

CFIRUGÍA PARAGUAYA

Vol. XXXXIII

Nº3

Diciembre 2019

Contenido

EDITORIAL

Conferencias magistrales..... 6

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Casística patologías herniarias de la pared abdominal en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central FFAA. Periodo 2018 /**
Dario Fretes, Andrés Ramírez, Ursulino Fernández, Raúl Cardozo, Amanda Fretes, Alejandro Caballero..... 7
- Prevalencia del cáncer de colon y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2017- diciembre 2018 /**
Arnaldo Montiel Roa, Esteban Mendoza, Antonella Dragotto Galván, Miryan Idalina Diaz Benítez, Jessica Pamela Portillo Sosa..... 10
- Hemorragia en el posoperatorio inmediato a tiroidectomía entre el 2016 y el 2018 /**
Leyda Domínguez, Fátima El Haj, Cecilia González, Lourdes Scholz, José Franco, Evelio Legal..... 14
- Prevalencia de las complicaciones del divertículo de Meckel y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad en el periodo 2018-2019 /**
Miryan Idalina Diaz Benítez, Esteban Daniel Mendoza Galván..... 16
- Tiroidectomía con neuromonitorización del nervio recurrente /**
Rodrigo Adrián Rodríguez Cubilla..... 19

REPORTES DE CASOS

- Versatilidad del colgajo dorsal en cirugía de reconstrucción de sarcoma de pared torácica. Reporte de caso /**
Mauro Porto, Mariana Pane, Rodrigo Frachi, Derliz Mussi, Osvaldo Aquino Caballero..... 24
- Coledocolitiasis: Resolución videolaparoscópica. A propósito de un caso /**
Julio Ramírez Sotomayor, José Berdejo, Dr. Marcelo Ramírez Romero, Victor Velázquez..... 26
- Pseudoquiste pancreático post traumática /**
Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Adorno, Ramón Rodríguez, Dennis Cabral, Maximiliano Ferreira..... 29
- Bisegmentectomías videolaparoscópicas en hidatidosis hepática: Presentación de dos casos /**
Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Pflugst, Marcelo Ramírez, Magali Zuárez..... 32
- Suprarrenalectomía derecha videolaparoscópica transperitoneal por Síndrome de Conn /**
Soel Feltes, Marcos Delgado, Dayhana Duarte, Miguel Ferreira..... 34

REGLAMENTO PARA AUSPICIO DE ACTIVIDADES 36



Órgano Científico de la
Sociedad Paraguaya
de Cirugía
(SOPACI)

ISSN 2070-8785

CIRUGÍA PARAGUAYA

Órgano científico de la Sociedad Paraguaya de Cirugía

Fundada el 6 de octubre de 1970

Volumen XXXXIII
Número 3
Diciembre de 2019

ISSN 2070-8785

Editor:

Dr. Rubén Aguilar Zapag

Comité Editorial

Dr. Willian Villalba.	Instituto Nacional del Cáncer
Dr. Osmar Cuenca.	FCM-UNA
Dr. Julio Ramírez Sotomayor.	Hospital Nacional de Itauguá
Dr. Mariano Palermo.	Argentina
Dr. Miguel Burch.	USA
Dr. Franco Roviello.	Italia
Dra. Margarita Samudio.	IICS
Dr. Castor Samaniego.	FCM-UNA
Dr. Joaquín Villalba.	FCM-UNA
Dr. David Vanuno.	FCM-UNA

La revista CIRUGIA PARAGUAYA está indexada a BIREME - Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud y los artículos publicados alimentan a LILACS, base de datos de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y BVS-PY- Biblioteca Virtual de Salud-Paraguay, SciELO Paraguay, LATINDEX y Google Académico



SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA

Afiliada a la FELAC

Comisión Directiva 2019/2021

Presidente: Dr. Willian Omar Villalba Rodríguez
Secretario General: Dr. José Cirilo Berdejo Bareiro
Secretario Científico: Dr. Lorenzo Diosnel Acosta Brunaga
Secretario de Actas: Dr. César Wenceslao Carmona Almirón
Secretario de Publicaciones: Dr. Rubén Aguilar Zapag
Secretario de Asuntos Gremiales: Dr. Esteban Daniel Mendoza
Tesorero: Dra. Mara Sofia Giménez Isasi

SUPLENTES

Dr. Roosevelt Stanley Santos
Dr. Osmar Isidro Verón Amarilla
Dr. Fernando Manuel Martínez Bogado
Dr. Darío Ezequiel Espinoza Fernández
Dra. Sonia Elizabeth Lombardo Fernández
Dra. Claudia Elena Trussy Ramirez

SÍNDICO

Dr. Elías Luis Esteban Gianni Morel

CAPÍTULOS DE LA SOPACI PARED ABDOMINAL

Presidente: Dr. Osmar Cuenca Torres
Secretaria: Dra. Rosa Ferreira
Tesorero: Dr. Luis Da Silva
Miembros: Dr. Nelson Apuril y Dr. Christian Miranda

CIRUGÍA TORÁCICA

Presidente: Dr. Ramón Guggiari Bellasai
Secretario: Dr. Carlos Arce Aranda
Tesorero: Dr. Alberto Rovira Caggino
Vocales: Dr. Carlos Raul Wattiez González y Dr. Roberto Cuenca

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente: Dr. Carlos Adorno Garayo
Vicepresidente: Dr. Eduardo Roberto Santacruz Bareiro
Secretario General: Dr. Idilio Ramón Rodríguez Vera
Secretario de Actas: Dr. Rodrigo Fabian Pérez Ortega
Tesorero: Dr. Fernando Vicente Frachi Alvariza
Vocal Titular: Dr. Enrique Daniel Chávez Arguello
Vocal Titular: Dr. Arturo Gabriel Pérez Ibarra
Vocal Suplente: Dr. Osvaldo Amadeo Gauto Bogado
Vocal Suplente: Dr. Fernando Masahito Kishida Kunihiro
Síndico: Dr. Enrique Ariel Chávez Arguello

HEPATOPANCREÁTICO BILIAR

Presidente: Dr. Julio César Ramírez Sotomayor
Vice Presidente: Dra. Rosa Irene Sánchez Alvarenga
Secretario General: Dr. José Daniel Andrada Alvarez
Secretario de Actas: Dr. Carlos Andrés Pflugst Rojas
Tesorero: Dr. Guido Parquet Villagra
Vocal Titular: Dr. Jacinto Rafael Noguera Arzamendia
Vocal Titular: Dr. Fernando José Heiberger Leguizamón
Vocal Suplente: Dr. Miguel Ferreira Bogado
Vocal Suplente: Dr. José Cirilo Berdejo Bareiro

SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA DE TRAUMA

Presidente: Dra. Monserrat Villasboa Vargas
Vicepresidente: Dr. Germán Torres Villamayor
Secretario: Dr. Carlos Javier Chirico Canás
Tesorera: Dra. Monserrat Almada Ruiz Díaz
Vocal Titular: Dr. Luis Madelaire Prieto
Vocal Titular: Dr. Héctor Aguilera
Vocal Suplente: Dra. Liliam Monges
Síndico: Dr. Jorge Delgado

SECRETARÍA DE LA SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA:

Edificio Laboratorios Catedral
Santa Ana 433 y Roque Centurión
Miranda (3er piso)

Asunción - Paraguay

Tel: +595 21 608 171 (int. 320) /
+595 21 614 498

E-mail: secretaria@sopaci.org.py

Pág web: www.sopaci.org.py

Facebook: Sociedad Paraguaya
de Cirugía



SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA

PRESIDENTES

- | | |
|---|--|
| Dr. Julio César Perito (1970 - 1973) † | Dr. Joaquín Villalba (1994 - 1995) |
| Dr. Miguel Angel Martínez Yaryes (1974) † | Dr. Pedro Ruiz Díaz (1995 - 1996) |
| Dr. Juan S. Netto (1975) † | Dr. Víctor Mariano Solalinde (1996 - 1997) |
| Dr. Raúl F. Gómez (1976) † | Dr. Castor Samaniego (1997 - 1998) |
| Dr. Silvio Díaz Escobar (1977 - 1978) † | Dr. Domingo Pizurno (1998 - 1999) |
| Dr. Federico Guggiari (1979 - 1980) † | Dr. Roberto Mura (1999 - 2000) |
| Dr. Francisco Delfino (1981) † | Dr. Juan Olegario Ortiz V. (2000 - 2001) † |
| Dr. Silvio Díaz Escobar (1982) † | Dr. Isaías R. Fretes (2001 - 2002) |
| Dr. David Vanuno Saragusti (1983) | Dr. Osmar Cuenca (2002 - 2003) |
| Dr. Augusto R. Martínez (1984) | Dr. José Marín (2003 - 2004) |
| Dr. Felipe O. Armele (1985) | Dr. Enrique Bellassai (2004 - 2005) |
| Dr. Alberto Jou Ontano (1986) † | Dr. Hugo Espinoza (2005 - 2006) |
| Dr. René Recalde (1987) | Dr. Luís A. Carísimo (2006 - 2007) |
| Dr. Carlos Rodríguez (1988) | Dr. Enrique Bellassai (2007 - 2009) |
| Dr. Isaac Benito Frutos (1989) | Dr. Jacinto Noguera (2009 - 2011) |
| Dr. José A. Andrada (1990) | Dr. Bernardo Weisensee (2011 - 2013) |
| Dr. Manuel Talavera (1991) | Dr. Osmar Cuenca Torres (2013 - 2015) |
| Dr. Carlos Ferreira Russo (1992) | Dr. Julio Ramírez Sotomayor (2015 - 2017) |
| Dr. Roberto Prieto (1993 - 1994) | Dr. Miguel Ferreira Bogado (2017 - 2019) |

MIEMBROS HONORARIOS

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Dr. Manuel Riveros † | Dr. Alberto Jou Ontano † |
| Dr. Manuel Giagni † | Dr. Miguel A. Martínez Yaryes † |
| Dr. Pedro De Felice † | Dr. Benito Frutos |
| Dr. Ramón Doria † | Dr. David Vanuno |
| Dr. René Favaloro (Argentina) † | Dr. Francisco Delfino † |
| Dr. Domingo Liota (Argentina) | Dr. Francisco Quiñónez |
| Dr. Pedro Ciesco (Argentina) | Dr. Arnaldo Silvero Sarubi † |
| Dr. Michel Latarjet (Francia) † | Dr. Oscar Ortiz Airaldi |
| Dr. Fernando Montero † | Dr. Miguel Aristides Aguilar |
| Dr. Juan S. Netto † | Dr. Calixto Vera González † |
| Dr. Silvio Díaz Escobar † | Dr. René Recalde |
| Dr. Julio César Perito † | Dr. Ramiro García Varesini |
| Dr. Pacian Andrada † | Dr. David Obregón |
| Dr. Emilio Constanzo † | Dr. Vicente Molinas |
| Dr. Raúl Gómez † | Dr. Ronald Rolón |
| Dr. Federico Guggiari † | Dr. Juan O. Ortiz V. † |

MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Una gran cantidad de colegas cirujanos de Latinoamérica y del resto del mundo han sido nominados como " Miembros Correspondientes Extranjeros". El listado completo incluye a los siguientes doctores:

