor. A pesar de que el ASC se calcula sobre la base de las mismas variables que el IMC, no encontramos relación fuerte entre los dos. Esto se explica matemáticamente por el hecho de que en el cálculo del IMC, la altura se coloca en el denominador y el ASC en el numerador. En consecuencia, para el mismo peso, una persona alta tiene un ASC superior y un menor IMC que una persona de baja estatura.

En la presente serie, no sólo hubo una falta de interacción entre el ASC y el IMC, sino que este último tampoco se asoció con la conversión en los análisis uni o multivariados. Los informes de la literatura han mostrado resultados contradictorios con respecto al IMC y las tasas de conversión. Los factores de riesgo para la conversión fueron examinados por Marush et al⁷ en un estudio multicéntrico prospectivo de 1658 procedimientos colorrectales laparoscópicos y asis-

tidos por laparoscopia entre 1995 y 1999. Al igual que en la presente serie, el IMC promedio de los que fueron convertidos fue significativamente mayor que en aquellos que no fueron convertidos (26.5 vs 24.9, $p < 0.05$). Senagore et al²² comparó retrospectivamente 260 pacientes obesos (IMC 30) y no obesos, reportando una diferencia significativa en la tasa de conversión (23.7% vs 10.9%, $p = 0.05$). Los resultados a corto plazo del ensayo clínico CLASSIC también mostraron una mayor tasa de conversión entre los pacientes obesos, aunque en el 30.7% de los casos faltaron los datos del índice de masa corporal y no se estableció un punto de corte claro^{20,23}. Ese estudio no incluyó un análisis multivariado. En contraste con estos estudios, Schwander et al²⁴, no encontró diferencias significativas para la tasa de conversión entre 95 pacientes obesos (IMC ≥ 30) y 494 no obesos. Esta falta de asociación también ha sido reportada por otros autores^{25,27}. Una revisión exhaustiva reciente realizada por Makino T et al²⁸, analizó 33 estudios y encontró un mayor porcentaje de conversión en pacientes obesos. Las diferencias observadas pueden estar asociadas con la experiencia quirúrgica y criterios de selección de pacientes. En la presente serie, aunque los casos convertidos tuvieron un IMC significativamente mayor que los casos no convertidos, no hubo diferencia entre los grupos en relación con las proporciones de pacientes con IMC superior a 30, 35 y 40. Por otra parte, los pacientes obesos y no obesos tuvieron tasas similares de conversión.

Diversos estudios recientes se han centrado en los nuevos parámetros cualitativos del tejido graso. Tsujinaka S et al²⁹ analizaron 133 pacientes consecutivos que fueron sometidos a cirugía laparoscópica electiva por cáncer de colon sigmoide. La obesidad se definió como un IMC ≥ 25 kg/m² o un área de grasa visceral (calculado por la tomografía computarizada) ≥ 130 cm². A pesar de que esta última clasificación fue mejor para predecir la infección del sitio quirúrgico, presentar complicaciones operatorias y el tiempo de estadía hospitalaria postoperatoria, no se ha encontrado ninguna relación con la tasa de conversión. Más recientemente, Cecchini S et al³⁰ analizaron 187 pacientes consecutivos sometidos a resección electiva del colon, ya sea con técnica abierta o laparoscópica, utilizando el análisis volumétrico de la tomografía computarizada. El tiempo operatorio se correlacionó con el depósito de grasa sub-

cutánea y el IMC en el subgrupo de colectomía derecha laparoscópica, pero no se encontró ninguna asociación con la tasa de conversión.

En cuanto al tiempo quirúrgico, la mayoría de los estudios encontraron una relación con el IMC. Mustain WC et al³¹ han consultado recientemente los archivos de datos del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Cirugía del Colegio Americano de Cirujanos (ACS-NSQIP). En un análisis de 9693 pacientes (un 30% con $IMC \geq 30$) que fueron sometidos a colectomía laparoscópica desde 2005 hasta 2008, el tiempo operatorio se correlacionó con el IMC independientemente de otras variables. Lamentablemente, los datos de conversión a cirugía abierta no están disponibles en esta versión actual del ACS-NSQIP.

En la presente serie, los pacientes “grandes” y los pacientes obesos tuvieron mayor tiempo operatorio, sin importar sexo, localización de la enfermedad ni tipo de abordaje laparoscópico. Sin embargo, en la clasificación según el IMC sólo el último cuartil (25% de toda la serie) se asoció a un mayor tiempo operatorio; en la clasificación según el ASC hubo mayor tiempo operatorio también en el tercer cuartil, lo que permite identificar al 50% de los casos como de alto riesgo. Más aún, la categorización según el ASC ha dado mayor diferencia que la proporcionada por la categorización según el IMC.

A diferencia del IMC, el ASC se relaciona con la altura, como se muestra en la presente serie. Mientras que los pacientes obesos y no obesos fueron similares en altura, los pacientes “grandes” fueron significativamente más altos. En consecuencia, el ASC puede estar más relacionado con ciertas características antropométricas (por ejemplo: diámetro de la pelvis, ubicación del ángulo esplénico, etc.) que el IMC, lo que finalmente puede influir en la conversión. El impacto de la altura en la técnica laparoscópica no ha sido evaluado previamente. En esta serie, en el análisis univariado, la altura y el peso se asociaron significativamente a la conversión y a un tiempo operatorio más largo. Sin embargo, en el modelo multivariado que incluyó estas variables, la única asociación independiente fue entre el peso y el tiempo operatorio. Estos hallazgos, así como el hecho de que las categorizaciones según el IMC (>30 , >35 o >40) no identificaron a grupos de alto riesgo para la conversión, hacen que el ASC sea una variable categórica noble, relacionada a los valores antropométricos, y excelente para predecir la

conversión y un mayor tiempo operatorio.

La tasa de conversión hallada en esta serie se encuentra dentro del rango reportado por otros autores, utilizando la misma definición. Debido a la falta de investigaciones previas sobre la relación entre el ASC y la dificultad quirúrgica, hemos explorado el impacto por cuartiles. Esta categorización mostró una proporción creciente en las tasas de conversión y en el tiempo operatorio. Aunque este tipo de categorización es útil, se utilizó un corte binario para delimitar mejor los resultados y facilitar su aplicabilidad en la práctica clínica. El valor de corte de 1.8 se basa en el valor de la mediana de nuestros pacientes, el cual probablemente difiera del hallado por otros autores. Sin embargo, este valor es similar al descrito por otros y por lo tanto, no se espera una gran variabilidad.

Este estudio proporciona varios resultados atractivos y prácticos. En primer lugar, en la práctica clínica, la estimación preoperatoria del riesgo de conversión puede influir en la decisión final del abordaje quirúrgico. A pesar de que el $ASC \geq 1.8$ no es una contraindicación per se para el abordaje laparoscópico, puede servir para seleccionar los casos al inicio de la curva de aprendizaje o en los programas de enseñanza con el fin de lograr una mejor selección del paciente para evitar un mayor aumento en la tasa de conversión. Por otra parte, un consentimiento informado completo debe incluir el riesgo de conversión, el cual está independientemente influenciado por el ASC. Esta variable nos permitió identificar a un subgrupo de varones con una tasa de conversión similar a las mujeres. Este factor predictivo no debe pasarse por alto y debe ser considerado al informar a los pacientes acerca de los resultados a corto plazo de la cirugía laparoscópica.

En segundo lugar, la tasa de conversión es una de las variables más importantes al evaluar el rendimiento de un cirujano en particular o un grupo de cirujanos colorrectales, y también para determinar un nivel de calidad de atención. Como las características de los pacientes pueden variar ampliamente entre los centros, países y regiones, este factor debe tenerse en cuenta a este respecto.

Finalmente, desde la perspectiva de la investigación, los estudios anteriores que evaluaron los factores asociados a la conversión, no han considerado esta variable. EL ASC era probablemente una de las variables no ajustada que en parte explica la asociación notificada anterior-

mente entre el sexo y la conversión en muchas series^{9, 20, 24}. Como se muestra en esta serie, el sexo (uno de los factores más consistentemente asociado previamente con la conversión) está muy influenciado por el ASC.

La principal limitación de éste estudio es que se trata de una revisión de una base de datos prospectiva proveniente de una sola institución. Sin embargo, este informe fue obtenido de una práctica de alto volumen en cirugía colorrectal que analiza una serie amplia de pacientes consecutivos acumulados durante un período de tiempo relativamente corto, y ofrece información sobre el papel del ASC en el resultado a corto plazo después de la CCRL. Aunque esto no puede considerarse técnicamente como un estudio ciego debido a su diseño retrospectivo, el sesgo de conversión es muy poco probable ya que ésta hipótesis no se había planteado y los cirujanos no eran conscientes del valor del ASC al momento en que los procedimientos fueron llevados a cabo.

Por último, en una época de "pago según desempeño" y "resultado según tasas esperadas" sin duda habrá una mayor dependencia de la estratificación del riesgo, y se volverá cada vez más importante la comprensión exacta de los factores de riesgo que generan dificultad quirúrgica.

En conclusión, el ASC es una variable categórica relacionada a los valores antropométricos, excelente para predecir la conversión y un mayor tiempo operatorio en pacientes sometidos a cirugía colorrectal laparoscópica. Basándonos en nuestros hallazgos, los cirujanos y los pacientes pueden inferir que la realización del procedimiento laparoscópico sea técnicamente más difícil y lleve mucho más tiempo en los pacientes de gran tamaño. Debido a que es una variable predictiva independiente, debe tenerse en cuenta al informar a los pacientes sobre los riesgos intraoperatorios y en la selección de casos al inicio de la curva de aprendizaje y a la hora de evaluar el desempeño de una Unidad de Coloproctología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kang CY, Halabi WJ, Luo R, Pigazzi A, Nguyen NT, Stamos MJ. *Laparoscopic Colorectal Surgery: A Better Look Into the Latest Trends*. Arch Surg. 16 Abr. 2012.
2. Nelson H, Sargent D, Wieand S, Fleshman J, Anvari M, Stryker S, et al. *A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer*. N Engl J Med. 2004 May 13; 350(20):2050-9.
3. Hasegawa H, Kabeshima Y, Watanabe M, Yamamoto S, Kitajima M. *Randomized controlled trial of laparoscopic versus open colectomy for advanced colorectal cancer*. Surg Endosc. 2003 Abr; 17(4):636-40.
4. Kaiser AM, Kang JC, Chan LS, Vukasin P, Beart RW, Jr. *Laparoscopic-assisted vs. open colectomy for colon cancer: a prospective randomized trial*. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2004 Dic; 14(6):329-34.
5. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Pique JM, Delgado S, Campo E, Bordas JM, et al. *Short-term outcome analysis of a randomized study comparing laparoscopic vs open colectomy for colon cancer*. Surg Endosc. 1995 Oct; 9(10):1101-5.
6. Stage JG, Schulze S, Moller P, et al. *Prospective randomized study of laparoscopic versus open colonic resection for adenocarcinoma*. Br J Surg. 1997 Mar; 84(3):391-6.
7. Marusch F, Gastinger I, et al. *Importance of conversion for results obtained with laparoscopic colorectal surgery*. Dis Colon Rectum. 2001 Feb; 44(2):207-14; discusión 14-6.
8. Heidi Nelson MD, Daniel J. Sargent, et al. *A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer*. N Engl J Med. 2004 May 13; 350(20):2050-9.
9. 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 Dic; 22(12):2625-30.
10. White I, Greenberg R, Itah R, Inbar R, Schneebaum S, Avital S. *Impact of conversion on short and long-term outcome in laparoscopic resection of curable colorectal cancer*. JLS. 2011 Abr-Jun; 15(2):182-7.
11. Scheidbach H, Garlipp B, Oberlander H, Adolf D, Kockerling F, Lippert H. *Conversion in laparoscopic colorectal cancer surgery: impact on short- and long-term outcome*. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2011 Dic; 21(10):923-7.
12. Moloo H, Mamazza J, et al. *Laparoscopic resections for colorectal cancer: does conversion survival? Surg Endosc*. 2004 May; 18(5):732-5.
13. Cima RR, Hassan I, et al. *Failure of institutionally derived predictive models of conversion in laparoscopic colorectal surgery to predict conversion outcomes in an independent data set of 998 laparoscopic colorectal procedures*. Ann Surg. 2010 Abr; 251(4):652-8.
14. Franko J, O'Connell BG, et al. *The influence of prior abdominal operations on conversion and complication rates in laparoscopic colorectal surgery*. JLS. 2006 Abr-Jun; 10(2):169-75.
15. González R, Smith CD, et al. *Consequences of*

- conversion in laparoscopic colorectal surgery.* Dis Colon Rectum. 2006 Feb; 49(2):197-204.
16. Schlachta CM, Mamazza J, Gregoire R, Burpee SE, Pace KT, Poulin EC. *Predicting conversion in laparoscopic colorectal surgery.* Fellowship training may be an advantage. Surg Endosc. 2003 Ago; 17(8):1288-91.
 17. Schlachta CM, Mamazza J, Seshadri PA, Cadeddu MO, Poulin EC. *Predicting conversion to open surgery in laparoscopic colorectal resections. A simple clinical model.* Surg Endosc. 2000 Dic; 14(12):1114-7.
 18. Schwandner O, Schiedeck TH, Bruch H. *The role of conversion in laparoscopic colorectal surgery: Do predictive factors exist?* Surg Endosc. 1999 Feb; 13(2):151-6.
 19. Tekkis PP, Senagore AJ, Delaney CP. *Conversion rates in laparoscopic colorectal surgery: a predictive model with 1253 patients.* Surg Endosc. 2005 Ene; 19(1):47-54.
 20. Thorpe H, Jayne DG, Guillou PJ, Quirke P, Copeland J, Brown JM. *Patient factors influencing conversion from laparoscopically assisted to open surgery for colorectal cancer.* Br J Surg. 2008 Feb; 95(2):199-205.
 21. Mosteller RD. *Simplified calculation of body-surface area.* N Engl J Med. 1987 Oct 22; 317(17):1098.
 22. Senagore AJ, Delaney CP, Madboulay K, Brady KM, Fazio VW. *Laparoscopic colectomy in obese and nonobese patients.* J Gastrointest Surg. 2003 May-Jun; 7(4):558-61.
 23. Guillou PJ, Quirke P, et al. *Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial.* Lancet. 2005 May 14-20; 365(9472):1718-26.
 24. Schwandner O, Farke S, Schiedeck TH, Bruch HP. *Laparoscopic colorectal surgery in obese and nonobese patients: do differences in body mass indices lead to different outcomes?* Surg Endosc. 2004 Oct; 18(10):1452-6.
 25. Tuech JJ, Regenet N, Hennekinne S, Pessaux P, Bergamaschi R, Arnaud JP. *Laparoscopic colectomy for sigmoid diverticulitis in obese and non obese patients: a prospective comparative study.* Surg Endosc. 2001 Dic; 15(12):1427-30.
 26. Dostalík J, Martinek L, Vavra P, Andel P, Gunka I, Gunkova P. *Laparoscopic colorectal surgery in obese patients.* Obes Surg. 2005 Oct; 15(9):1328-31.
 27. Wahl P, Hahnloser D, Chanson C, Givel JC. *Laparoscopic and open colorectal surgery in everyday practice: retrospective study.* ANZ J Surg. 2006 Ene-Feb; 76(1-2):20-7.
 28. Makino T, Shukla PJ, Rubino F, Milsom JW. *The impact of obesity on perioperative outcomes after laparoscopic colorectal resection.* Ann Surg. 2012 Feb; 255(2):228-36.
 29. Tsujinaka S, Konishi F, et al. *Visceral obesity predicts surgical outcomes after laparoscopic colectomy for sigmoid colon cancer.* Dis Colon Rectum. 2008 Dic; 51(12):1757-65; discusión 65-7.
 30. Cecchini S, Cavazzini E, Marchesi F, Sarli L, Roncoroni L. *Computed tomography volumetric fat parameters versus body mass index for predicting short-term outcomes of colon surgery.* World J Surg. 2011; 35(2):415-23.
 31. Mustain WC, Davenport DL, Hourigan JS, Vargas HD. *Obesity and laparoscopic colectomy: outcomes from the ACS-NSQIP database.* Dis Colon Rectum. 2012 Abr; 55(4):429-35.

INFARTO HEPÁTICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ANGIOSARCOMA DE HÍGADO

Jorge Bufaliza* MAAC, Roberto M. Correa* MAAC, Miguel U. Martínez**, María Cecilia Cicchiti*** y José A. Carena****

DEL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA Y CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL LUIS C. LAGOMAGGIORE, MENDOZA, ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

El doble aporte sanguíneo hepático a través de la vena porta y la arteria hepática hace muy infrecuente los infartos en dicho órgano. La arteria hepática suple el 35% del flujo sanguíneo y el 50% del oxígeno y la vena porta el resto. Ante la interrupción de uno de estos vasos, el hígado mantiene su viabilidad gracias al aporte sanguíneo que le provee el sistema libre de obstrucción². Entre las diversas causas de infarto hepático (trasplante hepático, lesiones quirúrgicas del pedículo hepático, traumatismos abdominales, abscesos hepáticos, síndrome HELLP, enfermedad tromboembólica, trombofilias primarias) son inusuales las neoplasias².

Los angiosarcomas (tumores malignos originados en las células endoteliales vasculares) representan sólo el 2% de los tumores malignos primarios del hígado, tienen mayor incidencia en el sexo masculino entre los 60 y 70 años, son de mal pronóstico, con una supervivencia media de 6 meses³.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso de infarto hepático como forma de presentación de un angiosarcoma primario del hígado rápidamente letal por insuficiencia hepática fulminante.

CASO CLÍNICO

Varón de 71 años de edad que consultó por dolor abdominal intenso de 2 semanas de evolución y masa epigástrica dolorosa. Refiere presentar desde hace 3 años colitis ulcerosa,

polineuropatía desmielinizante aguda y diabetes tipo 1, todas estables y controlado con insulina, mesalazina, 6-mercaptopurina, corticoides y 2 dosis (hace 3 años) de 1g/kg de gammaglobulina endovenosa. El laboratorio de ingreso no presentaba alteraciones excepto leve aumento de GOT y GPT (3 veces). La ecografía abdominal informó lóbulo izquierdo del hígado aumentado de tamaño, heterogéneo con área nodular hipoecoica de 5 x 4 cm y moderada ascitis. La TAC reveló hígado con lóbulo izquierdo aumentado de tamaño con densidad disminuida y discreta ascitis. Los marcadores tumorales (CEA, Ca 19.9, Alfafetoproteína) fueron normales. Al 5º día del ingreso presentó aumento del dolor abdominal, con un descenso del Hto. a 28% y de plaquetas a 6.000/mm³ y ascenso de los leucocitos a 29.950/mm³. Se solicitó Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y se realizó laparoscopia. La RMN informó trombosis de la rama izquierda de la vena porta e isquemia hepática (Figura 1) y la laparoscopia evidenció lesión tumoral de origen vascular en lóbulo izquierdo hepático y lesiones compatibles con carcinomatosis peritoneal (Figura 2). Se realizó biopsia hepática y de lesiones peritoneales las cuales mostraron lesiones atribuibles a angiosarcomas (Figura 3) confirmados por inmunohistoquímica (CD31 y FVW positivos y citoqueratina, desmina, ACL y HepAr1 negativos). El Eco-Doppler de hígado confirmó la presencia de extenso infarto hepático con ausencia de flujo en la rama izquierda de la vena porta y la arteria hepática. El paciente fallece a los 15 días de internación por insuficiencia hepática fulminante.

*Sección de Hígado, Vía Biliar y Páncreas, Servicio de Cirugía General, Hospital Luis C. Lagomaggiore.