ARGENTINA	Ricardo Oddi	William Saad	Robert C. Moesinger - Utah	Fidel Ruiz Healy
Francisco Alomar	Gustavo Kohan	Felipe Coimbra	Adrian Ortega	Juan Carlos Mayagoitia
Jorge A. Ferreira	David Smith	Marcel Machado	Ian C. Lavery - Cleveland	Alfredo Vicencio Tovar
Jorge Merello		Luiz Paulo Kowalski	Demetrius Demetriades	Alejandro Weber
Armando C. Romero	BOLIVIA	Gustavo Fraga	Kenneth Mattox	Héctor Armando Cisneros
Elías Hurtado Hoyo	Germán Terrazas Rovira		Carlos Pellegrini	Alberto Villazón
Pedro Fernández		COLOMBIA	Horacio D'Agostino	Francisco Barrera
Flavio Santinelli		Mario Rueda Gómez	Hugo Villar - Arizona	Adriana Hernández López
José Speranza	BRASIL	Ricardo Ferrada	Miguel Burch	Alberto Basilio
Luis Durand	Sergio Brenner - Curitiba	Hernando Abaunza	Gazi Zibari	
Rubén Padin	Alcino Lázaro Da Silva	Oswaldo Borraez		PERÚ
Enrique M. Beveraggi	José Camargo - Porto Alegre		ESPAÑA	José de Vinatea
Rodolfo Mazzariello	Marcelo Ribeiro	CHILE	José Manuel Figueroa	Augusto Brazzini
Miguel A. García Casella	Joaquín Gama Rodríguez	Alfredo Sepúlveda	Manuel Gómez	
Rodolfo Vidal E.	Charly Genro Camargo	Ronald De La Cuadra	Álvaro Díaz de Liaño - Pamplona	URUGUAY
Héctor Santangelo	Eugenio Bueno Ferreira	Claudio Navarrete	Carlos Ballesta López -Barcelona	Alberto Estefan
Mariano Giménez	José E. Monteiro Da Cunha	Jorge Larach Said	José García Buitron	Edgardo Torterolo
Alejandro Ring	Angelita Habr Gama	Pedro Llorens	Jesús Loscertales - Sevilla	Luis Ruso
Jorge Dodera	Marilles Porto Matto	Juan Reyes Farías	Joseph Rius	Alvaro Piazze
Francisco Suarez Anzorena	Kiyoshi Hashiba	Christian Jensen		Raúl C. Praderi
Román Civilotti- Formosa	Daher Cutait - San Pablo	Exequiel Lirá del Campo	FRANCIA	Ricardo Voelker
Eduardo Saad	Ruy Ferreira Santos	Italo Braghetto	Henry Bismuth - Paris	Guido Berro
Pedro Ferraina	Paulo Herman- Sao Paulo	Attila Csendes	Jean Moreaux - París	Celso Silva
Leao Puesch	Julio C. Saucedo M.	Rodrigo Aparicio	Jean Denis	Gonzalo Estape
Alfredo Graziano	Benedito Mauro Rossi	Julián Varas	Pierre Mulsant - Lyon	Héctor Geninazi
Luis Gramática	Joao Bautista Marquesini	Rodrigo Aparicio	Paul Maiclet - Lyon	Jorge Nin Vivó
Fernando Serra	Luiz Paulo Kowalski		Jean Pierre Neidhart	
Ricardo Torres - Corrientes	Enrique Axfonso de Souza e Silva	EEUU	Juan Iovanna	JAPÓN
Juan Pekolj	Alice Capobianco	Edwin Beven	Jean Pourcher	Tatsuo Yamakawa
Oscar Mazza	Gerardo Magela Gómez Da Cruz	Mirian Curet	François Rousset	
Claudio Brandi	Raúl Cutait	Mohan Airan	François Tronc - Lyon	CANADÁ
Mariano Palermo	Pio Furtado	Henry Lynch		Michel Gagner
Alejandro de la Torre	Wilson Pollara	Said Dae	GUATEMALA	
Ezequiel Palmisano	Eduardo Boccinni	Juan Sarmiento	Roberto Gallardo	ITALIA
Oscar Imventarza	William Saad	David W. Kinner		Franco Roviello
Javier Lendoire	Roberto Kis- San Pablo	Henry Pitt	MÉXICO	
Sung Ho Hyon	Carlos Domene	Rao Ivatury	Jorge Cervantes	
	Luiz Pereira Lima	Raymond Dieter		
	Edmundo Machado Ferraz			

CONGRESO PARAGUAYO DE CIRUGÍA - PRESIDENTES

I Congreso, 1980.....	Dr. Juan S. Netto	XI Congreso, 2001.....	Dr. José Marín
II Congreso, 1982.....	Dr. Federico Guggiari	XII Congreso, 2004.....	Dr. Ricardo Fretes
III Congreso, 1984.....	Dr. Silvio Díaz Escobar	XIII Congreso, 2006.....	Dr. José Andrada
IV Congreso, 1986.....	Dr. David Vanuno S.	XIV Congreso, 2008.....	Dr. Enrique Bellassai
V Congreso, 1988.....	Dr. Miguel A. Martínez Yaryes	XV Congreso, 2010.....	Dr. Osmar Cuenca Torres
VI Congreso, 1990.....	Dr. René Recalde	XVI Congreso, 2012.....	Dr. Anibal Filártiga Lacroix
VII Congreso, 1992.....	Dr. Felipe Armele	XVII Congreso, 2014.....	Dr. Roberto Mura
VIII Congreso, 1994.....	Dr. Carlos Ferreira R.	XVIII Congreso, 2016.....	Dr. Julio Ramirez Sotomayor
IX Congreso, 1996.....	Dr. Joaquín Villalba	XIX Congreso, 2018.....	Dr. Jacinto Noguera Arzamendia
X Congreso, 1998.....	Dr. Pedro Ruiz Díaz		



CIRUGÍA PARAGUAYA

Órgano Científico de la Sociedad
Paraguaya de Cirugía (SOPACI)

CONTENIDO

EDITORIAL

Conferencias magistrales.....6

ARTÍCULOS ORIGINALES

Casuística patologías herniarias de la pared abdominal en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central FFAA. Periodo 2018 / Darío Fretes, Andrés Ramírez, Ursulino Fernández, Raúl Cardozo, Amanda Fretes, Alejandro Caballero.....7

Prevalencia del cáncer de colon y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2017- diciembre 2018 / Arnaldo Montiel Roa, Esteban Mendoza, Antonella Dragotto Galván, Miryan Idalina Díaz Benítez, Jessica Pamela Portillo Sosa.....10

Hemorragia en el posoperatorio inmediato a tiroidectomía entre el 2016 y el 2018 / Leyda Domínguez, Fátima El Haj, Cecilia González, Lourdes Scholz, José Franco, Evelio Legal.....14

Prevalencia de las complicaciones del divertículo de Meckel y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad en el periodo 2018-2019 / Miryan Idalina Díaz Benítez, Esteban Daniel Mendoza Galván.....16

Tiroidectomía con neuromonitorización del nervio recurrente / Rodrigo Adrián Rodríguez Cubilla.....19

REPORTES DE CASOS

Versatilidad del colgajo dorsal en cirugía de reconstrucción de sarcoma de pared torácica. Reporte de caso / Mauro Porto, Mariana Pane, Rodrigo Frachi, Derlíz Mussi, Osvaldo Aquino Caballero.....24

Coledocolitiasis: Resolución videolaparoscópica. A propósito de un caso / Julio Ramírez Sotomayor, José Berdejo, Dr. Marcelo Ramírez Romero, Víctor Velázquez.....26

Pseudoquiste pancreático post traumática / Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Adorno, Ramón Rodríguez, Dennis Cabral, Maximiliano Ferreira.....29

Bisegmentectomías videolaparoscópicas en hidatidosis hepática: Presentación de dos casos / Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Pflingst, Marcelo Ramírez, Magali Zuárez.....32

Suprarrenalectomía derecha videolaparoscópica transperitoneal por Síndrome de Conn / Soel Feltes, Marcos Delgado, Dayhana Duarte, Miguel Ferreira.....34

REGLAMENTO PARA AUSPICIO DE ACTIVIDADES.....36

EDITORIAL

Master lectures.....6

ORIGINAL ARTICLES

Casuistic hernia pathologies of the abdominal wall in the Surgery Service of the Central Military Hospital FFAA. 2018 period / Darío Fretes, Andrés Ramírez, Ursulino Fernández, Raúl Cardozo, Amanda Fretes, Alejandro Caballero.....7

Prevalence of colon cancer and its surgical treatment in a high-complexity hospital from January 2017 to December 2018 / Arnaldo Montiel Roa, Esteban Mendoza, Antonella Dragotto Galván, Miryan Idalina Díaz Benítez, Jessica Pamela Portillo Sosa.....10

Bleeding after thyroidectomy in immediate postoperative period between 2016 and 2018 / Leyda Domínguez, Fátima El Haj, Cecilia González, Lourdes Scholz, José Franco, Evelio Legal.....14

Prevalence of complications of Meckel's diverticulum and its surgical treatment in a hospital of high complexity in the 2018-2019 period / Miryan Idalina Díaz Benítez, Esteban Daniel Mendoza Galván.....16

Thyroidectomy with neuromonitorization of the recurrent nerve / Rodrigo Adrian Rodriguez Cubilla.....19

CASE REPORTS

Versatility of the dorsal flap in reconstruction surgery of toracica wall sarcoma. Case report / Mauro Porto, Mariana Pane, Rodrigo Frachi, Derlíz Mussi, Osvaldo Aquino Caballero.....24

Coledocolithiasis: Video-laparoscopic resolution. About a case. / Julio Ramírez Sotomayor, José Berdejo, Dr. Marcelo Ramírez Romero, Víctor Velázquez.....26

Pancreatic post-traumatic pseudocyst / Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Adorno, Ramón Rodríguez, Dennis Cabral, Maximiliano Ferreira.....29

Videolaparoscopic bisegmentectomies in hepatic hydatidosis: Presentation of two cases / Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Pflingst, Marcelo Ramírez, Magali Zuárez.....32

Transperitoneal laparoscopic right suprarrenalectomy for Conn Syndrome / Soel Feltes, Marcos Delgado, Dayhana Duarte, Miguel Ferreira.....34

REGULATION FOR SPONSORSHIP OF ACTIVITIES.....36

Conferencias magistrales

Las diferentes sociedades científicas cada año se preparan y ofrecen a cada especialista la oportunidad de poder actualizar sus conocimientos, acudiendo a las conferencias magistrales de los especialistas invitados y presentar su experiencia en el manejo de las patologías que aquejan a los pacientes.

Este año nuestra sociedad tuvo la oportunidad de organizar el Congreso de Cirugía del Litoral, del cual formamos parte diferentes sociedades de 3 países distintos (Paraguay, Argentina y Uruguay), y el Hospital de Clínicas, (hospital escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción) abrió sus puertas para este importante evento internacional del cual formamos parte miembros de las 8 sociedades que conforman este grupo, así como otros invitados y especialistas interesados en los temas desarrollados. Fue un evento magnífico, en el que saltó lo científico y acercó en lazos a Sociedades amigas en búsqueda de una mejor medicina para nuestros pacientes, no sólo de la mano de la tecnología sino también de la mano de lo práctico del arte mismo de la medicina, ya que en esta región del planeta no toda la tecnología está al alcance de todos.

Satisfechos por la labor cumplida, en espera de una siguiente oportunidad de recibir a todos en nuestro país. Ya solo queda prepararnos para la edición número 57 del Congreso Internacional de Cirugía del Litoral en Rosario Argentina. Nos encontraremos allá.

El editor.

Master lectures

The different scientific societies each year prepare and offer each specialist the opportunity to update their knowledge, attending the master lectures of the invited specialists and presenting their experience in the management of the pathologies that afflict patients.

This year our society had the opportunity to organize the Congress of Coastline Surgery, of which we are part of different societies from 3 different countries (Paraguay, Argentina and Uruguay), and the Hospital of Clinics, (hospital school of the Faculty of Medical Sciences of The National University of Asunción) opened its doors for this important international event of which we are members of the 8 societies that make up this group, as well as other guests and specialists interested in the topics developed. It was a magnificent event, in which the scientific leapt and brought ties to friendly societies in search of a better medicine for our patients, not only in the hands of technology but also in the hands of the practical art of medicine itself since in this region of the planet not all technology is available to everyone.

Satisfied with the work accomplished, awaiting a next opportunity to receive everyone in our country. We only have to prepare for the 57th edition of the International Congress of Coastline Surgery in Rosario Argentina. We will meet there.

The editor.

Casuística patologías herniarias de la pared abdominal en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central FFAA. Periodo 2018

Casuistic hernia pathologies of the abdominal wall in the Surgery Service of the Central Military Hospital FFAA. 2018 period

Darío Fretes*, Andrés Ramírez**, Ursulino Fernández**, Raúl Cardozo***, Amanda Fretes***; Alejandro Caballero***

Hospital Militar Central de las FFAA. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de corte transversal en 109 pacientes operados de hernias durante el año 2018 en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central, donde se tomaron datos de fichas de pacientes en cuanto a sexo, edad, tipo de hernia y técnica quirúrgica utilizada. La hernia inguinal unilateral representó al 50,46% de 109 pacientes que acudieron para operarse en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central en el periodo 2018, de los cuales el 70,64% fueron hombres y el promedio de edades de predominantes fue entre 30 y 40 años de edad y la técnica en mayor porcentaje utilizada fue la Técnica Liechtenstein en el 100% de los pacientes portadores de hernia inguinal. Se puede concluir que la hernia inguinal es una patología frecuente que se observa con más frecuencia en hombres, y hubo solo un paciente de sexo masculino de 73 años de edad con una complicación en el postoperatorio producto de una infección del sitio quirúrgico representando el 0,93% del total de la muestra en esta investigación.

Palabras clave: Hernias, técnica quirúrgica.

ABSTRACT

A cross-sectional, descriptive, retrospective observational study was conducted in 109 patients operated on for hernias during 2018 in the Surgery Department of the Central Military Hospital, where data on patient records were taken in terms of sex, age, type of hernia and technique surgical used. The unilateral inguinal hernia represented 50.46% of 109 patients who came for surgery in the Surgery Department of the Central Military Hospital in the 2018 period, of which 70.64% were men and the average age of predominant was between 30 and 40 years of age and the technique in greatest percentage used was the Liechtenstein Technique in 100% of the patients with inguinal hernia. It can be concluded that the inguinal hernia is a frequent pathology that is observed more frequently in men, and there was only one 73-year-old male patient with a postoperative complication due to a surgical site infection representing 0.93% of the total sample in this investigation.