**Jefe de Servicio Anatomía Patológica, Hospital Luis C. Lagomaggiore.

***Residente Clínica Médica, Servicio de Clínica Médica, Hospital Luis C. Lagomaggiore.

****Jefe de Servicio de Clínica Médica, Hospital Luis C. Lagomaggiore.

Recibido el 06 de Septiembre de 2012.

Aceptado el 21 de Noviembre de 2012.

Correspondencia: Jorge Bufaliza.

Dirección postal: Simón Semorile 2749 Casa:1, Guaymallén, Mendoza, Argentina. CP: 5521,

e-mail: jorgebufaliza@yahoo.com.ar, Tel: 0261-155327419

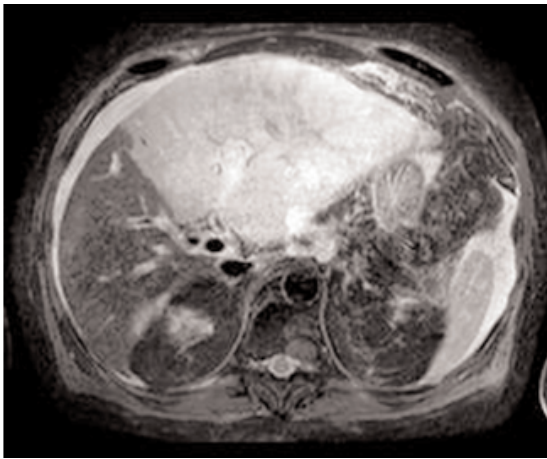


FIGURA 1
RMN muestra lóbulo izquierdo con severa isquemia



FIGURA 2
Laparoscopia: se observa lesión tumoral vascular hepática y carcinomatosis peritoneal

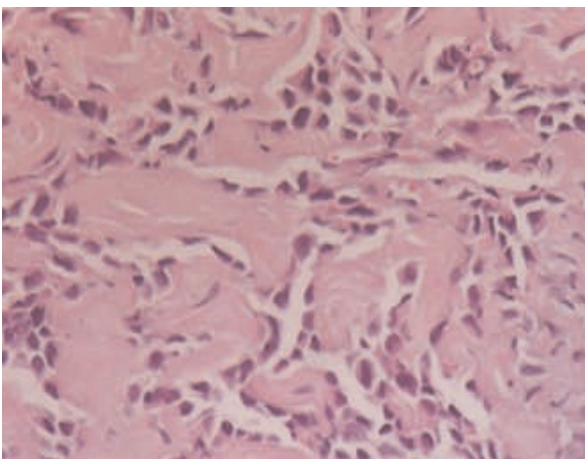


FIGURA 3
Biopsia hepática: Islotes sólidos y canales vasculares irregulares revestidos por células endoteliales con marcado pleomorfismo e hiper cromasia nuclear (HE 400x.)

DISCUSIÓN

Múltiples etiologías han sido descritas como causales de infarto hepático, no obstante son muy escasos los reportes donde se asocian los infartos con lesiones tumorales del hígado. Para nuestro conocimiento, existe sólo un caso publicado de tumor vascular primario de hígado (hemangioendotelioma) asociado a infarto hepático⁴.

Dada la escasa sintomatología que presentan los pacientes con angiosarcoma hepático, es común que su diagnóstico se realice por la presencia de masa abdominal o por complicaciones del tumor, la más frecuente, el hemoperitoneo¹. Nuestro paciente, en cambio, se presentó con una complicación isquémica del hígado debido a la obstrucción tanto de la arteria hepática como de la vena porta.

Consideramos relevantes en la evolución del caso, tres fenómenos hematológicos. Al igual que en otras publicaciones, nuestro paciente presentó una marcada trombocitopenia que atribuimos al consumo plaquetario producido por el pasaje de sangre a través de los vasos tumorales, hecho que se encuentra hasta en el 50% de los pacientes con angiosarcomas^{1,3}. El descenso marcado del hematocrito fue interpretado como secundario a una posible hemorragia intratumoral ante la ausencia de hemólisis microangiopática. La leucocitosis puede ser atribuida a la respuesta inflamatoria frente al infarto hepático y/o a la producción tumoral de factores estimulantes de la leucopoyesis. Resultó llamativa la ausencia de marcado aumento de las transaminasas, hecho presente en forma casi constante en las lesiones isquémicas severas del hígado.

Por lo general los angiosarcomas se asocian con factores de riesgo (radiaciones, exposición a cloruro de vinilo, thorotrast, arsénico)^{1,3}, ausentes en nuestro paciente. No se ha informado que el uso de 6-mercaptopurina y gammaglobulina predisponga al desarrollo de angiosarcoma hepático. La autoinmunidad evidente en este enfermo puede haber jugado un rol en la génesis del tumor.

El infarto y el angiosarcoma hepático tienen similar presentación en la TAC (lesiones hipodensas) y en la RMN (lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2)^{1,3} con la diferencia de que en el infarto no existe efecto de masa, como en este caso^{1,3}. Los hallazgos en la ecografía y tomografía de nuestro paciente hacían suponer

la presencia de una lesión tumoral del lóbulo izquierdo del hígado y la RNM una lesión isquémica. La laparoscopia fue de gran utilidad, pues permitió descartar una complicación hemorrágica, confirmar la presencia de infarto y de un tumor vascular del hígado, detectar la presencia de carcinomatosis y tomar una biopsia que confirmó el diagnóstico de angiosarcoma. Se han descrito algunas medidas terapéuticas en los pacientes con infarto hepático, como la utilización de anticoagulantes y la realización de hepatectomías, con resultados que dependen de la extensión del parénquima comprometido y de la enfermedad de base asociada². En nuestro caso, el compromiso agudo y extenso del parénquima hepático por el tumor y el infarto, generó un fallo hepático fulminante que provocó el óbito del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chien C, Hwang C, et al. *Liver angiosarcoma, a rare liver malignancy presented with intraabdominal bleeding due to rupture: a case report*. World J of Surg Oncol 2012; 26;10-23.
2. Francque S, Condat B, et al. *Multifactorial etiology of hepatic infarction: a case report with literature review*. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004; 16:411-415.
3. Locker G, Doroshow J, Zwelling L, Chabner B. *The clinical features of hepatic angiosarcoma: a report of four cases and a review of the English literature*. Medicine (Baltimore) 1979; 58:48-64.
4. Woller S, Boschert M, Hutson W. Clin Gastroenterol and Hepatol 2005; 3:20-25.

ABSCESO POR LITO PERDIDO POST-COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carlos Ayón*, Diego Pérez Grassano*, Juan D. Tedesco* MAAC, Federico Martínez* y
Carlos Ayón Dejo MAAC, Patrizio Petrone*** MAAC

La colecistectomía laparoscópica (CL) es considerada en la actualidad el tratamiento de elección para la litiasis vesicular sintomática. Aunque este abordaje ha demostrado ser mejor en función a las ventajas de la mini-invasividad¹, la introducción de esta técnica ha generado nuevas complicaciones intrínsecas, como lesiones de la vía biliar y las generadas por la salida de litos debido a perforación de la vesícula biliar².

El objetivo de esta publicación es presentar el caso de un absceso subfrénico derecho, como complicación tardía de un cálculo abandonado en la cavidad abdominal post-colecistectomía laparoscópica y resuelto con técnicas mini-invasivas.

CASO CLÍNICO

Hombre de 66 años de edad cuyo motivo de consulta incluye tos, dorsalgia derecha y pérdida de peso de dos meses de evolución. Es un paciente hipertenso y tabaquista crónico, actualmente medicado con inhibidores de ECA, DAINÉ, y bloqueantes histamínicos, que cuenta como antecedentes quirúrgicos apendicectomía a los 20 años y colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular sintomática realizada hacía 5 años.

Los resultados del laboratorio muestran valores dentro de parámetros normales, siendo más importantes los hallazgos resultantes de los estudios por imágenes: la radiografía de tórax evidencia velamiento del seno costodiafragmático derecho, mientras que las ecografías de pleura y abdominal informan, respectivamente, derrame pleural derecho de moderada cantidad, y colección bien circunscripta subfrénica derecha con imagen ecogénica en su interior de aproxi-

madamente 2 cm con sombra acústica posterior. Se decide realizar TAC tóracoabdominal la que revela derrame pleural derecho e imagen hipodensa bien delimitada con refuerzo de sus paredes con el contraste endovenoso, compatible con colección, asociado a imagen de 18 mm hiperdensa en su posición más declive (Figura 1).

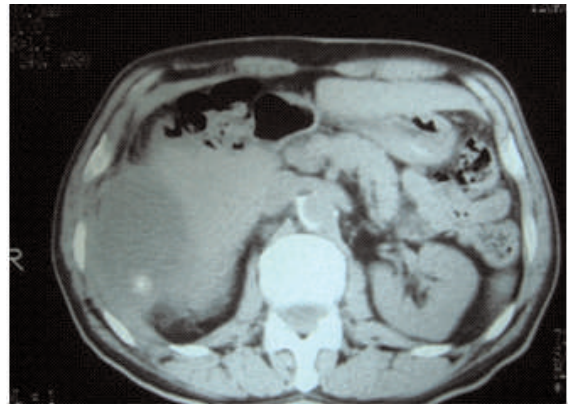


FIGURA 1
Absceso subfrénico derecho con imagen hiperdensa (lito) en su interior

Ante la sospecha de colección por lito olvidado durante la colecistectomía, se procedió a punzar el mismo bajo control ecográfico obteniendo líquido purulento. Seguidamente se dilató progresivamente el lugar de la punción con técnica de Seldinger hasta la introducción de un trócar de laparoscopia de 10 mm (Figura 2).

A través del mismo se evacuaron 350 ml de pus. Posteriormente se ingresó por la camisa un videoendoscopio flexible para la exploración del absceso que permitió ubicar un lito de 23 x 18 mm el que fue extraído de la cavidad con un ansa de endoscopia (Figura 3).

El procedimiento se realizó con sedación anestésica y tuvo una duración de 35 minutos. Al finalizar se dejó un drenaje de látex que se retiró

*Servicio de Cirugía General, Hospital Interzonal General de Agudos - Prof. Dr. Luis Güemes, Haedo, Pcia. de Buenos Aires.

**Comité de Investigación Central, Ministerio de Salud, La Plata, Pcia. de Buenos Aires.

***Miembro Titular, Comité de Trauma, Asociación Argentina de Cirugía.

Recibido el 25 de Junio de 2012.

Aceptado el 09 de Agosto de 2012.

Correspondencia a: Dr. Patrizio Petrone - Calle 15 N° 1308 - 3° "A" - La Plata (1900) - Pcia. de Bs. As.
Tel. (0221) 452-2484 - patrizio.petrone@gmail.com

al quinto día sin complicaciones. El paciente completó medicación antibiótica con ciprofloxacina y metronidazol, y los controles ecográficos y tomográficos a los 6 meses muestran resolución total de la colección con ausencia de sintomatología.



FIGURA 2
Colocación de trócar dentro del absceso con aspiración de material purulento



FIGURA 3
Extracción del lito con ansa endoscópica

DISCUSIÓN

La ruptura vesicular se produce entre el 2 y 32% de las colecistectomías laparoscópicas³ observando un aumento del 10 al 30% de litos volcados en la cavidad abdominal en relación a la cirugía abierta⁴, estimándose que esta circunstancia solo causa el 0.1-0.8 % de las conversiones a laparotomía. Si se produce la ruptura vesicular, es recomendable cerrar el orificio de inmediato, mediante el uso de clips, endoloops o puntos con nudos intra o extracorpóreos. Posteriormente se aspirará el líquido biliar vertido y se extraerán los litos volcados a la cavidad a

través de los puertos emplazados. También pueden ser de utilidad el uso de una bolsa laparoscópica, o bien la utilización sistemática de una bolsa de espécimen para la extracción de la vesícula, evitando la posibilidad de ruptura con volcado de litos y bilis en el trayecto hecho por los trócares en la pared abdominal. Algunos autores³ sostienen que la conversión a colecistectomía abierta no está rutinariamente indicada, aún cuando todos los cálculos no hayan podido evacuarse. Sin embargo, sigue siendo una alternativa válida en situaciones como volcado de gran número de cálculos o un macrolito, especialmente si se asocia a algún signo de colestasis, colecistitis gangrenosa o empiema vesicular. Es imperiosa la recomendación de documentar en el parte quirúrgico si se produjo la ruptura de la pared vesicular e informar al paciente de esta circunstancia, de manera tal de realizar un seguimiento más adecuado desde el punto de vista médico y legal, facilitando el diagnóstico precoz de potenciales complicaciones relacionadas al procedimiento³.

La tasa de complicaciones por litos perdidos en CL es baja, pero cuando se presentan pueden generar complicaciones potencialmente fatales, como por ejemplo abscesos abdominales en los que se aislaron *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *enterococo*, y la infección en el sitio del trócar por donde se extrajo la vesícula, así como también adherencias, fístulas, obstrucción y/o perforación intestinal, ictericia, y empiema.

Aproximadamente 5% de los pacientes con litos dejados en la cavidad desarrollan síntomas, incluyendo dolor abdominal, fiebre, anorexia, náuseas y pérdida de peso. Para el tratamiento de las complicaciones por litiasis perdidas, existen autores³ que coinciden en que la laparotomía o exploración abierta con drenaje del foco, remoción de los litos y antibioticoterapia, es el procedimiento de elección. Sin embargo, nuestro grupo sostiene que el objetivo del tratamiento mini-invasivo es similar al de la exploración abierta (extracción de los litos y drenaje del foco), pero adicionando los beneficios de la mini-invasividad, entre los que se enumeran: no requiere sistemáticamente anestesia general, mejor recuperación, mejor aceptación del paciente, menor costo, menor dolor, menor tiempo de convalecencia, y mejor resultado estético.

Creemos que al margen de los buenos resultados obtenidos con el método, se deberá ser criterioso, y aplicar el tratamiento correspon-

diente en función a cada caso en particular, tomando en consideración el estado del paciente, tamaño y ubicación del absceso, características de los litos, así como la posibilidad de contar con cirujanos y endoscopistas entrenados en técnicas mini-invasivas. La complicación que presentamos debería ser incluida como tipo Ila de la clasificación de Strasberg⁵, ya que requirió un segundo procedimiento quirúrgico mini-invasivo, sin necesidad de anestesia general, y no hubo mortalidad ni secuelas en los controles posteriores.

En conclusión, deberá sospecharse la presencia de cálculos perdidos en pacientes con sintomatología abdominal vaga o formación de un absceso, semanas o años después de una CL. El tratamiento definitivo más utilizado es la exploración abierta, aunque también podrían ser exitosos los procedimientos mini-invasivos en casos seleccionados y manos entrenadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Läufer JM, Krähenbühl L, Baer HU, Mettler M, Büchler MW. *Clinical manifestations of lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy: a case report with review of the literature*. Surg Laparosc Endosc 1997;7(2): 103-12.
2. Turner AR, Yükses YN, Yasti AC, Gözalan U, Kama NA. *Dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy: the consequences*. World J Surg 2005;29(4):437-40.
3. Diez J, Arozamena C, et al. *Lost stones during laparoscopic cholecystectomy*. HPB Surg 1998;11(2):105-9.
4. Leslie KA, Rankin RN, Duff JH. *Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy: are they really benign?* Can J Surg 1994; 37(3):240-2.
5. Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. *Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy*. Surgery 1992;111(5):518-26.

ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE MAMA Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES SINCRÓNICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

María del Carmen Manzanares Campillo*, Virginia Muñoz Atienza**, Susana Sánchez García**, Esther García Santos**, Francisco Ruescas García**, Fernando Martínez de Paz* y Jesús M. Fernández***

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL, ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma primario de mama constituye un tumor infrecuente que se desarrolla de forma predominante en mujeres en la 3ª-4ª década de la vida^{1,2}. Este tumor es el tipo de sarcoma más frecuente localizado en la mama y su etiología es desconocida.

Los nódulos tiroideos incidentales son aquellos que se objetivan en pruebas de imagen realizadas por otra causa, típicamente no son palpables y se observan en menos de un 10% mediante Tomografía por Emisión de Positrones (PET)³. Sin embargo, que el incidentaloma tiroideo sea un carcinoma papilar y además sincrónico a un angiosarcoma primario de mama puede ser considerado un suceso excepcional. Presentamos el caso de una paciente de 36 años con un angiosarcoma primario en la mama derecha, diagnosticada en el estudio de extensión de un carcinoma papilar sincrónico de tiroides y realizamos una revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años de edad con antecedentes de cistocele y distonía cervical en tratamiento con toxina botulínica. Fue estudiada por el hallazgo ecográfico de una lesión sólida de 35 mm supraareolar en la mama derecha. El nódulo era heterogéneo y presentaba flujo vascular arterial de baja resistencia. Se realizó una Biopsia con Aguja Gruesa (BAG) guiada por ecografía del nódulo y su estudio histológico

objetivó una neoformación vascular sospechosa de malignidad y sugestiva de angiosarcoma. En la PET-Tomografía Axial Computarizada (PET-TAC) realizada como estudio de extensión no se evidenció extensión regional ni a distancia del tumor, llamando la atención la captación de un nódulo tiroideo derecho (Figura 1).

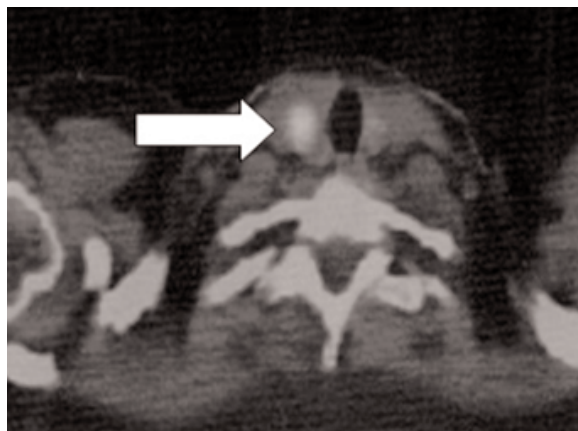


FIGURA 1
Nódulo tiroideo incidental objetivado en PET,
(flecha blanca).

El tratamiento quirúrgico realizado de forma programada fue una mastectomía simple derecha. El tumor a nivel microscópico presentaba una proliferación de células fusiformes hiper cromáticas con numerosas mitosis. Dichas células revestían canales anastomosantes con formación de yemas y estructuras papilares que constituían canales vasculares y nódulos sólidos con zonas de hemorragia y necrosis. Las células fueron positivas con la tinción inmuno-

* Cirujanos adjuntos.

**Médicos Internos Residentes.

***Adjunto y Jefe de Servicio del Servicio de Cirugía General.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Recibido el 21 de Agosto de 2012.

Aceptado el 06 de Septiembre 2012.

Correspondencia: María del Carmen Manzanares Campillo - Dirección postal: Calle Atalaya Nº 8, 3º Derecha - CP: 13002 - Ciudad Real - España - Teléfono: 926-278000 Extensión 79784 - Email: carmenmc2010@gmail.com

Presentado como póster en la XVIII Reunión Nacional de Cirugía. 9-11 noviembre 2011, Pamplona, España.

histoquímica para el Factor VIII (Figura 2).

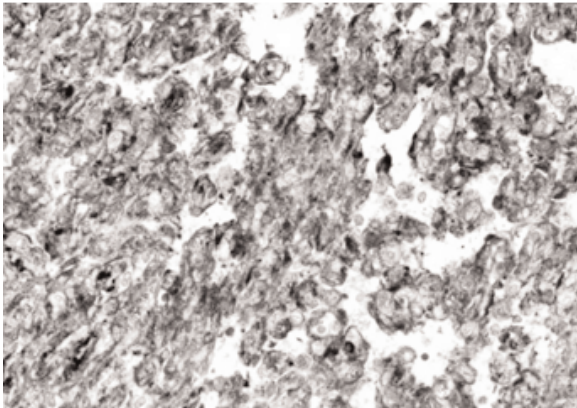


FIGURA 2

Tinción inmunohistoquímica para Factor VIII en las células neoplásicas mamarias (Aumento 20 X)

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de angiosarcoma de alto grado de malignidad con márgenes libres. La paciente recibió tratamiento adyuvante durante 6 ciclos con Docetaxel y Gemcitabina.