Keywords: Hernias, surgical technique.

INTRODUCCIÓN

La Hernia consiste en la protrusión de un saco peritoneal a través de una debilidad o defecto en las paredes musculares del abdomen. La Tomografía Computarizada (TC) facilita la detección y caracterización de las hernias externas de la pared abdominal, así como también permite la evaluación en casos difíciles tal como sucede en pacientes obesos con sospecha clínica de hernia, con cicatrices abdominales o bien en casos en los que el saco herniario protruye a través de capas musculares. Para realizar una cirugía abierta de reparación de hernia, se hace una única incisión alargada en la ingle. Si la hernia sobresale de la pared abdominal (hernia directa), se empuja el bulto de vuelta a su lugar. Si la hernia se extiende hacia el canal inguinal (indirecta), o bien se empuja de vuelta el saco de la hernia o bien se liga y se extrae⁽¹⁾.

El 95% de las hernias de la pared abdominal son externas, extendiéndose más allá de los límites del peritoneo y estas son: hernia inguinal unilateral, hernia inguinal bilateral, hernia umbilical, hernia epigástrica y hernia crural⁽²⁾.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de cirugías de hernias en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central periodo en el periodo 2018 para lo cual se tomaron datos de 109 pacientes operados de hernias en sus distintos tipos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de corte transversal en 109 pacientes operados de hernias durante el año 2018 en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central. Se accedieron a las fichas clínicas de los pacientes, de


* Jefe de Servicio de Cirugía General

** Médico de Planta Cirugía General

*** Residente de Cirugía General

Recibido 14 de julio de 2019 - Aceptado 27 julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Raúl Cardozo Arias: Email: Raulcardozoarias@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

donde se extrajeron datos de pacientes en cuanto a sexo, edad, sus tipos de hernias y las técnicas quirúrgicas empleadas. Los datos fueron procesados y tabulados en planillas Excel los resultados fueron presentados en tablas con todos los datos y los gráficos estadísticos.

RESULTADOS

- Sexo de los operados:** En el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central fueron operados 109 pacientes por hernia en sus diferentes tipos de los cuales 77 pacientes fueron de sexo masculino lo cual representa al 70,64% del total de y 32 pacientes de sexo femenino representando al 29,36% del total de los pacientes operados. Por lo tanto, la mayoría de los operados fue de sexo masculino (*Figura 1*).
- Edades de los operados:** De los 109 pacientes operados 31 contaban con edades entre 19 y 29 años, representando al 28,44%, 14 entre 30 y 39 años representando al 12,48%, 21 pacientes entre 40 y 49 años siendo esto el 19,48%, 10 entre

50 y 59 años representando al 9,17%, 18 pacientes entre 60 y 69 años representando al 16,51% y los pacientes con más de 70 años fueron 15 representando al 13,76% (*Figura 2*).

- Tipos de hernias de los operados:** De los 109 operados 55 fueron por hernia inguinal unilateral, lo que representó al 50,46%, 5 por hernia inguinal bilateral representando al 4,59%, 40 fueron operados por hernia umbilical representando al 36,70%, 7 operados por hernia epigástrica representando al 6,42% y 2 operados por hernia crural representando al 1,83% del total. Esto indica que más de la mitad fueron operados por hernia inguinal unilateral e inmediatamente en segundo lugar quedaron los operados de hernia umbilical y un mínimo de operados por hernia crural (*Figura 3*).
- Técnica quirúrgica utilizada:** De los 109 operados de hernia 60 fueron portadores de hernia inguinal y cuya técnica utilizada en el 100 % de los casos fue la técnica de Lichtensteins (*Figura 4*).

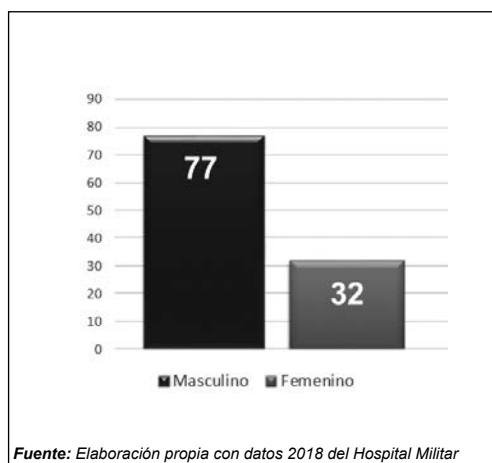


Figura 1: Sexo de pacientes operados de hernia en Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central 2018

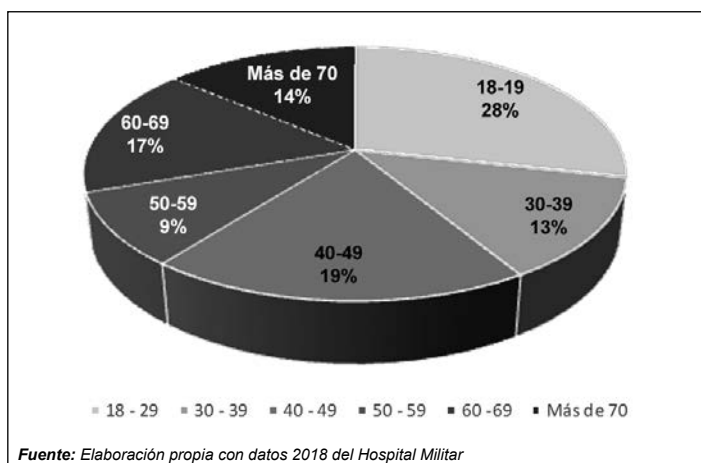


Figura 2: Grupos de edades de pacientes operados de hernia en Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central 2018

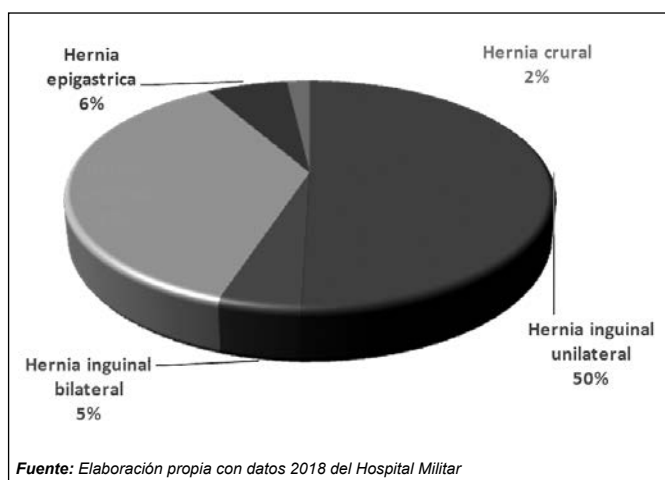


Figura 3: Tipos de hernias en pacientes operados en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central 2018

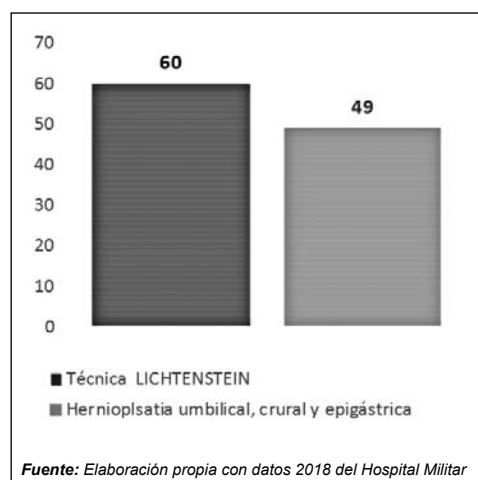


Figura 4: Técnica quirúrgica utilizada en pacientes operados de hernia en Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central 2018

CONCLUSIONES

Se pudo observar que en el periodo 2018 las intervenciones quirúrgicas por hernia fueron realizadas en su mayoría a personas de sexo masculino y el porcentaje mayor fue a personas de entre 18 y 29 años.

En cuanto al tipo de hernia en mayor porcentaje de operación fue el de hernia inguinal unilateral el cual representó el 50,46% del total de operados por hernia en el periodo 2018 en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central, La hernioplastia inguinal constituye una intervención quirúrgica de elevada frecuencia a nivel mundial, que busca reducir la posibilidad de complicaciones del contenido herniario (atascamiento, estrangulación, perforación de asas, entre otros), que obliguen a intervenciones de urgencia asociadas a una mayor morbimortalidad. La peculiaridad del caso aquí descrito y de ahí nuestro interés por reportarlo reside en que el tipo de hernia inguinal (directa, indirecta o con recidivas), según lo referido por Hair et al., está asociado al sexo. Los pacientes portadores de hernia inguinal indirecta por lo general pertenecen al sexo masculino⁽³⁾.

En segundo lugar, se encontraron los operados por hernia umbilical con un 40% de operados, y según Arroyola hernia umbilical (HU) es una afección frecuente en el adulto que se ha estudiado con menos frecuencia en comparación con otros defectos herniarios⁽⁴⁾. Las escasas publicaciones del tratamiento de la HU con la técnica laparoscópica también muestran un bajo porcentaje de recidivas en comparación con otras técnicas⁽⁵⁾.

El 14% de los operados se distribuye entre operados por: *hernia epigástrica*, que se presentan entre el 3-5 % de la población, son más frecuentes en varones y aparecen con mayor frecuencia entre los 20-50 años. Un 20% de las hernias epigástricas son múltiples. Los defectos pueden variar en tamaño pudiendo tener milímetros hasta varios centímetros. Las hernias más pequeñas habitualmente contienen grasa preperitoneal, según el Instituto Quirúrgico Porrero de Madrid – España⁽⁶⁾; la *hernia inguinal bilateral* donde el tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal bilateral puede ser una eficaz alternativa a la cirugía

abierta sintensión, ya que puede realizarse con seguridad y eficacia, reduciendo el tiempo quirúrgico, el dolor postoperatorio y la morbilidad de la herida⁽⁷⁾. y finalmente la *hernia crural* que se produce por un defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson, en uno de los puntos débiles del orificio musculopectíneo, no cubierto por estructuras musculares, tendinosas o aponeuróticas, exteriorizándose el saco herniario en la región femoral⁽⁸⁾.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas que fueron empleadas se encuentra la técnica LICHTENSTEIN en 60 pacientes equivalente al 100% de los portadores de hernia inguinal pues pesar de las modificaciones, la técnica original de Lichtenstein continúa teniendo preferencia en la actualidad sobre la técnica del Perfix Plug, tanto en cirujanos de la Unión Europea como en los EUA, principalmente por las complicaciones que ocasionalmente se han encontrado con la técnica del taponamiento de malla (plug)⁽⁹⁾.

Se puede concluir que concluir que la hernia inguinal es una patología frecuente que se observa con más frecuencia en hombres, y hubo solo Un paciente de sexo masculino de 73 años de edad que tuvo una complicación como una infección del sitio quirúrgico representando el cual el 0,93% del total de la muestra en esta investigación. La asistencia médica, en sentido general, ha tenido un desarrollo vertiginoso en el contexto de los grandes progresos científico-técnicos y son significativos los avances en medidas de control y tratamiento de las infecciones, los cuales han contribuido significativamente a reducir la letalidad de muchas enfermedades. Mención especial merecen los avances que se han obtenido en la atención al enfermo grave. No obstante, no se ha podido resolver un problema de muy vieja data: la infección intrahospitalaria (IIH)⁽¹⁰⁾.