Posteriormente, se amplió el estudio del hallazgo tiroideo mediante una ecografía cervical en la que se objetivaron dos nódulos en el lóbulo tiroideo derecho (12 mm y 29 mm, respectivamente) y un nódulo de 6 mm en el lóbulo tiroideo izquierdo, sin visualizar adenopatías de tamaño significativo. Se realizó Punción-Aspiración con Aguja Fina (PAAF) de ambos nódulos tiroideos derechos, siendo sospechosa para células tumorales malignas (compatible con carcinoma papilar) la del nódulo de menor tamaño. La paciente fue sometida a una tiroidectomía total donde se confirmó intraoperatoriamente el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides, realizando a continuación una linfadenectomía cervical bilateral del compartimento central. El estudio histológico diferido confirmó el diagnóstico intraoperatorio objetivando 6 adenopatías afectadas de 30 en el vaciamiento central derecho y ninguna de las 10 extraídas en el izquierdo. La paciente se encuentra clínicamente asintomática tras 26 y 22 meses de seguimiento mamario y cervical, respectivamente.

DISCUSIÓN

El angiosarcoma mamario fue descrito por vez primera en la mama en 1887 por Schmidt². Los angiosarcomas de *novo* o primarios supo-

nen menos del 0.05 % de todos los tumores primarios malignos de la mama y muestran un predominio por la mama derecha, como en nuestro caso^{1,2,4}. Los secundarios se presentan en pacientes con antecedentes de cáncer de mama sometidas a cirugía y radioterapia, y en pacientes con linfedema crónico (síndrome de Stewart-Treves) tras un intervalo medio de^{5-7, 6}, años^{1-2, 5}. El angiosarcoma mamario debuta como un nódulo o masa indolora de crecimiento rápido, que puede provocar una coloración azulada en la piel suprayacente y en ocasiones puede confundirse con un fibroadenoma¹. Los hallazgos mamográficos son inespecíficos (masa bien delimitada sin microcalcificaciones), y se producen hasta un 33% de falsos negativos. La ecografía con Doppler objetivará una lesión con múltiples estructuras vasculares y en la TAC se apreciará una captación de contraste a ese nivel^{1,2}. El diagnóstico definitivo de estos tumores viene definido por el estudio anatomopatológico: canales vasculares anastomosados con atipia en las células endoteliales. Se definen tres grados histológicos: a) alto grado, con áreas sólidas, papilares, necróticas y hemorrágicas con abundantes mitosis y marcado pleomorfismo celular; b) grado intermedio, donde no se objetivan áreas con necrosis ni hemorragia y las zonas sólidas y papilares son escasas, las mitosis únicamente se observan en las papilas; y c) bajo grado, si no existen áreas papilares, sólidas, necróticas ni hemorrágicas. Se objetivan vasos formados por una o dos capas de células endoteliales, sin mitosis^{1,2}. El análisis inmunohistoquímico muestra positividad para los anticuerpos antifactor VIII, CD31 y CD34. Mediante el microscopio electrónico pueden observarse los cuerpos de Weibel-Palade (vesículas intracitoplasmáticas) hasta en un 40% de las células tumorales². Como diagnóstico diferencial debe incluirse el cistosarcoma filodes, sarcoma estromal, carcinoma metaplásico, carcinoma de célula escamosa, mioepitelioma, fibromatosis, fibrosarcoma, liposarcoma y hemangioma benigno².

Los angiosarcomas mamarios son unas neoplasias cuyo pronóstico se relaciona directamente con el grado histológico. La supervivencia a 5 años en tumores de bajo grado es del 91%, y del 14% en los de alto grado. La supervivencia media libre de enfermedad es mayor de 15 años, y de unos 15 meses para los tumores de bajo grado e intermedio y alto, respectivamente¹. Las metástasis se describen en pulmón, hígado, piel, hueso y mama contralateral y determinan una

supervivencia a los 5 años de un 8-20%⁵. El tratamiento de elección en el tumor primario es la resección quirúrgica con márgenes libres, habitualmente mediante una mastectomía simple, dada la baja frecuencia de metástasis ganglionares (1.5-6%) que no justifica la linfadenectomía axilar electiva^{1, 2, 5}. La radioterapia adyuvante parece disminuir las recurrencias locales (20-50%) y la quimioterapia no muestra resultados significativos^{1, 2, 4}. Sin embargo, determinados factores como resección quirúrgica con márgenes libres, bajo grado histológico y tamaño inferior a 5 cm se asocian a un mejor pronóstico y supervivencia⁵.

Los nódulos incidentales tiroideos pueden ser objetivados mediante múltiples pruebas de imagen: TAC, Resonancia Magnética (RM), PET, Ecografía, etc, las cuales se realizan como estudio de extensión rutinario de múltiples neoplasias (gastrointestinales, mama, linfomas, pulmón, etc). La prevalencia de incidentaloma tiroideos objetivados por PET varía de un 1.2 % a un 8.4%, con una incidencia de lesiones malignas del 14% al 30.9%, según diferentes estudios. La prevalencia de lesiones incidentales tiroideas en pacientes con cáncer parece ser similar a la objetivada en pacientes sanos³. En pacientes con antecedentes de una neoplasia primaria se recomienda completar su estudio con una ecografía cervical y realizar una PAAF guiada por ecografía si se objetivan nódulos tiroideos con un diámetro igual o superior a 1 cm, pudiendo así determinar sus características histológicas.

La planificación del tratamiento quirúrgico

de las neoplasias incidentales tiroideas en pacientes con otro tumor primario debe analizarse de forma individualizada, según la supervivencia esperada del tumor primario. No existen datos en relación a las neoplasias incidentales tiroideas objetivadas durante el estudio de extensión por un tumor mamario, por lo que podemos calificar de inusitado el hallazgo sincrónico en una paciente de un angiosarcoma primario de mama y un carcinoma papilar de tiroides.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Glazebrook KN, Magut MJ, Reynolds C. *Angiosarcoma of the breast*. A J R. 2008;190:533-538.
2. Rohan VS, Hanji AM, Patel JJ, Tankshali RA. *Primary angiosarcoma of the breast in a postmenopausal patient*. J Cancer Res Ther. 2010;6(1):120-122.
3. Seong J, Joo B, Chan W, Soo J. *Incidental thyroid lesions detected by FDG-PET/CT: prevalence and risk of thyroid cancer*. J Surg Oncol. 2009;7:63.
4. Vorburger SA, Xing Y, Hunt KK, Lakin GE, Benjamin RS, Feig BW, Pisters WT, Ballo MT, Chen L, Trent J, Burgess M, Patel S, Pollock RE, Cormier JN, et al. *Angiosarcoma of the breast*. Cancer. 2005;104:2682-2688.
5. Fayette J, Martin E, Piperno-Neuman S, Le Cesne A, Robert C, Bonvalot S, Ranchère D, Pouillart P, Coindre JM, Blay JY, et al. *Angiosarcomas, a heterogeneous group of sarcomas with specific behavior depending on primary site: a retrospective study of 161 cases*. An Oncol. 2007;18:2030-2036.

ACTO INAUGURAL 83º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

DISCURSO DEL SR. PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA*

Dr. Octavio Gil MAAC FACS

Nos convoca hoy, nuestra reunión anual más trascendente, el Congreso Argentino de Cirugía, que cada año reúne un número tan importante de cirujanos y de tal jerarquía, que lo posiciona como uno de los eventos quirúrgicos más importantes.

En nombre de la Comisión Directiva y de todos los Cirujanos aquí presentes, queremos agradecer al Comité Organizador y al Personal de la Asociación cuyo denodado esfuerzo ha permitido que podamos disfrutar del Congreso, cuyo éxito desde ya descontamos.

Agradable tarea del Presidente de la Asociación es presentar al Presidente del Congreso.

Presentar al Dr. Luis Chiappetta Porras no sólo significa una recorrida por su biografía y logros profesionales y académicos, por todos conocidos, sino también representa un justo reconocimiento a su familia, a sus maestros y a su escuela quirúrgica.

Luis nace en la ciudad de Buenos Aires y tiene todas las características y condimentos que su origen italiano y español le otorgan. Su familia paterna se instala en la ciudad de Buenos Aires a principio de siglo XX. Su abuelo Emilio Chiappetta proviene de un pequeño pueblo situado a 400 metros de altura frente al mar Jónico, llamado Scala Celli cuyo significado expresa una escalera al cielo o también la escalera hacia Dios. Primero inicia un corto periplo de un año por Estados Unidos más precisamente en Chicago donde se traslada para trabajar con un tío suyo, por entonces representante de Cinzano en aquella ciudad. Luego de transcurrido un año y dado que su madre y dos hermanos habían decidido trasladarse a Buenos Aires, él hace lo propio para reunirse con su familia directa, estableciéndose en el barrio de Palermo, junto a uno de sus hermanos, veterinario, quien regresa a Italia en la guerra del 14'. En Buenos Aires trabaja como químico. Allí conoce a Angela Sirito con quien se casa, instalándose definitivamente en nuestro país. De su matrimonio nace Luis Antonio, Médico Ortopedista, y padre de nuestro homenajeado quien se casa con María Isabel Porras, proveniente de San Millán de Lara en la provincia de Burgos, antiguo poblado a más de 1000 m de altura en el faldeo sobre la sierra de la Demanda. Se conocen sus primeros asentamientos, desde épocas románicas pero toma auge con el conde Fernán González hace más de un milenio. Desde Burgos su abuelo Tomás se traslada definitivamente a Buenos Aires donde estableció una pequeña empresa con la cual desarrolla su actividad comercial.

Del matrimonio Chiappetta nacen, Luis Tomás Emilio, nuestro homenajeado, quien como era costumbre en aquella época lleva los nombres de su padre y de sus abuelos y para continuar la línea familiar, y María Isabel su única hermana, tres años menor.

Luis cursa sus estudios primarios en el Belgrano Day School donde ingresa con cinco años a segundo grado, dado que según él refiere, sus padres le hicieron rendir primer grado libre. Continúa en ese colegio hasta quinto grado, momento en el cual al abrirse el colegio Esquiú en Belgrano, se cambia a este último donde completó primaria y secundaria, egresando con la Medalla de Oro de la promoción de 1966. La figura de sus padres siempre fue trascendente en su vida pero estuvo muy presente en aquella época porque Luis Antonio y María Isabel vivían muy pendientes de la educación de sus hijos. En esta etapa, supo cosechar muchos amigos con algunos de los cuales se sigue frecuentando y además recuerda con nostalgia el encanto del viaje hasta el colegio en los viejos tranvías de aquel Buenos Aires.

A los 16 años de edad hizo en forma simultánea el quinto año del secundario y el ingreso a la Facultad de Medicina de la UBA, probablemente influenciado por la carrera de su padre que trabajaba como Ortopedista en el Hospital Naval de Buenos Aires, pero además por la familia materna donde el bisabuelo, dos tíos y cuatro primos hermanos eran médicos por lo que la atmósfera galénica tenía un peso específico tan fuerte, que se transformó en la mejor orientación vocacional para Luis.

Desde 1966 a 1972 cursa Medicina en la UBA. Entra en la recordada sala IV, que en aquella época dirigía el Prof. Osvaldo Fustinioni, comúnmente denominada "el Olimpo de la Medicina" por la jerarquía de su conductor y de sus miembros, siendo una marca indeleble de su carrera. Allí, el Dr. Chiappetta Porras refiere haber tenido la suerte y el privilegio de tener como docente al Dr. Teodoro Sadler, clínico brillante y perspicaz que supo despertar en Luis la inquietud por el estudio y la investigación clínica. En 1972 obtiene el título de Médico con Diploma de Honor. Al año siguiente ingresa por concurso en la residencia de cirugía general del Hospital Argerich, siendo Jefe de Servicio el Dr. Clemente Morel, hombre de ácido humor, con gran estímulo por la investigación fundamentalmente de la patología del páncreas, siendo la simiente de una destacada escuela quirúrgica de Argentina, continuada, consolidada luego por el Dr. Alejandro Oría.

*Buenos Aires, 04 de Noviembre de 2012.

En rueda de amigos el Dr. Chiappetta satiriza con fidedignas imitaciones y anécdotas sobre Morel, cuenta que, en oportunidad de rendir el examen de adscripción para iniciar la carrera docente le toca el tema "tratamiento de la hernia crural" y como Jurado los Dres. Ferreira, Sánchez Zinny y el propio Morel. Al día siguiente al encontrarse en la sala con el Prof. Morel, éste con su infaltable "Moore" en la boca y la ceniza siempre a punto de caerse, le dice: - Estuviste muy bien Chiappetta, muy pero muy bien -Ante el elogio reiterado automáticamente un frío le corrió por la espalda como presagio del desenlace que no tardo en llegar; rápidamente Morel concluyó: - Lástima que te olvidaste de mencionar que el tratamiento de la hernia crural es la plástica al ligamento de Cooper -.

Durante su residencia tuvo como Jefe de Residentes a Juan Alvarez Rodríguez con quien lo une una sólida amistad, forjada en los años de mayor esfuerzo y sacrificio, y al Dr. Daniel Correa. Como Instructor de Residentes oficiaba Alejandro Oría, quien desde entonces es compañero y guía de un largo camino que hasta hoy los encuentra juntos. En 1976 es nombrado Jefe de Residentes del Hospital Argerich y al año siguiente pasa al Instituto Arturo Jorge del Hospital Durand donde habían migrado Clemente Morel y Alejandro Oría. En 1978 Oría y Chiappetta retornan definitivamente al Argerich, sumándose meses después Alvarez Rodríguez. Si bien actuaba como Jefe de Servicio el Dr. Fontana, nuestro homenajeado reconoce a Alejandro Oría como la persona que consolida la formación de la escuela quirúrgica, siendo según él la época más linda y productiva del Servicio.

El Dr. Chiappetta reconoce como sus Maestros a los Dres. Teodoro Sadler, Clemente Morel y Alejandro Oría a quien considera no sólo su maestro sino también su mentor y amigo.

Desde hace 25 años Luis está casado con Marta Keena, odontóloga, siendo no sólo su compañera en la vida y en los viajes que disfrutan con frecuencia sino también con quien comparte su pasión por la lírica y la música clásica, habiendo asistido a funciones en los más renombrados teatros del mundo.

Luis es padre de tres hijos Pablo, Licenciado en Administración, casado, con dos hijos, Emma y Francisco; Pancho siguiendo a su abuelo parece inclinarse por la cirugía robótica, aunque por el momento Luis sólo le permite jugar con el lavarropa. Vicky la única mujer, casada, que vive junto a su marido en Toronto y tiene dos hijas Olivia y Lola; y, por último Sebastián Licenciado en Marketing y Publicidad que aún se mantiene soltero. Sus hijos y cuatro nietos, sin dudas son la alegría y el estímulo que lo impulsa a seguir adelante.

Desde pequeño abrazó al fútbol como deporte, reconociéndose como un jugador hábil y rápido, a pesar que los registros gráficos quizás lo identifiquen como un equipo proveniente de una colonia tísica. Refiere que se ubicaba como medio campista de

ataque, emulando a los recordados Albrecht o Victorio Coco que pertenecían a San Lorenzo de Almagro, club al cual declara y profesa una ferviente simpatía. Su rapidez lo llevo a incursionar por el Rugby, jugando como Wing, pero la Universidad y los tackles lo hicieron desistir. Ya en la Universidad juega al tenis, con el cual dice divertirse, siendo muy entusiasta pero según sus propias palabras y de algunos de sus oponentes, no es muy virtuoso para el deporte blanco.

Luis ha realizado distintos viajes de perfeccionamiento al exterior; el primero de ellos fue al Hospital de Belvitges Princeps de España en el año 1992 y, posteriormente, en 1998 al Hospital Civil de Estrasburgo con el Prof. Jacques Marescaux. En ambos realizó entrenamiento en cirugía laparoscópica y mínimamente invasiva; según los jóvenes del Servicio fue el entrenamiento que alcanzó nuestro homenajeado y su dedicación lo que determinó el desarrollo de la cirugía laparoscópica del Argerich, siendo el impulsor de la exploración de la vía biliar, la adrenalectomía, y de la cirugía pancreática laparoscópicas. En 2003 realizó pasantías por Piracicaba Brasil y por la Universidad Católica de Chile donde fue a interiorizarse de los fundamentos de la cirugía bariátrica y metabólica, que luego se aplicaría con éxito en el Hospital Argerich.

Alterna la cirugía laparoscópica con su nueva afición, el campo de Lobos en la Provincia de Buenos Aires, donde luego de promediar el día, la silla de montar produce algunos estragos en su integridad caudal.

Desde 1983 es Doctor en Medicina luego de su tesis doctoral sobre el tema "Aspectos Inmunológicos de la Peritonitis Aguda Grave", presentada en la Universidad de Buenos Aires. En 1996 accede como miembro Académico Titular de la Academia Argentina de Cirugía, y en 1997 es nombrado Profesor Adjunto de Cirugía de la UBA. Desde 2006 se desempeña como Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital Argerich de Buenos Aires, obteniendo ese mismo año el título de Profesor Titular de Cirugía por concurso de la Universidad de Buenos Aires. Ha sido Presidente del Comité de Cirugía Mini-invasiva de nuestra Asociación. Tiene más de 120 trabajos científicos publicados en Revistas nacionales y extranjeras, La publicación de un libro de la especialidad y numerosos capítulos en diferentes textos especializados. Se ha hecho acreedor de 13 premios de Instituciones Universitarias, Académicas y Hospitalarias.

El Dr. Luis Chiappetta Porras es un hombre íntegro, con sólida formación que honrará a sus maestros, a su escuela y a las bases fundacionales de nuestra Institución, dando continuidad a las políticas adoptadas en beneficio de sus miembros, manteniendo e incrementando el bien ganado prestigio de la Asociación Argentina de Cirugía, por tal motivo lo invito a tomar la palabra para inaugurar el 83º Congreso Argentino de Cirugía.

DISCURSO DEL SR. PRESIDENTE DEL 83º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

Dr. Luis T. Chiappetta Porras MAAC FACS

En un país maravilloso, tristemente manejado y relegado por los gobernantes de turno, en medio de las dificultades propias de ciclos económicos de una década que termina estrepitosamente, la Asociación Argentina de Cirugía cumple 83 años, reuniendo a los cirujanos argentinos y extranjeros en el Congreso Argentino de Cirugía, que se ha constituido desde hace ya mucho tiempo en un evento científico de referencia en toda Latinoamérica. Este año, gracias a la decisión de mis colegas en la Asamblea General de 2010, tengo el honor y la satisfacción de presidirlo. Mi gratitud a todos aquellos que han contribuido a este logro tan importante y trascendente para mi vida personal y profesional.

En primer lugar, quiero agradecer a la institución que me vió nacer y desarrollarme profesionalmente, me refiero al Hospital Cosme Argerich. Desde 1973, año en el que ingresé como residente de Cirugía, a la fecha he tenido la oportunidad de conocer y de aprender de tres Jefes de Cirugía, los profesores Clemente Morel, Juan José Fontana y Alejandro Oría, y de compartir la labor con muchos compañeros de trabajo como Juan Alvarez Rodríguez, Néstor Hernández, Eduardo Nápoli, Carlos Ocampo, Hugo Zandalazini, Carlos Canullán, Hernán Roff, Matías Quesada, Gustavo Kohan, Enrique Petracchi y otros, así como con todas las camadas de residentes de nuestro Servicio en los últimos 40 años. Como soy un convencido que las Instituciones las hacen grandes los hombres en la que ellos actúan, en mi etapa de formación profesional, tuve la oportunidad de conocer prestigiosos profesionales de la talla de Roberto Votta, Antonio Foix, Adalberto Chicho Goñi, León Turjansky, Edgardo Chohuela, Carlos Firpo, Carlos Nolzco, Carlos Sáenz, Carlos Bertolassi, Clemente Morel. Un párrafo especial para el cirujano argentino con quien compartí estos 40 años, referente indiscutible de la Cirugía Argentina, que le dio al Servicio y al Hospital un sello de calidad y prestigio. Me refiero a mi amigo Alejandro Oría.

Quiero destacar la inmensa labor desarrollada durante el último año por los integrantes del Comité Congreso, los Dres.: Ricardo Torres, Matías Quesada, Fernando Duek, Juan Carlos Patrón Uriburu, Guillermo Arbúes, Juan Manuel Fernández Vila, Mariano Palermo y Darío Berkowski. Todos ellos, con mucho sacrificio y dedicación, colaboraron para que este Congreso pudiese llevarse a cabo de la mejor manera.

Ornela Normanno, joven brillante con una capacidad de trabajo increíble y María Inés Boquete (Maine) las grandes hacedoras junto a Vicky (Sra. Victoria de Coiset) y Martín Mihura de este formato de Congreso exitoso que mantiene su calidad y su prestigio.

Al resto de los secretarías de la Asociación: Sandra Miranda, María Cristina Boquete, Claudia Córdoba, Natalia Inganni, Belén Arrua y Mariela Ramos, que siempre están dispuestas a colaborar, mi sincero agradecimiento.

Un aporte fundamental para garantizar el éxito del evento son los invitados extranjeros. Es por eso que este año participarán un total de 76 invitados extranjeros, 25 de Europa, 15 de los EEUU, 1 de Canadá y 35 de Latinoamérica.

Agradezco la participación a los 4500 asistentes, la mayoría de ellos miembros de la AAC.

Finalmente, agradezco a mis padres que siempre me han apoyado, a Marta Keena mi esposa que en los últimos 25 años con amor me ha alentado, sostenido y apoyado y, finalmente, a la descendencia que me ha tolerado, representados hoy por mis tres hijos, Pablo, Vicky y Sebastián y a la última camada que viene llegando Emma, Francisco, Olivia y Lola.

Este año, coincidiendo con los 25 años de la primera colecistectomía por videolaparoscopia, realizada por Mouret en Francia, el eje temático del 83º Congreso de Cirugía será el abordaje mini-invasivo de las diferentes patologías poniendo énfasis en la videolaparoscopia, la endoscopia intervencionista y la cirugía percutánea.

LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Podemos definir Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI), también denominada de abordaje mínimo, como el conjunto de técnicas diagnósticas y terapéuticas que, por visión directa, endoscópica o por otras técnicas de imagen, utilizan vías naturales o mínimos accesos para introducir instrumental y actuar en diferentes partes del cuerpo humano.

El desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva se enmarca dentro de la historia reciente de la cirugía. Muchos autores señalan a la colecistectomía laparoscópica, llevada a cabo por primera vez en 1985 por Muhe en Alemania o la primera colecistectomía videolaparoscópica realizada en Francia por Mouret en 1987, como los eventos que definen el crecimiento explosivo de la Cirugía Mínimamente Invasiva moderna. Aunque existen referencias previas, algunas con carácter anecdótico, es a partir de fines de los años ochenta cuando este tipo de cirugía vive su verdadero desarrollo y comienza su incontrolable expansión.

La rapidez con la que se ha desarrollado esta técnica no tiene precedentes en la historia de la cirugía. Se podría poner como ejemplo la rápida evolución de la colecistectomía laparoscópica que en pocos años, en 1993, alcanzó en los Estados Unidos

una utilización del 66% frente a los procedimientos de cirugía abierta. Nunca hasta entonces, se había producido una revolución tan grande en el campo de la cirugía, ni una nueva técnica había conseguido una aceptación universal tan rápida. De todos modos, la adopción de estas técnicas en otro tipo de operaciones diferentes a la colecistectomía ha sido más lenta debido, fundamentalmente, a la dificultad en el aprendizaje de esta nueva forma de abordaje.

VENTAJAS

La práctica de la Cirugía Mínimamente Invasiva presenta una serie de ventajas generales relacionadas con la técnica y aplicables a cualquier procedimiento. En general, todos los procedimientos se encuentran apoyados en la reducción de la morbilidad postoperatoria y en la disminución de la respuesta fisiológica a la agresión quirúrgica.

IMPACTO

La Cirugía Mínimamente Invasiva surge como nueva alternativa terapéutica para el tratamiento de afecciones quirúrgicas compitiendo con la cirugía abierta, cuyo uso se ha reducido significativamente. Este desarrollo está produciendo un gran impacto tanto en los centros hospitalarios, en los cirujanos, en los pacientes y en la política sanitaria, ya que es sabido que en Occidente el 50% de las internaciones están ligadas a posibles complicaciones que prolongan la convalecencia postoperatoria. La llegada de estas nuevas técnicas mini-invasivas, asociadas a tratamientos ambulatorios o de corta internación, disminuyen considerablemente esta cifra.

Las consecuencias son:

- La disminución de los costos por internación.
- La disminución de las infecciones intrahospitalarias.
- La disminución de las listas de espera.

La reducción de la internación y el aumento de los procedimientos ambulatorios requieren de un importante cambio en los Servicios de Cirugía y de modificaciones en la estructura de quirófanos para una rápida circulación de pacientes.

En lo que respecta al impacto en los médicos, los procedimientos mínimamente Invasivos son más exigentes para los cirujanos ya que se tratan de procedimientos más complejos que los realizados por cirugía abierta.

Realizar estos procedimientos implica:

- La adquisición de nuevas habilidades, no incluidas muchas veces en los sistemas educativos actuales.
- El conocimiento suficiente de técnicas tales como la ecografía, la radiología intervencionista y la endoscopia.
- Además, debido a que las intervenciones son controladas a través de monitores, se pierde la visión binocular que nos da la tridimensión. Sin embargo, gracias a los avances tecnológicos la tridimensión ya es una realidad.

- Pérdida de la percepción profunda (imposibilidad de palpación/sensación). La sensación al tacto de la cirugía abierta se pierde y es necesario aprender a palpar con los instrumentos.

Hoy la cirugía convencional es la Mini-invasiva. A diferencia de lo que ocurría en los últimos quince años del Siglo XX, hoy es necesario justificar por qué un determinado procedimiento quirúrgico no se realiza en forma mini-invasiva.

SITUACIÓN ACTUAL

Esta cirugía se encuentra en la actualidad en fase de evolución, reemplazando progresivamente a la cirugía abierta y reduciendo la morbilidad de los procedimientos con un porcentaje creciente de éxitos terapéuticos. En un comienzo, la videolaparoscopia no surgió de los Centros Académicos. Sin embargo, desde hace ya muchos años, muchas de las técnicas de Cirugía Mínimamente Invasiva son previamente exploradas en Centros Académicos y se van extendiendo, poco a poco, a los hospitales con la ayuda de la industria que desarrolla e introduce en el mercado la tecnología necesaria.

En cuanto a la utilización de estas técnicas, existen marcadas diferencias entre Europa, Latinoamérica y Estados Unidos. Mientras que en Estados Unidos los datos confirman el uso extendido de las técnicas de cirugía mínimamente invasiva en casi todas las especialidades; en la Unión Europea y en Latinoamérica la difusión de estas técnicas ha sido más lenta y en forma desigual en los diferentes países. El desarrollo alcanzado por estas técnicas en Estados Unidos ha derivado en la tendencia a organizar las intervenciones de Cirugía Mínimamente Invasiva en un mismo quirófano para diferentes especialidades, lo cual es aún muy poco frecuente en los hospitales europeos y en nuestro medio.

Un estudio prospectivo sobre el futuro de la Cirugía Mínimamente Invasiva realizado en España por la Fundación OPTI (Observatorio de Prospectiva Tecnológica e Industrial) y FENIN (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria) incluyendo a un panel de Expertos de Universidades y Centros Tecnológicos de Investigación de las Comunidades de Madrid, Cataluña, Extremadura y el País Vasco, planteado con un horizonte temporal de quince años (1998-2013) pretendió servir de material de reflexión para todos aquellos que desde diversos ámbitos trabajan en el desarrollo de la innovación tecnológica y en el campo de la cirugía. Con ello, se cumplió en brindar información de utilidad para que los responsables de la toma de decisiones en la Administración Sanitaria y las Empresas puedan elaborar las estrategias de actuación más convenientes para afrontar los retos que se avecinan.

OBJETIVOS

1. Ayudar a la planificación de las empresas del sector, permitiendo establecer vías de actuación basadas en la disposición de la información sobre las tec-

nologías emergentes y las áreas científicas relevantes.

2. Ofrecer una herramienta de consulta válida para la toma de decisiones relacionadas con las políticas de Investigación y desarrollo por parte de la Administración y las empresas, y explotar los conocimientos que se puedan obtener.

3. Analizar el impacto de los avances científico-tecnológicos de la Cirugía Mínimamente Invasiva sobre el sector sanitario.

4. Identificar marcos y estrategias de futuro tanto en lo que se refiere a su impacto sobre la salud como sobre el desarrollo empresarial.

Los resultados del proyecto tuvieron como objetivo establecer prioridades de financiación en proyectos de I+D+i Investigación y desarrollo, y facilitando el conocimiento de la evolución y líneas de investigación en el campo de la Cirugía Mínimamente Invasiva.

En líneas generales, se prevé que la Cirugía Mínimamente Invasiva constituirá, en un futuro próximo, un enorme mercado que permitirá la apertura de novedosas líneas de trabajo y se irá extendiendo progresivamente a multitud de especialidades en detrimento de la cirugía abierta.

Para ello, se prevé que se producirán avances en dos campos simultáneamente. Por un lado, será necesario un adecuado desarrollo científico y tecnológico que permita sentar las bases apropiadas para una correcta implantación de estas técnicas. En segundo lugar, se pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una labor intensiva de concienciación tanto de los profesionales como de la sociedad en general, con el objetivo de incrementar la demanda. Esto facilitará la plena asimilación de estas técnicas y se traducirá en una mejora del bienestar de la población con fuerte implicancia en el sistema Sanitario.

Es probable que, antes del 2020, en la Argentina la combinación de las diferentes técnicas de Cirugía Mínimamente Invasiva genere una mejora de las intervenciones y una mayor evolución de los tratamientos.

Se incrementará el uso del instrumental que incorpore sistemas remotos de focalización de energía (por ejemplo, ultrasonidos y radiación) que permitan la ablación de tumores de próstata, mama, hígado y pulmón sin la necesidad de una incisión.

Los simuladores quirúrgicos virtuales permitirán un entrenamiento del cirujano en estas vías de abordaje, ayudando a completar y reducir el período de aprendizaje experimental y clínico.

Será generalizada la visualización digital en tres dimensiones de la zona a intervenir, obtenida mediante tomografías, ultrasonidos, resonancia magnética, etc., y servirá para la planificación quirúrgica personalizada de cada paciente antes de la intervención.

Los sistemas de cirugía virtual inmersiva permitirán obtener un modelo real de la patología del paciente, teniendo en cuenta la naturaleza funcional de los órganos. Estos sistemas se utilizarán como herramienta de entrenamiento de la intervención antes de la operación, implicando una disminución del riesgo.

Cambiará el diseño actual de los implantes y del instrumental para adaptarlos a técnicas de Cirugía Mínimamente Invasiva.

Mejorarán todos los aspectos ergonómicos que rodean esta Cirugía (instrumental, equipamiento, condiciones posturales, etc.).

En los próximos años, las nuevas tecnologías serán introducidas en forma efectiva para educación médica, telemedicina, entrenamiento quirúrgico y planificación antes de la operación misma.

El futuro de la Cirugía Mínimamente Invasiva es prometedor en muchas especialidades médicas, además de aquellas en las que ha demostrado, ya, ser una solución eficaz. Actualmente, la aplicación de estas técnicas, que comprenden la casi totalidad de especialidades médico-quirúrgicas (microcirugía, laparoscopia, endoscopia, radiología intervencionista, etc.) no se está realizando en forma simultánea. La razón principal es la carencia de una combinación apropiada de técnicas de diagnóstico y tratamiento que facilite la participación de diferentes equipos médicos en las intervenciones quirúrgicas.

Una de las tendencias más destacadas es la integración de diferentes modalidades que resultará en sistemas híbridos más complejos que integren nanotecnologías, dispositivos microelectrónicos y sistemas de imagen multimodal en 3 y 4 dimensiones.

Esta falta de combinación de técnicas conduce aún hoy a situaciones en las que, pacientes con el mismo tipo de afección, siguen diferentes tratamientos atendiendo a la especialidad del profesional tratante (endoscopista, intervencionista o cirujano). En muchos casos, se propicia esta situación al no existir aún una definición clara de cuál es el procedimiento más conveniente.

Esto requiere un análisis científico a fin de valorar el impacto real de su uso. Las dificultades en este análisis se deben, entre otras, a la existencia de escasos estudios aleatorios e insuficientes análisis costo-beneficio cuando los resultados obtenidos tras la aplicación de estas técnicas son similares a otros de menor costo. A estas dificultades hay que añadir el tratamiento de afecciones por especialistas que sectorizan el nuevo procedimiento y lo aíslan del resto de las alternativas ya existentes.

Sin duda, el factor multidisciplinario impulsará el uso común de estas técnicas, constituyendo el camino ideal para la solución de gran parte de las dificultades mencionadas anteriormente permitiendo el intercambio de experiencia en todo momento. Con este fin, se deben crear equipos multidisciplinarios, compuestos por especialistas en distintos campos, que evalúen la mejor opción para solucionar cada problema de manera individual. El paciente ha de ser el verdadero protagonista y beneficiario de los avances en Cirugía Mínimamente Invasiva.

La elección de un método quirúrgico debe estar por encima de los conocimientos parcializados ya que lo más importante es el conocimiento integral de la enfermedad.

El cirujano moderno debe conocer todos los alcances de cada procedimiento, ya que su decisión sobre la técnica quirúrgica o método es fundamental para el resultado óptimo de la intervención.

Aún hoy en nuestro medio, el aprendizaje se realiza mediante cadáveres, fantasmas, animales vivos o pacientes reales siempre bajo la supervisión de expertos. Estos métodos de entrenamiento presentan algunas limitaciones.

Los entornos virtuales representan una alternativa al esquema tradicional de formación, posibilitando la creación de ambientes de simulación interactivos en tres dimensiones donde el cirujano tiene las mismas percepciones visuales y táctiles que durante una operación a un paciente real. La simulación quirúrgica se basa en modelar y simular el comportamiento elástico de los órganos y de las herramientas que intervienen en una determinada operación, utilizando una interfase háptica (sensaciones táctiles) que permite manipular, cortar o coser de una forma dinámica y geoméricamente correcta modelos de órganos, tejidos o implantes simulados en el monitor.

Los sistemas de simulación quirúrgica tienen un impacto claro en la reducción de errores quirúrgicos durante la curva de aprendizaje, proporcionando un entorno donde existe menor riesgo para el paciente, reduce su estrés, y se mejora la repetibilidad. Los entornos virtuales también proporcionan una ventaja adicional ya que es posible modelar escenarios, utilizando modelos provenientes de imágenes médicas, que sirvan de entrenamiento o estudio de patologías complejas, severas o poco frecuentes.

Se prevé que estos sistemas pueden estar a disposición de los cirujanos a corto plazo. En nuestro medio, el precio es una de las limitaciones. No existen barreras tecnológicas pero sí lentitud del Sistema Sanitario en la incorporación de los equipos debido a su costo.

Las técnicas de Cirugía Mínimamente Invasiva, si bien en el corto plazo representan una inversión económica importante para los Centros Hospitalarios, también conllevan un ahorro sanitario que hace que los procedimientos sean económicamente efectivos dado que los enfermos están menos tiempo internados, se recuperan antes y se reduce el tiempo de incapacidad temporal, contribuyendo de este modo a una mejor sustentabilidad del Sistema Sanitario.

Actualmente, en la formación del cirujano general, el aprendizaje de las técnicas de Cirugía Mínimamente Invasiva implica:

- Un mejor conocimiento de la anatomía topográfica.
- La incorporación de la técnica intervencionista.
- El conocimiento del alcance de cada procedimiento.

Uno de los problemas de fondo reside en el sistema educativo actual, que dilata en el tiempo la entrada en el mercado profesional de los graduados. Antes de iniciarse en técnicas de mínima invasión, el profe-

sional necesita tener experiencia tanto en cirugía general como en una especialidad concreta, estimándose un tiempo mínimo de 10-12 años para adquirir la experiencia suficiente para iniciarse como especialista en técnicas de cirugía de mínima invasión.

El quirófano hoy debería estar equipado con instrumental estándar específico para Cirugía Mínimamente Invasiva que pueda ser utilizada por cirujanos generales, ginecólogos, urólogos y otros especialistas.

CONCLUSIONES

Probablemente ningún otro progreso ha causado tanto impacto en la comunidad quirúrgica como el desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva.

La gran revolución científico-tecnológica ya ha tenido lugar aunque, aún hoy, hay tecnologías emergentes en plena evolución. Por el contrario, está por llegar una auténtica revolución social que se materializará en la definitiva aceptación de estas técnicas.

De todos modos, existen una serie de factores que están ralentizando la rápida implantación que estos procedimientos están experimentando en otros países como Estados Unidos:

- Presiones presupuestarias de los hospitales, reacias a la implantación de nuevos procedimientos que requieren fuertes inversiones en tiempo y personal correctamente formado.
- La curva de aprendizaje de estas técnicas es más lenta, y por lo tanto el cirujano requiere mayor inversión de su tiempo en aprenderlas.
- Falta de evidencia contrastada y documentada sobre estudios costo-beneficio que evidencien la efectividad de estos procedimientos.
- Falta de formación en procedimientos de Cirugía Mínimamente Invasiva en la Universidad y escasez de cursos de entrenamiento para adquirir un nivel de experiencia adecuado.
- Competencia entre diferentes especialidades en muchas áreas.
- Tecnologías no maduras que aún hoy están experimentando una rápida evolución.
- Medidas políticas que restringen la aceptación de nuevos procedimientos.

No obstante, el avance e implantación de las técnicas de Cirugía Mínimamente Invasiva es hoy una incontrastable realidad. El futuro desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva está enmarcado en su carácter multidisciplinar y tendrá lugar en cinco aspectos: concientización, investigación, instrumentación, educación y orientación al paciente.

- Concientización. El pleno desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva requiere de una mejor integración entre diferentes disciplinas (matemáticas, biología, medicina, física e ingeniería) así como propiciar el intercambio de experiencias entre diferentes especialidades médicas y potenciar la comunicación entre Servicios y Centros de investigación a fin de consolidar experiencias de docencia e investigación, pro-

piciar el desarrollo de nuevas técnicas e identificar oportunidades en otras especialidades. Los procesos de estandarización y los análisis costo-beneficio que evidencien la efectividad de estos procedimientos serán claves para concienciar a los médicos, a las financiadoras y al paciente.

La investigación básica y el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información deben servir para la extensión a nuevas especialidades y campos gracias a avances en tecnología de imagen, nuevas fuentes de energía, terapia guiada por imágenes y el desarrollo de instrumentación adaptada.

Con respecto a la instrumentación, los desarrollos futuros vienen marcados por la sencillez de uso, ergonomía y utilización multidisciplinar. Aún se ha de avanzar más en la miniaturización del instrumental quirúrgico, la automatización y la robótica. Será destacable y decisivo el papel de la Industria fabricante de equipos que está dotando a los cirujanos de la tecnología necesaria.