Desde hace ya algunos años se conocía el riesgo que tenían los enfermos, al entrar en un hospital, de contagiarse unos a los otros, e incluso de contagiar a quienes los atendían. Sin embargo, no fue hasta 1980 que la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció a la IIH como una entidad clínica con todas las características de una enfermedad muy bien definida⁽¹¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harmon JW, Wolfgang CL. Hernias of the groin and abdominal wall. In NH Fiebach et al., eds., Principles of Ambulatory Medicine, 7th ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2007; 1673-81.
2. Skandalakis JE, Gray SW, Mansberger AR et al. Hernias. Anatomía y técnicas quirúrgicas. Edit. Interamericana. 1992; 24 – 98.
3. Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter J, O'Dwyer PJ. What effect does the duration of an inguinal hernia have on patient symptoms? J Am Coll Surg. 2001; 193:125-9.
4. Arroyo A P, García F, Perez J, Andreu F, Candela R. Calpena randomized clinical trial comparing suture and mesh repair of umbilical hernia in adults Br J Surg 2001; 88: 1321-3.
5. H. Lau, N.G. Patil Umbilical hernia in adults Surg Endosc., 17 (2003), pp. 21016-21020 Google Scholar 12.
6. K. Ho J, Spence MF. Murphy Review of pain-measurement tools Ann Emerg Med 1996; 27: 427-32.
7. Instituto Quirúrgico Porrero. Cirugía de Pared Abdominal. 2016. Disponible en: <https://institutoquirurgicoporrero.com/index.php/hernia-epigastrica>
8. Sánchez Estella R. Hernia femoral o crural. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. Cirugía de la pared abdominal. Madrid: Arán. 2002.
9. Amid PK. Complications of prosthetic hernia repair. Cir Gen 1998; 20 (supl 1): 49-52.
10. Martínez AF, González VJ, Sáez CG. Infección hospitalaria: un viejo problema, un problema actual 2007; 36(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0138-65572007000200008&caller=scielo.sld.cu&lang=pt>
11. Baena I. Infección de la herida quirúrgica. Rev Colomb Cir. 1998; 13(2):79-82.

Prevalencia del cáncer de colon y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2017- diciembre 2018

Prevalence of colon cancer and its surgical treatment in a high-complexity hospital from January 2017 to December 2018

Arnaldo Montiel Roa*, Esteban Mendoza**, Antonella Dragotto Galván***, Miryan Idalina Diaz Benítez****, Jessica Pamela Portillo Sosa*****

Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Introducción: El cáncer colorrectal es la neoplasia maligna más común del tubo digestivo. Más del 95% corresponde a adenocarcinoma. La incidencia es similar en varones y mujeres. Predomina el adenocarcinoma de colon derecho sobre el izquierdo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del cáncer de colon de acuerdo a su localización y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2018. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 264 fichas operatorias. Se determinó la edad y sexo, el tipo histológico y proceder quirúrgico. **Resultados:** De los 264 pacientes de la muestra, 127 pacientes fueron operados de tumores de colon derecho correspondiendo al 51,89 %, 96 pacientes de tumores de colon izquierdo (36,36%), 23 pacientes de tumores del colon transverso (8,71%) y 18 pacientes de tumores de la unión rectosigmoidea, correspondiendo al 18 %. El rango de edad encontrado más frecuente fue de 61 a 70 años. **Conclusión:** El cáncer de colon fue encontrado más frecuentemente en el sexo masculino en un 51,13%. El rango etario predominante fue el de 61 a 70 años. El adenocarcinoma grado I a II fue el más frecuente. El proceder quirúrgico varía de acuerdo a la localización, de la urgencia quirúrgica y de la morbilidad del paciente.

Palabras clave: neoplasias del colon, neoplasias por localización, adenocarcinoma.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is the most common malignant neoplasm of the digestive tract. More than 95% corresponds to adenocarcinoma. The incidence is similar in men and women. Adenocarcinoma of the right colon predominates over the left. **Objective:** Determining the prevalence of colon cancer according to its location and surgical treatment in the general surgery service of the Paraguayan Social Prevision Institute IPS, central hospital from January 2017 to December 2018.

Material and methods: Descriptive and retrospective study by review of 264 surgical files. Age, sex, histological type and surgical procedure were determined. **Results:** Of the 264 sample patients, 127 underwent surgery for tumors of the right colon (51.89%), 96 patients with tumors of the left colon (36.36%), 23 patients with tumors of the transverse colon (8.71%), and 18 patients with tumors of the rectosigmoid junction, corresponding to (18%). The most frequent age range observed was 61 to 70 years. **Conclusion:** Colon cancer was found more frequently in males by 51.13%. The predominant age range was 61 to 70 years. Adenocarcinoma grade I to II was the most frequent. The surgical procedures varied according to the location, the surgical emergency and the patient's morbidity.

Key words: neoplasms of the colon, neoplasms by location, adenocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es la neoplasia maligna más común del tubo digestivo⁽¹⁾. Si bien existe una variedad de estirpes histopatológicas (linfoma, carcinoide, neoplasias secundarias), más del 95% corresponde a adenocarcinoma⁽²⁾. La incidencia es similar en varones y mujeres, y ha permanecido bastante constante en los últimos 20 años⁽¹⁾.

En cuanto a la ubicación, predomina el adenocarcinoma de colon derecho sobre el izquierdo. Es actualmente un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo⁽³⁾.

Aproximadamente el 80 % de los casos son esporádicos, pero el 20 % tiene una influencia genética, con mayor riesgo familiar, por lo que es necesario un mayor seguimiento y control.

* Jefe del servicio de Cirugía General. Teléfono: 0981425141

** Medico de planta del servicio de Cirugía General. Teléfono: 0971329050


*** Residente del 3er año del servicio de Cirugía General

**** Residente del 3er año del servicio de Cirugía General. Email: diazmiryan93@gmail.com - teléfono: 0991-533-791

***** Residente del 3er año del servicio de Cirugía General. Email: jesspamportillo@hotmail.com - teléfono: 0986713336.

Recibido 16 julio de 2019 - Aceptado 25 julio de 2019

Autor correspondiente: Antonella Dragotto Galvan, Ingeniero Fernández 385, tel.: 0981222084. Email: antodragotto@gmail.com.

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

La edad es un factor de riesgo fundamental, con un incremento brusco de la incidencia a partir de los 50 años. El aumento de la incidencia depende de las dietas ricas en grasas y de carnes rojas, la obesidad, el tabaquismo, el consumo elevado de alcohol, así como la diabetes asociada a la obesidad⁽³⁾.

Se sabe que existen grupos con riesgo elevado de padecer esta neoplasia, entre los que figuran los pacientes con adenomas colorrectales, afecciones inflamatorias crónicas del intestino y poliposis familiar, así como los que tienen antecedentes familiares de cáncer digestivo o en otras localizaciones, y padecen enfermedades que evolucionan con inmunodeficiencias⁽⁴⁾.

A pesar que el cáncer de colon y recto a nivel mundial es una de las neoplasias más mortales, se puede tratar exitosamente cuando se diagnostica en sus etapas tempranas⁽⁵⁾.