La posibilidad de implementar aspectos educacionales de una forma rápida gracias a las nuevas tecnologías será una realidad que permitirá entrenamiento, acreditación y actualización de los profesionales.

Orientación al paciente. La demanda del paciente será el principal factor que potencie el desarrollo e implantación de las técnicas de mínima-invasión. En esta línea dos aspectos serán determinantes: la información al paciente y el impacto demográfico. Se ha de tener en cuenta que el 80% de las enfermedades ocurren en el último período de la vida, y por lo tanto el envejecimiento progresivo de la sociedad provocará un aumento en la demanda de estas técnicas.

En la actualidad, todavía existe gran desinformación, incluso entre los propios colegas, sobre los alcances y beneficios de la Cirugía Mínimamente Invasiva. Es de esperar que, los avances científicos-tecnológicos, la concientización del paciente y el cambio de mentalidad en el Sistema Sanitario, generen un gran impacto favorable para la comunidad.

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA
7 De Noviembre De 2012

Presidencia: *Dr. Octavio A. R. Gil* MAAC FACS

APELLIDO Y NOMBRE

1. Mihura, Martin E.
2. Valiente, Ruben A.
3. Lucilli, Norberto
4. Gil, Octavio A. R.
5. García, Hugo A.
6. Chiappetta Porras, Luis T.
7. Lamy, Roberto H.
8. Apestegui, Carlos A.
9. Stork, Gustavo M.
10. Lendoire, Javier C.
11. Traverso, Rogelio A.
12. Patkan, Marcelo R.
13. Usandivaras, Jose R.
14. Pradier, Roberto N.
15. Acosta Pimentel, Mario A.
16. Manrique, Jorge L.
17. Ferreres, Alberto R.
18. Lada, Paul E.
19. Baglietto, Nicolas F.
20. Ferraina, Pedro A.
21. Olszak, Jose
22. Merello Lardies, Jorge M.
23. Minatti, Walther R.
24. Fernández Vila, Juan M.
25. Lorenzo, Alejandro M.
26. Mendoza, Juan P.
27. Mezzadri, Norberto A.
28. Perrone, Nora B.
29. Nallar, José
30. Defranchi, Sebastian A.
31. Nifuri, German E.
32. Tachella, Gustavo F.
33. Foscarini, Jose M.
34. Debat Cortes, Adolfo
35. Colombatti, Andrés C.
36. Abdo, Jorge D.
37. Altuna, Irene M.
38. Sisco, Pablo J.
39. Eskenazi, David E.
40. Quesada, Bernabe M.
41. Sinagra, Diego L.
42. Arozamena Martínez, Carlos
43. de La Torre, Alejandro M.
44. Candia, Juan C.
45. Capitanich, Pablo
46. Bielohercovzky, Rodolfo H.
47. Martinessi, Victor M.
48. Canullán, Carlos M.
49. Sylvestre Begnis, Gustavo A.
50. Latif, Jorge A.
51. Minetti, Angel M.
52. Rodríguez, Jorge R.
53. De Vedia Y Mitre, Emilio
54. Segovia, Rubén
55. Ortíz, Frutos E.
56. Duek, Fernando S.
57. Lerda, Aldo F.
58. Uehara, Adolfo
59. Bun, René F.
60. Sañudo, Juan A.
61. Torres Sanmarco, Jose M.
62. Palavecino, Eduardo M.
63. Nassar, Mario R.
64. Candia, Carlos F.
65. Ventisky, Bernardo N.
66. Sívori, Enrique A.
67. Pekolj, Juan
68. Montenegro, Jorge E.
69. Caram, Robert N.
70. Deluca, Eduardo
71. González, Martin H.
72. Macagno, Diego
73. Sánchez Alipio, Javier
74. Fushimi, Néstor R.
75. Valda, Gregorio E.
76. Serial, M. Sebastián
77. Martínez Lascano, Fernando
78. Bianco, Alejandro C.
79. de Santibañes, Eduardo
80. Defelitto, Jorge R.
81. Bianco, Gustavo R.
82. Rossi, Gustavo L.
83. Buonomo, Luis A.
84. Moro, Mariano N.
85. Sofia, Gustavo O.
86. Amenabar, Jesus M.
87. Mazza, Oscar M.
88. Michetti, Alfredo A.

89. Rotholtz, Nicolás A.
90. Velez, Sebastián E.
91. Moscardi, Jorge A.
92. Ciechowski, Jorge A.
93. Benavides Lorca, Flavio
94. Magnelli, Marcelo N.
95. Beveraggi, Enrique J. (H)
96. Buroni, Jorge R.
97. Estruch, Carolina
98. Garay, Veronica B.
99. Tortosa, Jose L.
100. Figari, Rodolfo D.
101. Nallar Dera, Marcelo P.
102. Mattera, Francisco J.
103. Vijande, Mariano J.
104. Flores, Gabriel
105. Amarillo, Hugo R.
106. García Díaz, Francisco
107. Montesinos, Manuel R.
108. Sequeira, Carina
109. Serra, Edgardo E.
110. Galíndez, Victor H.
111. Artusi, Guillermo R.
112. Teijeiro Otaño, Paola A.
113. Carmignani, Pablo
114. Brandi, Claudio D.
115. Casco, Reynaldo J.
116. Grondona, Jorge P.
117. Badaloni, Adolfo E.
118. Duhalde, Martin A.
119. Salceda, Juan A.
120. Sidorkewicj, Alicia N.
121. Zueedyk, Mario J.
122. Chalfoun, Ivanna G.
123. Ardiles, Victoria
124. Bracco, Ricardo A.
125. Andriani, Oscar C.
126. Bellini, Patricio M.
127. Fiolo, Felipe E.
128. Ghelfi, Mario J.
129. Russi, Rodolfo H.
130. Iribarren, Claudio
131. de Rosa, Roberto A.
132. Berkowski, Dario E.
133. Rotryng, Ariel
134. Sonzini Astudillo, Pablo E.
135. Beskow, Axel F.
136. Cosoli, Ariel J.
137. Garcia Collar, Lucia
138. Sadava, Emmanuel E.
139. Piaggi, Jorge A.
140. Vannelli, Angel M.
141. Amarillo, Hugo A.
142. Mc Cormack, Lucas
143. Valenzuela, Carlos H.
144. Rijana, Rodolfo J.
145. Barros Schelotto, Hugo P.
146. Mayorga, Horacio E.
147. Stella, Diego A.
148. Matus, Gustavo N.
149. Cavadas, Demetrio
150. Larrañaga, Juan J.
151. Bregante, Mariano L.
152. Monzani, Santiago E.
153. Sarra, Carlos A.
154. Prospero, Gerardo J.
155. Fernández, Diego L.
156. Cuenca Abente, Federico
157. Imventarza, Oscar C.
158. Atencia, Alejandro M.
159. Cerutti, Roberto A.
160. Guidalevich, Alejandro R.
161. Malizia, Patricio
162. Argañaraz, Manuel A.
163. Novello, Horacio A.
164. Alazard, Marcelo M.
165. Vitcopp, Gerardo M.
166. Cordoba, Juan P.
167. Bertarelli, Gustavo E.
168. Peralta, Ariel R.
169. López Avellaneda, Marcelo E.
170. Goldaracena, Nicolás
171. Albertengo, Juan C.
172. de La Fare, Mauricio R.
173. Simkin, Raul E.
174. Molinari, Daniel H.
175. Gómez, Carlos D.
176. Torres, Ricardo A.
177. Pugliese, Ricardo J.
178. Bugari, Gustavo H.
179. Cooke, Jose A.
180. Dematteis, Fabian O.
181. Figari, Marcelo F.
182. Saydman, Francisco A.
183. Horrisberger, Guillermo E.
184. Fiqueni, Ramón J.
185. Tripoloni, Daniel E.
186. Bellotti, Fernando J.
187. Arbues, Guillermo E.
188. Baron Buxhoeveden, Rudolf
189. Ferro, Diego L.
190. Fernández Marty, Alfredo
191. Mdalel, Orlando A.
192. Sardon, Guillermo
193. Pomilio Di Loreto, Franco N.
194. Santilli, Osvaldo L.
195. Uranga, Lucio S.
196. Rojo, Jose A.

197. Curutchet, H. Pablo
198. Fernández, Ezequiel O.
199. Deluca, Luciano J.
200. Petracchi, Enrique J.
201. Almasque, Oscar R.
202. Taype Zamboni, Edgardo X.
203. Tejada Rios, Carlos W.
204. Cassone, Eduardo J.
205. Iudica, Fernando M.
206. Tolino, Mariano J.
207. Vona, Alejandro J.
208. Cariello, Alberto H.
209. Andrada, Alejandro
210. Giaccone, Mónica G.
211. Iovaldi, Mario L.
212. Durante, Norberto D.
213. Rondan, Aníbal J.
214. López Cormenzana, M. Belén
215. Diez, Maria L.
216. Sarotto, Luis E.
217. Todeschini, Hernán
218. Gianatiempo, Miguel O.
219. Alonso, Martín P.
220. Lynn, Patricio B.
221. Novo Guell, José R.
222. Ruggieri, José P.
223. Perez Gimenez, Pedro
224. Donnelly, Ernesto E.
225. Ocampo, Carlos G.
226. Zandalazini, Hugo I.
227. Grzona, Esteban G.
228. Villar, Manuel A.
229. Michelic, Guillermo C.
230. Medina, Sergio J.
231. Locatelli, Horacio F.
232. Fontana, Alberto M.
233. Kohan, Gustavo
234. Babor, Eduardo

En Buenos Aires, a los siete días del mes de noviembre de dos mil doce, con la Presidencia del Dr. Octavio A. R. Gil y la presencia de los Miembros que firmaron el libro rubricado, según consta en fojas 84 a 91, siendo las 16.00 horas y en segunda citación, se declara abierta la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Argentina de Cirugía, en el Salón Libertador del Buenos Aires Sheraton Hotel and Convention Center, sito en la calle San Martín 1225, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

I - LECTURA DEL ACTA DE LA ASAMBLEA ANTERIOR

Sr. Presidente, Dr. Octavio A. R. Gil: El Sr. Secretario General, Dr. Javier C. Lendoire, dará lectura al Orden del Día de la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Argentina de Cirugía.

Sr. Secretario General, Dr. Javier C. Lendoire: Punto I, Lectura del Acta de la Asamblea anterior.

Dr. Eduardo Deluca: Solicito que no se efectúe su lectura y se de por aprobada ya que hemos tomado conocimiento de la misma.

Se aprueba por unanimidad.

II . MEMORIA ANUAL

Sr. Secretario General, Dr. Javier C. Lendoire:

A continuación leerá su informe el Sr. Presidente.

Dr. Octavio A. R. Gil:

Estimados Consocios: Me dirijo a esta Honorable Asamblea para presentar el informe de la gestión realizada en el lapso que se extiende desde el 17 de noviembre de 2011 a la fecha.

Cuando se inició la gestión se distribuyeron los cargos en la Comisión Directiva y se trazaron los lineamientos para el curso del año, efectuándose reuniones con los Presidentes de los distintos Comités y con los Coordinadores de todas las Comisiones, para que presenten el plan y proyecto de trabajo para este período que serán explicitadas en el informe anual que realizara nuestro Secretario General, el Dr. Javier Lendoire.

Haré una breve reseña de los lineamientos políticos más importantes que han orientado a esta Comisión Directiva, en el conocimiento y la certeza que un año de gestión quizás no pueda resolver todos los asuntos que son gravitantes. En este sentido, como se viene sosteniendo desde hace ya varios períodos, estamos convencidos en la prosecución de políticas de esta-

do, que creemos es la forma más racional de legislar a futuro.

1. El cirujano rural fue una inquietud concurrente en varios miembros de nuestra Asociación, sobretodo luego del Relato Oficial sobre el Tema del año 2010, por lo cual se concretó el curso on-line para el Cirujano Rural que otorga puntaje para la re-certificación con gran participación y destacado éxito.
2. Se ha insistido durante toda la gestión en la importancia de la Certificación y, fundamentalmente, re-Certificación de nuestros Asociados, ya que la mayoría no la ha realizado todavía, con el firme convencimiento de los beneficios que representan la educación médica continuada y las evaluaciones y acreditaciones periódicas.
3. Se reactivó la Comisión de Cirujanos Jóvenes, creada con anterioridad. Esta comisión compuesta por cirujanos menores de 40 años, representan un capítulo importante de nuestra Asociación siendo ellos la lógica renovación biológica. Para conocer sus inquietudes se elaboró y distribuyó una encuesta (360) que arrojó como resultados que los cirujanos jóvenes luego de terminar su residencia el 61% no se siente representado por la AAC, a pesar de ello el 95% concurre al Congreso y 66% ven satisfechas sus expectativas académicas. Ellos solicitan 1) Representación gremial 2) Asesoramiento Legal 3) la publicación en la página Web de la AAC de una bolsa de trabajo y 4) la realización de Cursos en el interior.
4. En tal sentido y analizando la convocatoria de las Jornadas de Otoño y la necesaria mayor participación y protagonismo de las Sociedades de todo el país en las mismas, se ha conformado una Comisión compuesta por Ex Presidentes, con la participación del Presidente actual y futuro, y del Secretario General; la que tiene a su cargo la evaluación de las Jornadas de Otoño y su futuro con el firme propósito de tener como Asociación un sentido federal. Nos encontramos abocados en la labor de redactar las modificaciones inherentes a su reglamento, buscando alternativas que permitan hacer de las Jornadas un evento con una dinámica que interese a las sociedades quirúrgicas locales y a los profesionales de la región organizadora. Por ello solicitamos a todos los asociados, a través de una en-

cuesta de opinión, sus puntos de vista sobre el tema para que se transforme en la referencia necesaria que permita lograr el cambio esperado. En principio la idea de esta Comisión fue que la Provincia o Sociedad Local se encargue de la organización y la Asociación Argentina le brinde el know-How y el apoyo académico solicitado para su concreción. Las autoridades serán locales y se encargarán de la parte logística y administrativa. De la encuesta se obtendrán datos más fidedignos sobre la opinión de nuestros asociados que permitan dar sustento a los cambios que serán realizados.

5. Otra Inquietud que quedó pendiente desde la presidencia del Dr. Eduardo Cassone fue la Revista Argentina de Cirugía. En tal sentido a partir del mes de diciembre pasado, hemos mantenido reuniones con el Director de la Revista Argentina de Cirugía, Dr. Alejandro Oría, debido a los altos aranceles que implicaba su impresión como su despacho postal que, evidentemente tienen directa relación con el número que integra la tirada.

Para intentar reducir estos costos, hemos efectuado un análisis exhaustivo, investigando en la literatura existente acerca de la posibilidad de realizar esta publicación on line.

Como resultado de esta evaluación, definimos que: *“una revista electrónica es una forma de publicación basada en el uso de las tecnologías de la información y, por lo tanto, caracterizada por el soporte electrónico y su capacidad interactiva, que organiza su contenido de manera no secuencial mediante vínculos hiper-textuales, de tal manera que se convierte en un producto cualitativamente superior.”*

Ninguno de nosotros desconocía las fortalezas así como las debilidades frente a los medios tradicionales impresos. Lo importante era, en caso de tomar esta determinación, asegurar que con este formato se brinden los beneficios que justamente caracteriza este tipo de edición, o sea incluir servicios de búsqueda y vínculos, adecuando la estructura editorial a una forma de publicación ya no sólo consistente en “migrar a lo digital”. Para lograrlo se pidió la colaboración de la Comisión de Página Web quien venía trabajando sobre este

tema. Su implementación no fue, ni es sencilla pero tratando de conseguirla nos integramos a la base Scielo (Scientific Electronic Library Online), gestionando el ISSN para la versión en línea, quedando sólo pendiente la realización de un curso destinado a la capacitación del personal para el procesamiento técnico de la edición.

Como plantea también la literatura, otro factor importante es instaurar el cambio en los consumidores de la revista que frecuentemente nos resistimos a considerar al medio electrónico como válido, pero en estos momentos donde la tecnología ha avanzado a pasos agigantados y nos hemos adaptado a ella, la revista on-line no significa un desafío.

Teniendo las herramientas necesarias, manteniendo su periódica aparición y por supuesto, la calidad y relevancia de los contenidos, privativos de su Consejo Editorial, en el mes de marzo pasado la Comisión Directiva decidió editarla en formato digital con libre acceso, limitando su impresión a un número reducido de ejemplares que serán distribuidos entre Bibliotecas, Universidades, Sociedades y/o suscriptores que abonen un costo de \$1500, teniendo prioridad aquellos socios que deseen obtenerla por un arancel diferencial de \$150.

De este modo, la Asociación Argentina de Cirugía se sumó a la tendencia de publicaciones científicas, algunas de gran relevancia internacional y continúa indizada en el Index Medicus Latinoamericano (OPS), de las Bases de Datos LILACS (BIREME-OPS) y CONDOR (S.I.I.C) como también en Periódica, de la UNAM de México y con su participación en el Proyecto EXTRAMED de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente comenzó una nueva evaluación del Núcleo Básico de Revistas.

6. Como en la de la Presidencia que me precediera, nuestra atención estuvo concentrada en estrechar vínculos con las sociedades quirúrgicas del país e intentar a través de un criterio inclusivo lograr mayor representatividad que redunde en beneficio de la defensa de nuestra actividad asistencial, sus aspectos económicos/remunerativos y por supuesto legales. Para ello se ha trabajado conjuntamente con el Comité Colegio, la Comisión de Residencias y el

Comité de Asuntos Institucionales y Regionales.

Nuestro objetivo fue y es ampliar nuestra base societaria como una manera de obtener mayor representatividad, se estudió la posibilidad de implementar nuevos convenios de colaboración pero, finalmente se arribó a la conclusión que lo ideal sería concentrarse en base a este objetivo y plasmarlo en una modificación de Estatuto y Reglamento que lo contemple, analizando cuidadosamente el articulado referente al ingreso y la certificación de especialista. A tal fin se han mantenido reuniones con el Ministerio de Salud de la Nación para corroborar que estas iniciativas acuerden con lo que se encuentra por él establecido y no atentar contra el reconocimiento de la Asociación como entidad certificante y recertificante.

Luego de esto, se decidió conformar un grupo de trabajo que se encargue de la redacción de los artículos que necesariamente deben ser presentados a todos los consocios para su análisis en una Asamblea Extraordinaria que será organizada en el mes de abril.

La idea imperante ha sido facilitar el ingreso como MAAC sin rendir examen a profesionales con más de 10 años de ejercicio profesional, con título habilitante de especialista local, que acredite las operaciones del último año y siendo presentado por 5 miembros, parangonando la forma de ingreso como Fellow del American College of Surgeons.

De igual manera se ha estudiado que aquellos que se gradúen de Residencias acreditadas por la AAC y con la realización del Curso de la Asociación puedan optar a ser MAAC sin esperar los 5 años y sin examen, de acuerdo con lo manifestado por la Comisión de Residencias en concordancia con el Dr. Williams del Ministerio de Salud de la Nación.

El objetivo buscado es incrementar el número de asociados a los fines de poder contar con mayor representatividad y peso político. Con el mismo espíritu y en conjunto con el Comité de Asuntos Institucionales y Regionales hemos trabajado la idea para que dependiente de este, se concrete la Asociación y/o Confederación de Sociedades y Círculos, con el objeto que el trabajo

conjunto pueda establecer políticas orientadas a defender una remuneración digna y otras cuestiones laborales de interés general.

7. Asimismo en consonancia con el Comité Colegio se ha propuesto cambiar la reglamentación para ser nombrado Miembro Emérito. La misma contempla suprimir la auto postulación, siendo a pedido de un Miembro MAAC que lo avale, y debe tener destacada actuación en la AAC. En el mes de abril será presentado para su aprobación ante la Asamblea Extraordinaria ya que requiere su modificación en el estatuto.
8. Siendo la AAC un ente de Certificación y re-Certificación en la especialidad ante el Ministerio de Salud de la Nación se consideró necesario poder contar con el asesoramiento pedagógico, el cual se ha podido concretar durante el 2012. El mismo se encuentra colaborando en la Comisión de Residencias y Comité Colegio como también creemos de importancia se extienda para todo aquel que solicite este tipo de asesoría.
9. Se mantuvieron reuniones trimestrales con los contadores para conocer detalladamente el estado contable de la AAC. Se planteó la posibilidad de realizar algunas medidas de capitalización de la AAC. Para tal fin se convocó la Dra. Jacqueline Carricart, especialista en Sociedades, con el objeto de interiorizarnos sobre la factibilidad que otorga el Estatuto de la AAC, para realizar proyectos de inversión en inmuebles, compra de nueva sede, celebrar fideicomiso, planear sistemas de créditos blandos para otorgar a sus miembros. Del análisis detallado del Estatuto se desprende que todas las medidas son viables desde el punto de vista legal, debiendo eso sí, ser refrendado ante Asamblea General Ordinaria. Luego de análisis de la situación imperante y dado el consejo aportado oportunamente por consultoras se decidió mantener el status quo, dejando esta posibilidad a comisiones venideras, con la certitud de la factibilidad de poder realizarlo.
10. Se estudiará la posibilidad de trabajar con las empresas patrocinadoras que aportan a la AAC, a los fines de cambiar la modalidad de colaboración a un régimen de contribución anual, orientado a los gastos generales de la AAC como así también del Con-

greso anual, con el objeto que no existan superposiciones de solicitudes de colaboración que pueden afectar el ingreso económico a nuestra institución. En tal sentido son varias las Asociaciones Científicas que lo hacen de esta manera, pudiendo contar desde el principio del año con aportes genuinos.

11. Fue preocupación constante durante la gestión, el acercamiento con Presidentes de Asociaciones Latinoamericanas como Uruguay con el Dr. Luis Ruso Martínez, Perú con el Dr. David Ortega Checa, con Chile con el Dr. Carlos Benavides, gestión que consideramos de gran trascendencia sobre todo si tenemos en cuenta que en 2013 junto con nuestro tradicional y prestigioso Congreso seremos sede del Congreso de la FELAC.

Asimismo hemos tenido contacto con la Sociedad Alemana y la Sociedad Española de Cirugía a fin de constituir un convenio marco, similar al ya obtenido con la Asociación Francesa de Cirugía.

12. Ponemos en conocimiento de los Sres. Consocios que la Sra. María Inés Boquete ha sido nombrada Gerente durante este período, con todas las atribuciones que el cargo requiere.

Por último sólo me queda agradecer a todo el personal de la Asociación Argentina de Cirugía en especial a Maine por todo el esfuerzo y la dedicación puestos de manifiesto durante esta gestión. A la Sra. Victoria Iturrospe de Coiset por su sólida labor a cargo de la Gerencia durante tantos años, habiendo accedido este año a su merecido retiro. A toda la Comisión Directiva por su predisposición, apoyo, y sus muestras de confianza. Al Dr. Martín Mihura nuestro Director por su colaboración y acertadas sugerencias y fundamentalmente a los doctores Javier Lendoire y Norberto Mezzadri, fue para mí un motivo de tranquilidad poder contar con ustedes y un honor trabajar con un magnifico equipo que pudo ser conformado entre todos sin mezquindades, con valiosos y enriquecedores aportes. En 2010 la revista Science, una de las más prestigiosas del mundo, publica este trabajo que demuestra que juntando inteligencias en el logro de un objetivo, el producto es 4 veces más importante que la inteligencia individual. Fue lo que denominaron la *inteligencia colectiva*. Pero sin ir más lejos la naturaleza, más sabia que

nosotros por cierto, nos ofrece algunos ejemplos en tal sentido. La migración de los gansos en temporada invernal a lugares más cálidos es una representación cabal de ello. Su vuelo en esa formación en forma de V, no resulta ser azarosa, sino por el contrario esta forma permite que el batir de sus alas produzca un movimiento en el aire, que facilita el vuelo de aquellas que están más atrás; volando en V los gansos aumentan un 70 % su capacidad de vuelo en comparación con aquel que lo hace solo; por ello cada vez que alguno sale de esta formación nota la resistencia que le ofrece el aire e inmediatamente vuelve a su lugar. Cuando el líder se cansa pasa a un lugar de atrás, cediendo su lugar. Las aves desde atrás con su graznido pugnan por alentar a quienes van adelante. Cuando un ganso cae enfermo o herido dos compañeros salen de la formación para apoyarlo y protegerlo. Como mensaje final diría que todo nos debe impulsar a reforzar la idea de conformar equipos de trabajo dejando de lado la existencia de posibles discrepancias, aprendiendo a escucharnos, construyendo entre todos; entonces el logro de los objetivos propuestos se verá facilitado y por otra parte, quizá, el vuelo de los años, podría ser más placentero. Muchas Gracias.

Sr. Secretario General, Dr. Javier C. Lendoire: En mi carácter de Secretario General de la Asociación Argentina de Cirugía, y en cumplimiento de las disposiciones estatutarias, pongo a consideración de la Asamblea General Ordinaria el presente informe de las actividades cumplidas por la Comisión Directiva, Comités y Comisiones de la Entidad.

COMISIÓN DIRECTIVA

- La Comisión Directiva ha efectuado 19 reuniones ordinarias.
- El número actual de socios asciende a 3482, de los cuales: 2859 son Miembros Titulares MAAC; 101 Miembros Adjuntos Titulares MAT; 192 Miembros Adherentes; 268 Eméritos; 27 Honorarios; 14 Correspondientes Extranjeros; 20 Miembros Vitalicios y 1 Miembro Adherente Laboral.
- En la primera reunión de Comisión Directiva se designó Miembro Honorario al Dr. Claudio Iribarren, Ex-Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía.
- Se designaron Miembros Eméritos a los doctores: Carlos A. Pellegrinetti, Juan C.

Cutropia (h), Enrique M. López Avellaneda, Mirta L. Fajre, L. Edgardo Caviglia, Eduardo Florencio Pataro, Hernán Francisco Granato, Mauricio R. de la Fare, Antonio J. Guardo, Horacio G. Rumbo, José Olszak, Alberto D. Rotman, Hugo L. Pirán, Leopoldo E. Acuña, Horacio A. Naveiro y, Miembros Vitalicios a los doctores Héctor A. Mazzetti y Miguel A. Maisano.

- Durante este período se aceptaron 14 renunciaciones, y debimos lamentar la desaparición de los doctores Simón León, Carlos Santiago Goldenberg, Juan José Padilla, Roberto D. Pittaluga, Alberto E. Laurence, Ernesto D. Molina, Ernesto Geza Korn Cottely, Antonio S. Morana, Enrique H. Mendoza, J. María Almanza, Santiago G. Perera, Juan A. Viaggio y Martín J. Odriozola. En su memoria los invito a ponernos de pie y guardar un minuto de silencio.
- Tanto el Premio “Asociación Argentina de Cirugía” como el “Andrés A. Santas” han sido declarados desiertos. En cuanto al Premio “Dr. Eduardo F. Beláustegui”, fue otorgado al trabajo presentado durante el Forum de Investigación del pasado Congreso sobre: “*postacondicionamiento hepático para la prevención del daño por lesión isquemia reperfusión. estudio experimental prospectivo y aleatorizado*” de los doctores Juan M. Sanguinetti, Diego Muguruza, Patricia Paredes, Marcos Chioffi y Juan Cossa.
- La Comisión Directiva, una vez que comenzó a sesionar, se abocó a la designación de los Relatores Oficiales para el Octogésimo Cuarto Congreso Argentino de Cirugía teniendo en cuenta los temas que fueran seleccionados en la Asamblea General Ordinaria del día 16 de noviembre de 2011, habiendo sido nominados los doctores Lucas Mc Cormack y Carlos H. Valenzuela para el relato referente a: “Entrenamiento y evaluación del cirujano en formación” y el Dr. Nicolás A. Rotholtz para el que atañe a: “Tratamiento multimodal del cáncer de recto”.
- En la sesión del 26 de septiembre, la Comisión Directiva seleccionó por unanimidad a los doctores Alejandro S. Oría y Jorge R. Defelitto para ser propuestos como Cirujanos Maestros ante esta Asamblea.
- Con fecha 19 y 20 de abril ppdo., se llevaron a cabo las Jornadas de Otoño en la ciudad de Tandil, con una inscripción de

348 asistentes, número menor al estimado. A pesar de ello su balance económico fue positivo de \$ 54.829,51 y al momento de dividir las ganancias con la Asociación de Cirugía del Centro de la Provincia de Buenos Aires, dicha entidad renunció a este beneficio dejando el ingreso obtenido íntegramente a favor de nuestra institución. Un reconocimiento especial a los doctores Diego Macagno, Norberto Durante, Eduardo Deluca, Jorge Moscardi, Juan A. Salceda y colaboradores, por este detalle y por el trabajo impecable que fuera realizado.

- Las próximas Jornadas se realizarán en la ciudad de Santa Fe, del 13 al 15 de junio del 2013, en el marco del 50° Congreso de Cirugía del Litoral, con la colaboración de la Asociación de Cirugía de Santa Fe.
- Con respecto al 83° Congreso Argentino de Cirugía, sólo podemos invitarlos a disfrutarlo y mencionar el esfuerzo y dedicación que evidenció su Presidente, el Dr. Luis T. Chiappetta Porras y su Comité Ejecutivo. Cuenta con la participación de 93 invitados extranjeros y una concurrencia aproximada de 3980 profesionales acreditados.
- Y en cuanto al 84° Congreso Argentino de Cirugía, como lo señalara el Dr. Gil, se realizará conjuntamente con el Congreso de la FELAC y con los eventos de las sociedades que tradicionalmente lo acompañan, bajo la Presidencia del Dr. Ricardo A. Torres, entre los días 4 y 7 de noviembre de 2013.
- Asimismo, se informa que Buenos Aires ha sido designada sede del Congreso de la ALACE conjuntamente con el Congreso Argentino de Cirugía en el año 2016.

A través del CONSEJO DE BECAS, presidido por el Dr. Pedro Ferraina, se ha plasmado la intención de la Asociación Argentina de Cirugía de proporcionar posibilidades educativas para optimizar la capacitación quirúrgica de postgrado a los cirujanos jóvenes. A tal fin, se concretaron este último año las cinco BECAS ESTÍMULO que fueran otorgadas en el 2011, las que permitieron que médicos residentes a más de 100 km de la ciudad de Buenos Aires, realicen una pasantía con actividad presencial en un Servicio de Cirugía, cubriendo los gastos de viáticos y estadía.

Nuevamente, y gracias al apoyo de la Universidad Nacional del Nordeste, con fecha 31 de julio de 2012, se han otorgado las becas para

los Cursos "Hands-on" que dicha entidad organiza, adjudicando una vacante para los cursos referentes a "Cirugía Laparoscópica Avanzada", "Cirugía Hepatobiliopancreática", "Paredes Abdo-minales", "Cirugía Laparoscópica de Colon y Recto" y "Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica".

Actualmente se encuentra abierta la inscripción para la beca en los Centros Hospitalarios Universitarios de Bordeaux en Francia y se está trabajando en un programa académico de rotación auspiciada por la Asociación Argentina de Cirugía en el Hospital Mount Sinai de New York para el año 2013.

Por su parte el COMITÉ COLEGIO, bajo la presidencia del Dr. José Luis Tortosa, se ocupó como es habitual del otorgamiento de los auspicios que se elevan a la entidad, analizando un total de 38 solicitudes. Sumada a esta labor, se encuentra la acreditación y categorización de los Servicios de Cirugía, una de las principales áreas de trabajo del Comité, otorgándose a la Clínica Van Thienen, al Policlínico Neuquén y a los Hospitales Militar Campo de Mayo, Angel C. Padilla de Tucumán, Dr. Ramón Carrillo de Santiago del Estero y San Felipe de San Nicolás. Actualmente se encuentran en elaboración los informes correspondientes a las visitas realizadas a los Hospitales Italiano de La Plata, Leónidas Lucero de Bahía Blanca y Español de Buenos Aires.

Otra actividad que caracteriza al Comité, es su labor en cuanto a la admisión de socios se refiere, realizando el análisis curricular de los 110 aspirantes a MAAC, los 2 a MAT y 1 solicitud para Miembro Adherente. De los profesionales que se postularan a Miembro Titular, 108 lo hicieron a través de la especialidad de Cirugía General y 2 por Cirugía Plástica y Reparadora, y se otorgó la segunda y tercera especialidad a 2 profesionales por Cirugía Torácica, 7 por Cirugía Plástica y Reparadora y 1 en el área de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Con respecto a la Comisión de Recertificación, este año evaluó 51 solicitudes provenientes de todo el país, de las cuales tuvieron dictamen favorable 35 y 16 aún deben cumplir la entrega de documentación pertinente.

Apoiando la idea de acercarnos a los cirujanos a través de las Sociedades Quirúrgicas, Consejos y Colegios Médicos continúan vigentes los 18 Convenios de Reciprocidad y/o Cooperación para la homologación del Certificado

de Especialista. Asimismo se ha firmado el convenio con el Consejo de Médicos de la Provincia de Jujuy y se encuentran en tratativas los correspondientes al Colegio Médico de Santa Fe y la Secretaría de Salud de la Provincia de Chubut.

En otro marco el Comité Colegio también se encargó de la organización y desarrollo del Curso Anual de Cirugía que convocó un total de 186 profesionales, del Curso on-line para médicos que actúan en ciudades pequeñas e intermedias, del Curso Anual Internacional para profesionales extranjeros, y por último del COACIR, cuyo fin es la actualización y perfeccionamiento de médicos generalistas y del cirujano general.

EL COMITÉ DE ASUNTOS LEGALES Y LABORALES, presidido por el Dr. Miguel Statti, en el marco legal respondió 12 oficios judiciales; apoyó junto a otras Sociedades Científicas, la iniciativa de la Asociación Médica Argentina acerca de las modificaciones en el proyecto del Código Civil y Penal de leyes relacionadas con la responsabilidad profesional.

En el ámbito laboral, declaró "Zona de Conflicto" al Hospital Regional de Río Gallegos, en el mes de enero y, luego de múltiples gestiones se logró la reivindicación de varios de los puntos solicitados, levantándose esta determinación en el mes de octubre.

Ante el reclamo de un grupo de MAAC del Servicio de Cirugía del Hospital Perrando de Chaco, se iniciaron gestiones ante las autoridades de salud, donde finalmente los consocios lograron una medida cautelar con la reincorporación de la Jefa de Servicio.

Por otra parte, participa con la Federación Médica Gremial de la Capital Federal y las Asociaciones Médicas de las distintas Especialidades en un grupo de trabajo cuyo objetivo es la defensa del honorario médico y sus condiciones laborales.

Continúa con la actualización del Nomenclador, incorporando prácticas que no estaban contempladas en el anterior y trabajando con las prepagas para lograr su adopción.

EL COMITÉ DE ASUNTOS INSTITUCIONALES Y REGIONALES, bajo la presidencia del Dr. Martín A. Duhalde, continúa trabajando conjuntamente con numerosas entidades quirúrgicas del país.

Los problemas que se manifiestan, en forma preponderante, son los HONORARIOS MÉDICOS, las dificultades para poder actualizar va-

lores de consultas y galenos quirúrgicos; la unificación de los exámenes para la obtención de títulos de especialista y la intención de conformar una entidad federal enfocada principalmente al tema remunerativo y calidad de vida de los cirujanos.

Como respuesta a estas inquietudes y por iniciativa de la Comisión Directiva se trabajó con la asesoría letrada y el Comité Colegio, en la instrucción de un CONVENIO MARCO. Finalmente se arribó a la conclusión que, mediante un cambio estatutario y reglamentario donde se incorporen ciertas modificaciones podrían reconocerse los exámenes de idoneidad de las distintas sociedades o colegios médicos.

Por otra parte, se informa que se encuentra en plena vigencia el acuerdo firmado con el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, al que han adherido con éxito los distritos 1 y 4. En el marco de cumplimentar el objetivo de su conformación, este Comité está gestionando la implementación con los restantes distritos.

Para acercarnos a las distintas regiones se puso en marcha el FORO DE SOCIEDADES QUIRÚRGICAS que se encuentra en el sitio web de la AAC.

EL COMITÉ DE CIRUGÍA VIDEOENDOSCÓPICA Y MINI INVASIVA, a cargo del Dr. Alejandro M. de la Torre, ha conformado 9 subcomisiones para trabajar en las diferentes especialidades. En su conjunto han organizado dos ATENEOS FEDERALES con transmisiones simultáneas, utilizando el sistema de teleconferencia de la FUNDACION OSDE y a través del cual las presentaciones de casos clínicos fueron proyectadas a 25 ciudades del país, con una participación aproximada de 500 cirujanos.

Del total de solicitudes recibidas para su acreditación, el Comité aprobó las correspondientes a 9 profesionales, sumando con ellos 552 cirujanos que obtuvieron la constancia de capacitación en cirugía laparoscópica.

En referencia al Curso Anual de Cirugía Mini-invasiva tuvo un total de 95 inscriptos, con alumnos virtuales residentes en el país y en el exterior.

Se encuentra en desarrollo el 1º Curso de Cirugía Bariátrica y Metabólica, con un cupo limitado de 20 profesionales con experiencia en Cirugía Laparoscópica Avanzada. En plena etapa de organización y proyección, está aún, el 1º Curso Anual de Endoscopia Flexible para Cirujanos para el 2012.

Continuando con las actividades de postgrado, en el interior del país se realizaron 5 cursos, teniendo uno sede en Córdoba, otro en Tucumán, dos en Bahía Blanca y, el Curso de Cirugía Laparoscópica desde el Fin del mundo llevado a cabo en Ushuaia.

En otro marco, el de las actividades intersocietarias, se conformó, conjuntamente con la Sociedad Argentina de Diabetes, una comisión para organizar un protocolo de Diabetes y Cirugía en pacientes con BMI entre 31 y 35.

La labor de la COMISIÓN DE RESIDENCIAS ha sido conducida por el Dr. Marcelo F. Figari, incorporando evaluadores de las regiones del país como miembros plenos y a licenciadas en pedagogía para trabajar en la modificación y elaboración de los nuevos instrumentos para la evaluación de los programas de Residencias.

A su vez, se ha participado activamente en la elaboración del Marco de Referencia para la formación de Residencias de Cirugía en la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación.

El vínculo entablado con el Ministerio ha generado un importante incremento en la cantidad de solicitudes recibidas para realizar las evaluaciones en forma simultánea, ascendiendo a un total de 22. Por el momento se encuentran acreditados conjuntamente los programas de Residencias de los Hospitales Aeronáutico Central, Regional Dr. Ramón Carrillo de Santiago del Estero y el Sanatorio Franchín; en consideración los correspondientes a los Hospitales Español de Buenos Aires y Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de Bahía Blanca y para su coordinación y efectivización los restantes.

La Asociación en forma individual ha realizado la evaluación y acreditación de los Hospitales Magdalena V. de Martínez de la localidad de Pacheco, Angel C. Padilla de Tucumán e Italiano de La Plata.

La intención, según lo planteado en el ámbito de la Comisión Directiva y en acuerdo con el objetivo de nuestra Institución es, valorizando los programas completos, vincular la Acreditación de Residencias con la certificación de los profesionales.

La COMISIÓN DE ONCOLOGÍA, bajo la coordinación del Dr. Víctor H. Serafini, organizó y desarrolló de manera íntegramente virtual el III CURSO ANUAL INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

ONCOLÓGICA, que contó con un total de 111 inscriptos.

Por otra parte, ha iniciado la elaboración del primer libro confeccionado por la Comisión en referencia al tema: "EL CIRUJANO Y EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER", que abarcará todas las áreas de interés para el cirujano oncológico.

Se encuentra actualmente trabajando en la Academia Nacional de Medicina en el Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades y el Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, habiendo concluido los referidos a "Carcinoma de Pulmón No Células Pequeñas" y "Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama" quedando pendiente el correspondiente a "Cáncer de Ovario".

Aún se encuentra en carpeta iniciar durante el año 2013, TRABAJOS MULTICÉNTRICOS propuestos por distintos Centros, en los cuales esta Comisión funcionará como Coordinadora de la Investigación.

La COMISIÓN DE PAGINA WEB con la coordinación del Dr. Pablo Capitanich ha trabajado sobre la modificación del diseño de la página, adecuándola a las necesidades de los asociados, jerarquizando la información y compatibilizando el acceso desde diferentes sistemas operativos.

Ha sido la encargada de reglamentar y autorizar los correos electrónicos masivos y diagramar los Newsletters, intentando no saturar estos canales de comunicación y optimizar su utilización.

En otro ámbito, se ha diseñado una videoteca virtual y se han reglamentado sus contenidos para próximamente ponerla a disposición de las consultas de los asociados.

A lo largo del año, ha trabajado en forma cooperativa con los distintos comités y comisiones, continuando con el diseño y dinámica de la página del Congreso Argentino de Cirugía, generando un Foro de comunicación para el Comité de Asuntos Institucionales y Regionales, modificando la presentación on-line de la Revista Argentina de Cirugía e incorporando las videoconferencias del Octogésimo Segundo Congreso Argentino de Cirugía para la consulta de los miembros de la Institución.

La COMISIÓN DE TRAUMA con la coordinación del Dr. Jorge A. Reilly organizó el Vigésimo Curso Anual de Cirugía del Trauma "Dr.

Miguel A. Gómez”, continuando con la modalidad virtual e implementándose un módulo de Simulación de Atención de Víctimas Múltiples en el Hospital Italiano de San Justo. Contó con un total de 111 inscriptos.

Esta Comisión se encuentra trabajando en la organización del libro: “PAUTAS DE MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE TRAUMATIZADO” que se editará en formato electrónico y abarcará todas las áreas de interés para el cirujano de trauma.

Por otra parte, conjuntamente con el Comité de Trauma (COT) del Capítulo Argentino del American College of Surgeons participó activamente en la organización e implementación de los Cursos ATLS.

Por su parte, la COMISIÓN DE CIRUGIA AMBULATORIA, coordinada por el Dr. Hugo D. Martínez, se encuentra trabajando en la normatización de la Acreditación y Categorización de Centros de Cirugía Ambulatoria, proyecto asociado a la Acreditación de Servicios de Cirugía impulsado por el Comité Colegio.

Otro de sus objetivos es la inserción internacional de la Comisión, para tener representación entre sus pares dependientes de la Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria (IAAS).

La COMISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA, este año coordinada por el Dr. Julio C. Dorr, organizó y desarrolló su CURSO ANUAL, con un total de 46 inscriptos, de los que aprobaron 29 participantes. A través de este curso y por primera vez, el interesado podía obtener el Certificado de Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora, sólo 10 de los interesados cumplieron con los requisitos establecidos y, finalmente 9 aprobaron el examen final obteniendo esta certificación.

Con la conducción del Dr. Gustavo Kohan ha comenzado a trabajar la COMISIÓN DE CIRUJANOS JÓVENES, la cual, como comentara el Dr. Gil, ha diagramado una encuesta para los especialistas menores de 40 años de la que se desprendieron interesantes resultados que serán evaluados en profundidad para poder dar una respuesta a todas las inquietudes surgidas a través de ella.

Para finalizar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Comisión Directiva y especialmente al Sr. Presidente, el Dr. Octavio

Gil, por la confianza depositada en mí al designarme Secretario General durante su gestión.

Un reconocimiento al señor Director, Dr. Martín E. Mihura, otro especial a María Inés Boquete por todo su esfuerzo y dedicación y por último a todo el personal de la Asociación por la colaboración brindada durante el presente año.

Muchas gracias.

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: Ponemos a consideración ambos informes.

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: Se aprueban por unanimidad.

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: Pasamos al Punto III. El Sr. Tesorero, Dr. Gustavo Rossi, leerá el informe de tesorería.

III - INFORME DEL SEÑOR TESORERO

Como es habitual, le corresponde a la tesorería efectuar el informe correspondiente al Balance General de la Asociación Argentina de Cirugía, en el período que comprende desde el 1 de septiembre de 2011 al 31 de agosto del corriente año y que hemos compartido con el Dr. Diego Sinagra.

Obra en poder de los señores asociados presentes en esta Asamblea General Ordinaria dicho Balance, así como las normas contables aplicadas en la ejecución del mismo, de acuerdo a lineamientos enunciados por la Federación Argentina del Consejo de Profesionales de Ciencias Económicas y el informe del señor Auditor Contador Público Jorge Mariano Vicien.

Del mismo surge que el total de recursos disponibles de este ejercicio ha sido de \$ 7.301.837,85 (pesos siete millones trescientos un mil ochocientos treinta y siete con 85/100) habiendo totalizado los gastos de administración y los específicos la suma de \$ 6.549.350,98 (pesos seis millones quinientos cuarenta y nueve mil trescientos cincuenta con 98/100). Tomando en cuenta estas cifras y lo consumido por amortización de bienes, observamos que el ejercicio arrojó un superávit de \$ 839.405,86 (pesos ochocientos treinta y nueve mil cuatrocientos cinco con 86/100).

Cabe señalar que durante este ejercicio, en el año 2011, se recibió un subsidio otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación al 82° Congreso Argentino de Cirugía por lo que el presupuesto estimado para ese evento se vio realmente favorecido.

Al inicio del año lectivo se solicitó la elabo-

ración de un presupuesto estimado por parte de cada uno de los distintos Comités y Comisiones a fin de evaluar los factibles egresos que eran necesarios para garantizar el desarrollo continuo de las actividades institucionales. A partir de ellos, se establecieron los aranceles de los cursos y demás actividades tratando de conseguir el autofinanciamiento de cada uno y sin incurrir, a pesar de la manifiesta inflación, en un incremento de la cuota societaria. En el mes de junio, se volvió a estudiar esta posibilidad quedando pendiente de resolución hasta la presente Asamblea.

Al terminar este ejercicio, agradezco al señor Presidente, Dr. Octavio Gil, quién me honró con esta designación, a los contadores José María Paz y Jorge Mariano Vicien por su eficaz labor y a todo el personal administrativo por su permanente colaboración.

Muchas gracias.

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire:

Se pone a consideración su aprobación.

Se aprueba por unanimidad.

IV - CONSIDERACIÓN DE LA CUOTA ANUAL

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: continuamos con el punto IV.

Se propone que la cuota anual no se modifique y se le otorgue poder a la Comisión Directiva para aumentarla en caso de producirse alguna crisis económica en el próximo período.

Se pone a consideración de la Asamblea.

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire:

Se aprueba por unanimidad.

V - PROPUESTA PARA DESIGNAR CIRUJANOS MAESTROS

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: Pasamos ahora al punto V del Orden del Día, propuesta para designar Cirujanos Maestros. Como se mostró en las Memorias, la Comisión Directiva ha seleccionado por unanimidad a los doctores Alejandro S. Oría y Jorge R. Defelitto para proponerlos como Cirujanos Maestros ante esta Asamblea.

Se pone a vuestra consideración.

Se aprueba por unanimidad.

VI - ELECCIÓN DE TEMAS PARA LOS RELATOS

OFICIALES

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: Punto VI. Elección de temas para los Relatos Oficiales del Octogésimo Quinto Congreso. Este año hemos optado, como en oportunidades anteriores, en dividir las propuestas en dos grupos de cinco temas cada uno, de allí los dos más votados de cada grupo serán nuevamente sometidos a consideración por parte de los señores asambleístas. Como ven en esta diapositiva el Grupo A está compuesto por los siguientes tópicos:

GRUPO A

1. Pautas actuales para la seguridad del paciente en una institución de alta complejidad.
2. Bases genéticas de la oncología quirúrgica.
3. Etica en la aplicación de nuevas tecnologías en cirugía.
4. Investigación científica y cirugía.
5. Formación en trauma para el cirujano general.

De este grupo los más votados han sido:

1. Investigación científica y cirugía.
2. Formación en trauma para el cirujano general.

Ahora, procederemos a realizar el desempate entre los temas más votados de este grupo, y el más votado es: Investigación científica y cirugía con el 52,97 %.

Pasamos al grupo B, integrado por los siguientes tópicos:

GRUPO B

1. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.
2. Actualidad del trasplante hepático en la Argentina
3. Enfermedad por reflujo gastroesofágico
4. Complicaciones de la cirugía torácica
5. Patología quirúrgica de la glándula tiroidea.

Los temas más votados en esta ocasión han sido:

1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico
2. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.

Ahora, efectuamos la elección del tema del

grupo B entre ellos, siendo el más votado el correspondiente a: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, con el 58,95%.

Finalmente, y de acuerdo a este resultado los temas que quedan como Relatos Oficiales del Octogésimo Quinto Congreso Argentino de Cirugía son:

- 1.- Investigación científica y cirugía
 - 2.- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Se aprueba por mayoría.

VII - ELECCIÓN DE VICEPRESIDENTE PARA EL 84° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA

Sr. Secretario General, Dr. Javier C. Lendoire: Se tratarán conjuntamente los puntos VII, VIII, IX y X. Solicitamos a los señores asambleístas colocar el voto para la elección de autoridades en las urnas preparadas a tal efecto.

El resultado del conteo de votos es el siguiente: Vicepresidente Octogésimo Cuarto Congreso Argentino de Cirugía:

Dr. Juan Pekolj.....172 votos
 Secretarios para los Congreso Octogésimo Cuarto y Quinto:
 Dr. Juan Manuel Fernández Vila179 votos
 Dr. Eduardo Martín Palavecino 177 votos
 Vocal Titular por el período de tres años:
 Dr. Angel M. Minetti179 votos
 Vocales Suplentes para Comisión Directiva por el término de un año
 Dr. Matías B. Quesada177 votos
 Dr. Mariano L. Bregante 179 votos
 Dr. Maximiliano Bun 177 votos
 Dr. Carlos F. Candia 177 votos
 Dr. Juan A. Salceda 177 votos

Dr. Gustavo M. Stork 178 votos
 Se aprueba por mayoría.

XI - ELECCIÓN DE SEDE PARA EL 86° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: Pasamos al punto XI del orden del día, referente a la elección de sede para el Octogésimo Sexto Congreso Argentino de Cirugía, se propone a Buenos Aires como sede.

Sometemos a continuación a votación esta propuesta.
 Se aprueba por mayoría.

XII - DESIGNACIÓN DE DOS MIEMBROS PARA FIRMAR EL ACTA

Sr. Secretario General, Dr. Javier Lendoire: Punto XII. Designación de dos miembros para firmar el acta, se propone a los doctores Fernando Duek y Hugo P. Barros Schelotto.

Se aprueba por unanimidad.
 Siendo las 17.30 horas y no habiendo más asuntos que tratar, se da por finalizada la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Argentina de Cirugía.

Dr. Javier C. Lendoire Secretario General	Dr. Octavio A. R. Gil Presidente
--	-------------------------------------

Dr. Fernando Duek	Dr. Hugo P. Barros Schelotto
-------------------	---------------------------------

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

Cuit: 30-53249953-0

Domicilio legal: Marcelo T. de Alvear 2.415 - Capital Federal

Fecha de autorización del Poder Ejecutivo Nacional: 16/07/1930

BALANCE GENERAL AL 31 DE AGOSTO DE 2012

comparativo con el ejercicio anterior

ACTIVO

	2011	2012
ACTIVO CORRIENTE		
Caja y Bancos (nota 3.1)	1.217.950,35	1.673.010,40
Inversiones (nota 3.2)	1.907.260,68	2.289.217,59
Bienes para la comercialización (nota 2.3.b)	<u>1.104,00</u>	<u>15.032,00</u>
Total del Activo corriente	3.126.315,03	3.977.259,99
 ACTIVO NO CORRIENTE		
Bienes de Uso (nota 3.3)	<u>266.678,43</u>	<u>276.685,26</u>
Total del Activo no corriente	<u>266.678,43</u>	<u>276.685,26</u>
Total del Activo	<u>3.392.993,46</u>	<u>4.253.945,25</u>

Las notas forman parte integrante de este estado

El Informe del Auditor se extiende por separado

PASIVO

	2011	2012
PASIVO CORRIENTE		
Deudas (nota 4.1)	56.713,24	78.259,17
Previsiones (nota 4.2)	<u>1.020.000,00</u>	<u>1.020.000,00</u>
Total del pasivo corriente	1.076.713,24	1.098.259,17
 PATRIMONIO NETO		
Según estado respectivo (nota 5)	<u>2.316.280,22</u>	<u>3.155.686,08</u>
TOTAL DEL PASIVO Y PATRIMONIO NETO	<u>3.392.993,46</u>	<u>4.253.945,25</u>

Las notas forman parte integrante de este estado
 El Informe del Auditor se extiende por separado

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA
ESTADO DE RECURSOS Y GASTOS CORRESPONDIENTES AL EJERCICIO
FINALIZADO EL 31 DE AGOSTO DE 2012,
comparativo con el ejercicio anterior

	2011	2012
RECURSOS Y GASTOS ORDINARIOS		
RECURSOS ORDINARIOS		
Para fines generales (nota 6)	1.980.390,00	2.507.390,00
Para fines Específicos (nota 6)	<u>4.319.384,55</u>	<u>4.794.447,85</u>
Sub-total	6.299.774,55	7.301.837,85
 GASTOS ORDINARIOS		
Gastos de Administración (nota 7)	2.135.135,60	3.255.224,93
Específicos de sectores(nota 8)	3.261.357,12	3.278.679,88
Depreciación de bienes (nota 3.3)	<u>10.876,07</u>	<u>15.446,17</u>
Sub-total de Gastos	5.407.368,79	6.549.350,98
 Mas:		
Resultados Financieros (nota 9)	<u>15.355,62</u>	<u>86.918,99</u>
SUPERAVIT DEL EJERCICIO	<u>907.761,38</u>	<u>839.405,86</u>

Las notas forman parte integrante de este estado
El Informe del Auditor se extiende por separado

ESTADO DE EVOLUCIÓN DEL PATRIMONIO NETO CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FINALIZADO EL 31 DE AGOSTO DE 2012

	Capital	Superavit Acumulado	Total Del Patrimonio
Saldos al Comienzo del Ejercicio	578.231,09	1.738.049,13	2.316.280,22
Superavit del Ejercicio		839.405,86	839.405,86
Saldos Al Cierre del Ejercicio	578.231,09	2.577.454,99	3.155.686,08

**ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO
EJERCICIO ECONÓMICO FINALIZADO EL 31 DE AGOSTO DE 2012
COMPARATIVO CON EL EJERCICIO ANTERIOR**

	31-08-2011	31-08-2012
VARIACION DEL EFECTIVO		
Efectivo al inicio del Ejercicio	605.511,06	1.217,950,35
Efectivo al cierre del Ejercicio	<u>1.217.950,35</u>	<u>1.673,010,40</u>
Aumento del efectivo	612.439,29	455.060,05
 CAUSAS DE LAS VARIACIONES DEL EFECTIVO		
Actividades Operativas:		
Superavit del ejercicio	907.761,38	839.405,86
Más:		
Partidas que no representan erogaciones de fondos:		
Amortización Bienes de uso	<u>10.876,07</u>	<u>15.446,17</u>
Subtotal antes de var. de ctas. del cap. Cte.	918.637,45	854.852,03
 Cambios en activos y pasivos operativos		
Aumento de Pasivos Corrientes	19.234,08	21.545,93
 Disminución (Aumento)		
Bienes para la comerc.	6.541,00	(13.928,00)
Aumento de Inversiones Corrientes	(325.946,58)	(381.956,91)
 Flujo neto de efectivo generado por las actividades Operativas	618.465,95	480.513,05
 Actividades de Inversión:		
Altas Bienes de Uso	(6.026,66)	(25.453,00)
 Flujo neto de efectivo generado por las actividades de inversión	<u>(6.026,66)</u>	<u>(25.453,00)</u>
Aumento del efectivo	612.439,29	455.060,05

**NOTA A LOS ESTADOS CONTABLES DE LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA
AL 31 DE AGOSTO DE 2012**

NOTA 1: Unidad de Medida

Con fecha 20 de marzo de 2003, el Poder Ejecutivo Nacional emitió el Decreto Nº 664/03 que establece que los estados contables de ejercicios que cierren a partir de esa fecha sean expresados en moneda nominal. En consecuencia, y de acuerdo con la Resolución 4/03 emitida por la Inspección General de Justicia, la Asociación discontinuó la reexpresión de los estados contables a partir del 1 de marzo de 2003.

Por tal motivo, los estados contables no reflejan los efectos de las variaciones en el poder adquisitivo de la moneda a partir de esa fecha, tal cual lo requieren las normas contables profesionales.

Con fecha 29 de octubre de 2003, la resolución M.D. Nº 41/2003 emitida por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece que a partir del 1º de octubre de 2003, debe discontinuarse la aplicación de la reexpresión a moneda homogénea previsto en la Resolución Técnica Nº 6, por entender que el país presenta un contexto de estabilidad monetaria.

NOTA 2: Normas Contables

Las normas contables más significativas aplicadas son las siguientes:

2.1 Modelo de presentación de los estados contables:

Los estados contables han sido preparados siguiendo los lineamientos enunciados en las Resoluciones Técnicas Nro. 8, 11 y 25 de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas.

2.2 Los estados contables adjuntos no contemplan los efectos de las variaciones en el poder adquisitivo de la moneda

2.3 Criterios de valuación:

a) Moneda Extranjera

Los activos en moneda extranjera han sido valuados al tipo de cambio vigente a la fecha de cierre del ejercicio.

b) Bienes para la comercialización:

Las publicaciones en existencia están valuadas a su costo directo

c) Bienes de Uso

Los Bienes de Uso, están valuados a su costo reexpresado menos la correspondiente amortización acumulada.

La amortización es calculada por el método de la línea recta, aplicando tasas anuales suficientes para extinguir sus valores al final de la vida útil estimada.

El valor de los bienes mencionados, considerados en su conjunto, no supera su valor recuperable.

2.4 Los saldos al 31 de agosto de 2011 se exponen en estos estados contables a efectos comparativos.

NOTA 3 : Composición de los rubros del Activo

	2011	2012
3.1 Caja y Bancos:		
Caja	75.313,50	124.683,73
Recaudaciones a depositar	198.387,60	86.053,00
Bancos cta. cte. en pesos	847.459,25	1.292.025,19
Bancos cta. cte. en u\$s	27.653,48	
Cobranza tarjetas por acreditarse	96.790,00	142.595,00
3.2 Inversiones		
Moneda extranjera	1.907.260,68	2.289.217,59

3.3 Bienes de Uso	2011	2012
Muebles y útiles:		
Saldo inicial:	163.442,36	169.469,02
Altas del ejercicio	6.026,66	25.453,00
Amortización acumulada	-134.547,04	-140.436,18
Amortización del ejercicio	-5.889,14	-10.459,24
Saldo final	29.032,84	44.026,60
Inmuebles		
Saldo inicial:	181.297,00	181.297,00
Actualización	154.836,49	154.836,49
Amortización acumulada	-93.500,97	-98.487,90
Amortización del ejercicio	-4.986,93	-4.986,93
Saldo final	237.645,59	232.658,66

NOTA 4: Composición de los rubros del Pasivo

4.1 Deudas		
S.U.S.S. a pagar	49.920,57	64.123,29
Utedyc a pagar	2.656,04	3.391,08
AFIP retención Imp Ganancias	4.136,63	10.744,80
4.2 Provisiones		
Para gastos Congreso	850.000,00	850.000,00
Para siniestros	70.000,00	70.000,00
Para fomento educación cont. Interior	100.000,00	100.000,00

NOTA 5: Composición de los rubros del Patrimonio Neto

5.1 Capital	578.231,09	578.231,09
5.2 Superavit acumulado	1.738.049,13	2.577.454,99

NOTA 6: Recursos ordinarios correspondientes al ejercicio finalizado el 31 de Agosto de 2011

Detalle	Para Fines Generales	Para Fines Específicos	Total
Cuotas de asociados	1.980.390,00		1.980.390,00
Ing. Curso Oncología		116.800,00	116.800,00
Congreso año 2010		1.547.838,00	1.547.838,00
Congreso año 2011		1.355.545,00	1.355.545,00
Cursos A.T.L.S		462.205,00	462.205,00
Ingr. Curso Trauma		38.550,00	38.550,00
Ingresos C. Colegio		39.192,20	39.192,20
Ingr. Soc Cir. Torácica		68.800,00	68.800,00
Ingr Curso Cir. Gral		232.700,00	232.700,00
Ingr. American College		122.411,00	122.411,00
Ingr. Jorn. Otoño		83.313,35	83.313,35
Ingr. Curso Cir. Video		83.808,00	83.808,00
Ingr. Varios		168.222,00	168.222,00
TOTAL	1.980.390,00	4.319.384,55	6.299.774,55

Recursos ordinarios correspondientes al ejercicio finalizado el 31 de Agosto de 2012

Detalle	Para Fines Generales	Para Fines Específicos	Total
Cuotas de asociados	2.507.390,00		2.507.390,00
Ingr. Curso Oncología		133.590,00	133.590,00
Congreso año 2011		2.216.196,00	2.216.196,00
Congreso año 2012		667.353,00	667.353,00
Cursos A.T.L.S		399.151,00	399.151,00
Ingr. Curso Trauma		114.750,00	114.750,00
Ingresos C. Colegio		82.700,00	82.700,00
Ingr. Soc Cir. Torácica		68.410,00	68.410,00
Ingr Curso Cir. Gral		232.870,85	232.870,85
Ingr. American College		79.695,00	79.695,00
Ingr. Jorn. Otoño		133.325,00	133.325,00
Ingr. Curso Cir. Video		133.700,00	133.700,00
Curso Cir. Plástica		157.365,00	157.365,00
Ingr. Varios		375.342,00	375.342,00
TOTAL	2.507.390,00	4.794.447,85	7.301.837,85

NOTA 7: Gastos Generales de Administración

Detalle		
Sueldos	1.481.656,19	1.991.356,03
Cargas Sociales	350.113,45	462.190,87
Otros Gastos Varios	303.365,96	801.678,03
	2.135.135,60	3.255.224,93

NOTA 8: Gastos Específicos de Sectores

Sectores		
A.T.L.S.	455.797,47	176.840,02
American College	76.218,50	82.240,13
Jornadas de Otoño	122.034,20	81.312,49
Comité Asuntos Lab. y Leg.	38.707,20	52.419,95
Soc. Cir. Torácica	146.070,15	61.839,50
C. Colegio	38.967,27	50.071,22
C. Congreso 2012		767.972,99
C. Congreso 2011	995.977,96	1.478.813,08
C. Congreso 2010	1.059.211,89	1.245,00
Consejo Ed. Revista	159.775,90	205.948,31
Otras Comisiones y Com.	168.596,58	319.977,19
	3.261.357,12	3.278.679,88

NOTA 9: Resultados Financieros

Intereses cobrados	15.355,62
Diferencia de cotización	86.918,99

INFORME DEL AUDITOR

Señores Miembros de la Comisión Directiva
de la Asociación Argentina de Cirugía
PRESENTE

En mi carácter de Contador Público independiente, informo sobre la auditoría que he realizado de los Estados Contables detallados en el apartado I siguiente.

I - ESTADOS CONTABLES

- a) Estado de situación patrimonial al 31 de Agosto de 2012
- b) Estado de Recursos y Gastos correspondientes al ejercicio cerrado el 31 de Agosto de 2012
- c) Estado de Evolución del Patrimonio Neto
- e) Estado de Flujo de Efectivo
- d) Notas 1 a 9

II - ALCANCE DE LA AUDITORIA:

He realizado el examen de la información contenida en los Estados Contables indicados en I, de acuerdo con las normas de auditoría aprobadas por la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas. El presente dictamen se basa en las registraciones de la contabilidad que me fueron presentadas y que responden a la información suministrada por la administración de esta sociedad.

III - Dictamen

En mi opinión, los Estados Contables mencionados en I, presentan razonablemente la situación patrimonial de la ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA al 31 de Agosto de 2012, y el resultado de sus Gastos y Recursos del ejercicio terminado en esa fecha, de acuerdo con normas contables profesionales.

IV - A efectos de dar cumplimiento a disposiciones legales vigentes, informo que:

- a) Los Estados Contables surgen de los registros contables llevados de conformidad con las normas legales.
- b) Al 31 de Agosto de 2012 existían deudas devengadas a favor del SUSS por sesenta y cuatro mil ciento veintitrés pesos con 29/100 (\$64.123,29) según surge de los registros contables, no siendo exigibles a esa fecha.

Buenos Aires, 26 de septiembre de 2012

BIBLIOGRAFICA QUIRÚRGICA ARGENTINA

La Bibliografía Quirúrgica Argentina en el presente número incluye los trabajos originales de cirugía o vinculados a ella, de las siguientes revistas médicas cuyos números han aparecido en el 2º semestre de 2012. La abreviatura que figura entre paréntesis es la que aparece en la Bibliografía.

Acta Gastroenterológica Latinoamericana (Acta Gastroenterol. Latinoamer.).
Archivos Argentinos de Dermatología (Arch. Argent. Dermatol.).
Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Digestivo (Arch. Argent. Enf. Ap. Dig.).
Archivos Argentinos de Pediatría (Arch. Arg. Pediatr.).
Experiencia Médica (Experiencia Méd.).
Flebología (Flebol.).
La Prensa Médica Argentina (Pren. Méd. Argent.).
Medina (Medicina).
Medicina Intensiva (Med. Intensiva).
Obstetricia y Ginecología Latinoamericana (Obstet. y Ginecol. Latinoamer.).
Oncología Clínica (Oncol. Clin.).
Quirón (Quirón).
Revista Argentina de Cancerología (Rev. Argent. Cane).
Revista Argentina de Cardiología (Rev. Argent. Cardiol.).
Revista Argentina de Cirugía (Rev. Argent. Cirug.).
Revista Argentina de Cirugía Número Extraordinario (Rev. Argent. Cirug. N° Extraord.).
Revista Argentina de Educación Médica (RAEM)
Revista Argentina de Residentes de Cirugía (Rev. Argent. Res. Cirug.).
Revista Argentina de Cirugía Plástica (Rev. Arg. Cir. Plást.).
Revista Argentina de Coloproctología (Rev. Argent. Coloproct.).
Revista Argentina de Dermatología (Rev. Argent. Dermatol.).
Revista Argentina de Gastroenterología (Rev. Argent. Gastroenterol.).
Revista Argentina de Radiología (Rev. Argent. Radiol.).
Revista de Cirugía Infantil (Rev. Cir. Infantil).
Revista de Enfermedades Respiratorias y Tuberculosis (Respiración).
Revista del Hospital Aeronáutico Central (Rev Hosp Aeronaut. Central)
Revista de Medicina Interna (Rev. Med. Intern.)
Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol.).
Revista de la Asociación Médica Argentina (Rev. A.M.A.).
Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba (Rev. Fac. Cieñe. Méd. Univ. Nac. Córdoba).

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo (Rev. Fac. Cieñe. Méd. Univ. Nac. Cuyo).
Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario (Rev. Fac. Cieñe. Méd. Univ. Nac. Rosario).
Revista de la Federación Argentina de Cardiología (Rev. Fed. Arg. Cardiol.).
Revista de la Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (Rev. Fac. Méd. Univ. Salvador).
Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (Rev. Soc. Obstet. y Ginecol. Bs. As.).
Revista del Hospital Municipal de Oncología "María Curie" (Rev. Hosp. Mun. Oncol. María Curie).
Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires (Rev. Hosp. Niños).
Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (Rev. Hosp. It. Bs. As.).
Revista Médica de Rosario (Rev. Méd. Rosario).

Los trabajos han sido agrupados en los capítulos siguientes:

1. Cirugía de la cabeza y del cuello.
2. Cirugía del sistema nervioso.
3. Cirugía del tórax.
4. Cirugía del abdomen.
5. Cirugía ginecológica y obstétrica.
6. Cirugía del aparato urinario, del aparato genital masculino y de la glándula suprarrenal.
7. Cirugía de la piel y del tejido celular subcutáneo.
8. Cirugía del aparato locomotor.
9. Cirugía de los sistemas sanguíneo y linfático.
10. Métodos físico-químicos en cirugía.
11. Anestesiología. Hemoterapia en cirugía.
12. Patología quirúrgica en general.
13. Técnica quirúrgica en general. Instrumentos.
14. Organización.
15. Miscelánea.
16. Historia de la Medicina.
17. Discursos y homenajes.

Los trabajos están numerados en forma correlativa. Este mismo número aparece al lado del nombre del autor en el ÍNDICE POR AUTORES.

ÍNDICE POR MATERIAS Y AUTORES

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Cuello

1. *Cáncer tiroideo recurrente. Diagnóstico, tratamiento y riesgo de supervivencia.* Gonzalez Aguilar O, Simkin DO y col. Rev Argent Cirug, 2012;102(1-2-3):22.
2. *Factores predisponentes de metástasis ganglionar en el carcinoma diferenciado de tiroides.* Falco JE, Otero Muñoz A y Montesinos MR. Rev Argent Cirug, 2012;102(4-5-6):57.

CIRUGÍA DEL TÓRAX

Pared torácica. Mama

3. *Reconstrucción mamaria con colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior. Utilidad de la angiotomografía computada multidetector en la planificación quirúrgica.* Mela M, Paladini H y col. Rev Argent Cirug, 2012;103(1-2-3):16.
4. *Riesgo de recidiva local en la cirugía conservadora mamaria: el problema de los márgenes.* Vuoto HD, Candas GB y col. Rev Argent Cirug, 2012;103(4-5-6):53.

Tráquea, pulmones y pleura

5. *El acceso transcervical en cirugía torácica: indicaciones actuales y resultados.* Rami Porta R, Call S y Belda J. Rev Argent Cirug, 2012;102(4-5-6):43.
6. *Consenso Nacional inter-sociedades sobre carcinoma de pulmón no células pequeñas.* Rev Med Intern, 2012;8(3):120.
7. *Tratamiento endovascular con embolización bronquial en pacientes con hemoptisis masiva.* García Monaco R, Peralta O y col. Rev Argent Cirug, 2012;103(1-2-3):1.

Esófago, mediastino y diafragma

8. *Mediastinitis necrotizante descendente: 16 años de experiencia.* Ruiz CA, Otero WG y col. Rev Argent Cirug, 2012;102(1-2-3):7.

Miscelánea

9. *Control de la glucemia en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Informe del Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología.* Benzadon MN, Cohen Arazi H y col. Medicina (BsAs), 2012;72(1):58.

CIRUGÍA DEL ABDOMEN

Tracto gastrointestinal

10. *La vía laparoscópica para la restitución del tránsito intestinal luego de la operación de Hartmann.* Barbarisi M, Serra CA y col. Rev Argent Cirug, 2012;102(1-2-3):27.
11. *Hemorragia digestiva baja de difícil diagnóstico.* Deluca E, Alvarez M y col. Rev Argent Cirug, 2012;103(1-2-3):32.
12. *El área de superficie corporal: un factor predictor de conversión en cirugía colorrectal laparoscópica.* Vaccaro CA, Vaccarezza H y col. Rev Argent Cirug, 103(4-5-6):62.

Hígado, vías biliares, páncreas y bazo

13. *Duodenopancreatectomía totalmente laparoscópica. Consideraciones técnicas y aplicabilidad inicial en un centro de alto volumen de cirugía pancreática.* Mazza O, Sánchez Clara R y col. Rev Argent Cirug, 2012;102(4-5-6):62.
14. *Litiasis coledociana. Variación en su frecuencia de acuerdo a la edad.* Boretti JJ, Cánepa EM y Statti MA. Rev Argent Cirug, 2012;103(1-2-3):23.
15. *La relaparoscopia en las complicaciones postoperatorias de la colecistectomía.* Dominguez H, Monti E y col. Rev Argent Cirug, 2012;103(1-2-3):27.
16. *Factores determinantes de evolución en pacientes operados por complicaciones locales de la pancreatitis aguda.* Ocampo C, Zandalazini HI y col. Rev Argent Cirug, 2012;103(4-5-6):45.
17. *Absceso por lito perdido post-colecistectomía laparoscópica: informe de un caso y revisión de la literatura.* Ayon C, Perez Grassano D y col. Rev Argent Cirug, 2012;103(4-5-6):74.

Miscelánea

18. *Adenocarcinoma en células en anillo de sello. Un raro subtipo de cáncer de vesícula biliar.* Angulo PE y Pagola N. *Rev Argent Cirug*, 2012;102(4-5-6):77.

CÍRUGIA DE LOS SISTEMAS SANGUÍNEO Y LINFÁTICO

Vasos sanguíneos

19. *Arteriopatía periférica crónica inducida por cocaína.* Pankl S, Pellegrini D, Bruetman JE. *Medicina (BsAs)*, 2012;72(1):37.
20. *Vena cava inferior izquierda.* Churrarín DG, Gallardo C y col. *Rev Med Intern*, 2012;8(1):32

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA GENERAL

Infecciones, antibióticos y quimioterápicos

21. *Actinomicosis pélvica.* Pierini AL, Nepote P y col. *Rev Argent Cirug*, 2012;102(4-5-6):74.

Parasitosis

22. *Quiste hidatídico retroperitoneal primario.* Bosch Andrada JP, López SA y col. *Rev Argent Cirug*, 2012;102(4-5-6):82.

Tumores

23. *Inmunomodulación y antiangiogénesis en la terapéutica oncológica.* De la investigación básica a la clínica. Scharovsky OG, Matar P y col. *Medicina (BsAs)*, 2012;72(1):47
24. *Tumor fibroso solitario extrapleural.* Grondona JP, Bracco RA y col. *Rev Argent Cirug*, 2012;102(1-2-3):36.
25. *Infarto hepático como forma de presentación de angiosarcoma de hígado.* Bufaliza J, Correa RM y col. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(4-5-6):71.
26. *Angiosarcoma primario de mama y carcinoma papilar de tiroides sincrónico: presentación de un caso y revisión de la literatura.* Manzanares Campillo MC, Muñoz Atienza V y col. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(4-5-6):77.

ORGANIZACIÓN

Asistencia médica

27. *Organización y financiamiento del sistema de salud en Argentina.* Arce HE. *Medicina (BsAs)*, 2012;72(5):414.

Educación médica

28. *Guías de estilo para la confección de manuscritos.* *Rev Argent Cirug*, 2012;102(1-2-3):1.
29. *Preferencias de los pacientes sobre la información de su enfermedad.* Borracci RA, Manente D, Giorgi MA y col. *Medicina (BsAs)*, 2012;72(5):393.
30. *Serendipity en investigación.* Dosne Pasqualini C. *Medicina (BsAs)*, 2012;72(5):439.
31. *¿qué es seguridad del paciente?* Gaset M. *Rev Med Intern*, 2012;8(3):107.
32. *La enseñanza de habilidades comunicacionales.* Cardozo N, Zamuz A y col. *Rev Med Intern*, 2012;8(1):36.
33. *Implementación del listado de verificación de cirugía segura.* Arribalzaga EB, Lupica L, Delor SM y Ferraina PA. *Rev Argent Cirug*, 2012;102(1-2-3):12.
34. *Gestión de riesgo y eventos adversos en cirugía torácica.* Algieri RD, Arribalzaga EB y col. *Ver Argent Cirug*, 2012;102(1-2-3):17.
35. *Currículo oculto en cirugía. Qué más aprenden cuando enseñamos.* Montesinos MR. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(1-2-3):9.

MISCELANEA

36. *Reflexiones irreverentes sobre el paternalismo y la evidencia en cirugía.* Esteva H. *Rev Argent Cirug*, 2012;102(4-5-6):69.

DISCURSOS Y HOMENAJES

37. *Presidente saliente.* Curutchet HP. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(1-2-3):35.
38. *Informe del Secretario Anual.* Vannelli AM. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(1-2-3):37.
39. *Elogio del Dr. Rodolfo Mazzariello.* Mezzadri NA. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(1-2-3):38.
40. *Presidente electo.* Ferraina PA. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(1-2-3):41.
41. *Informe del Tesorero.* Ciardullo MA. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(1-2-3):44.
42. *Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía.* Gil O. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(4-5-6):35.
43. *Presidente del Congreso.* Chiappetta LT. *Rev Argent Cirug*, 2012;103(4-5-6):37.

ÍNDICE DEL VOLUMEN 103

A		G	
Artículo Original		García Mónaco R, 1	
Curriculo oculto en cirugía. Qué más aprenden cuando enseñamos, 9		Giuliano JF, 62	
El área de superficie corporal: un factor predictor de conversión en cirugía colorrectal laparoscópica, 62			H
Factores determinantes de la evolución en pacientes operados por complicaciones locales de la pancreatitis aguda, 45		Haberman D, 16	
La relaparoscopia en las complicaciones post-operatorias de la colecistectomía, 27			K
Litiasis coledociana. Variación en su frecuencia de acuerdo a la edad, 23		Klappenbach RFG, 45	
Reconstrucción mamaria con colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior. Utilidad de la angiotomografía computada multidetector en la planificación quirúrgica, 16		Kohan G, 45	
Riesgo de recidiva local en la cirugía conservadora ma-maria: el problema de los márgenes, 53			L
Tratamiento endovascular con embolización bronquial en pacientes con hemoptisis masiva, 1		Ladera R, 16	
Asamblea General Ordinaria, 87		Lenz M, 27,	
Ayon C, 74			M
B		Martinez UM, 71,	
Bibliografía Quirúrgica Argentina, 109		Mela M, 16	
Boretti JJ, 23		Montesinos MR, 9	
Bosco D, 27		Monti E, 27	
Bucich N, 27			O
Bufaliza J, 71		Ocampo CG, 45	
C		Oria AS, 45	
Candas GB, 53			P
Canepa E, 23		Paladini H, 16	
Carrozza V, 16		Peralta O, 1	
Castignola M, 16		Perez Grassano D, 74	
Correa RM, 71		Presentación de Casos	
D		Absceso por lito perdido post-colecistectomía laparoscópica: informe de um caso y revisión de la literatura, 74	
Discursos, 4, 80		Angiosarcoma primário de mama y carcinoma papilar de tiróides sincrónico: presentación de un caso y revisión de la literatura, 77	
Dodera J, 27		Infarto hepático como forma de presentación de angiosarcoma de hígado, 71	
Dominguez H, 27			R
E		Reglamento de Publicaciones, IV, V	
Editorial		Rodriguez P, 1	
Guías de estilo para la confección de manuscritos, XV			S
T		Sesión Pública Solemne, 35	
		Smith D, 1	
		Statti MA, 23	
			T
		Técnica	

Hemorragia digestiva baja de difícil diagnóstico, 32			V
	U	Vaccarezza H, 62 Vaccaro CA, 62 Vassallo B, 1 Vuoto HD, 53	
Uriburu JL, 53			
		Zandalazini H, 45	Z