En este estudio se propone caracterizar a los pacientes atendidos bajo el diagnóstico de tumores de colon del Servicio de Cirugía General del Hospital Central del IPS en los que fueron intervenidos quirúrgicamente e identificar la frecuencia, la prevalencia en sexo, edad y anatomía patológica predominante.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia del cáncer de colon de acuerdo a su localización y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2018. Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes en los que el diagnóstico final post quirúrgico y anatomopatológico fueron tumores de recto y los casos en los que no se procesaron la muestra para anatomía patológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 264 fichas operatorias de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del hospital central del IPS y como cirugía programada, quienes fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico final de tumor de colon derecho, tumor de colon izquierdo, tumor de colon transversal y tumor de la unión rectosigmoidea, durante el periodo comprendido entre enero de 2017 y diciembre del 2018. Se contemplaron las variables sociobiológicas: edad y sexo. Además, se determinó el tipo histológico y proceder quirúrgico. Fueron excluidos de la muestra aquellos pacientes en los que el diagnóstico final post quirúrgico fueron tumores de recto y los casos en los que no se procesaron la muestra para anatomía patológica.

Una vez recogida la información, se confeccionó una base de datos que se procesó mediante una hoja de cálculo de MS Excel. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

De los 264 pacientes de la muestra, 127 pacientes fueron operados de tumores de colon derecho correspondiendo al 51,89 %, 96 pacientes de tumores de colon izquierdo (36,36%), 23 pacientes de tumores del colon transversal (8,71%) y finalmente 18 pacientes de tumores de la unión rectosigmoidea, correspondiendo al 18 % de la muestra.

Las edades de los pacientes operados de tumores de colon derecho estuvieron comprendidas entre 17 y 93 años. El 60,69 % de los pacientes comprendían entre los 61 a 70 años de edad.

Los tumores de colon derecho tuvieron predominio en el sexo femenino con 68 pacientes (53,54 %), sobre el sexo masculino con 59 pacientes (46,46 %).

En relación con la estirpe histológica, el adenocarcinoma fue el más frecuente en un 78,74 % de la muestra. Se vio una frecuencia elevada en adenocarcinoma grado I.II de colon ascendente en un 70 %, mientras que el adenocarcinoma de colon ascendente grado III.IV se vio en un 30 %. Los restantes estirpes histológicas encontrados correspondían al 21,26 % de la muestra, los cuales se citan en la siguiente tabla.

Los tumores benignos como adenomas tubulovillosos con displasia de alto grado predominaron en un 3,93 %, la tuberculosis intestinal en un 0,78 %, el carcinoma escamoso grado II en un 0,78 %, el tumor de GIST de alto riesgo en un 0,78 %, el tumor neuroendocrino de la válvula ileocecal en un 0,78 %, el síndrome de poliposis juvenil en un 0,78 %, las metástasis de melanoma se vieron en un 1,57 % y de linfoma en un 0,78 % y la enfermedad diverticular en un 0,78%. No se constató proceso neoplásico en 11,02 % de la muestra.

Entre los 7 tipos de procedimientos quirúrgicos realizados para el tratamiento de tumores de colon derecho, constituyó el más frecuente la colectomía derecha con restitución del tránsito intestinal mediante anastomosis ileotransversal en 99 pacientes (77,05 %), de estos pacientes 92 (92,92 %) fueron operados por la vía convencional y 7 (7,07 %) por videolaparoscopia. La colectomía derecha más ileostomía terminal se empleó en 15 pacientes, correspondiendo al 11,81 % de la muestra. La colectomía total más anastomosis ileorectal en 4 pacientes (3,14 %), la colectomía total más ileostomía terminal en 3 pacientes correspondiendo al 2,36 % de la muestra, ileostomía en asa en 4 pacientes (3,14 %) y en toma de biopsia de la tumoración sin poder realizar otros procedimientos en un paciente, correspondiendo al 0,78 % de la muestra.

Las edades de los pacientes operados de tumores de colon izquierdo estuvieron comprendidas entre 17 y 93 años. El 28,12 % de los pacientes comprendían entre los 61 a 70 años de edad, siendo este el rango etario predominante.

Los tumores de colon izquierdo tuvieron predominio en el sexo masculino con 55 pacientes (57,29 %), sobre el sexo femenino con 41 pacientes (42,70 %).

En relación con la estirpe histológica, el adenocarcinoma fue el más frecuente en un 69,79 % de la muestra, 67 pacientes. Se vio una frecuencia elevada en adenocarcinoma grado I.II de colon ascendente en un 89,55 %, mientras que el adenocarcinoma de colon ascendente grado III.IV se vio en un 10,45 %. Los restantes estirpes histológicas encontrados correspondían al 30,21 % de la muestra. La enfermedad diverticular se constató en 10 pacientes, representando al 10,41 % y no se constató proceso neoplásico en 12 pacientes, representando al 12,05 % de la muestra.

La conducta quirúrgica más empleada en tumores de colon izquierdo, fue la cirugía de Hartmann en un 31,25 %, correspondiendo a 30 pacientes. La estadística incluye en su mayoría a cirugías de urgencias debido a tumores estenosantes causando cuadros de oclusión intestinal y escasas cirugías programadas en las que el tumor resultó ser irreseccable. Le sigue en orden la sigmoidectomía más anastomosis colocolónica o colorrectal por vía convencional, cirugía de preferencia para las cirugías programadas, en un 29,16 % (28 pacientes), asimismo por videolaparoscopia se realizó en un paciente de la muestra, correspon-

diendo al 1,04 % de la muestra. Luego la colectomía izquierda ampliada con anastomosis colorrectal en un 15,62 % (15 pacientes), la colectomía izquierda ampliada más colostomía terminal en 2 pacientes (2,083) y la colectomía total más ileostomía terminal en un 7,29 % (7 pacientes). La misma frecuencia fue encontrada en la sigmoidectomía más colostomía terminal y en casos de colostomía en asa en un 3,12 %. La sigmoidectomía más colostomía terminal y abdomen abierto, resultó ser el proceder quirúrgico en 2 pacientes en quienes se encontró perforación de la tumoración causando una peritonitis fecal (2,083). La resección anterior ultrabaja más ileostomía terminal, la colectomía total con anastomosis ileorectal, la proctocolectomía total más anastomosis ileoanal, la toma de biopsia única de la tumoración y solamente la apendicectomía retrograda se vio respectivamente en un paciente, correspondiendo cada una al 1,041 %.

En lo que respecta a los tumores del colon transversal, los pacientes se encontraban entre los 30 a 93 años de edad. El 30,43 % de los pacientes comprendían entre los 61 a 70 años de edad, siendo este el rango etario predominante. El sexo masculino predominó sobre el femenino en un 56,52 %.

En relación con la estirpe histológica, el adenocarcinoma fue el más frecuente en un 91,30 % de la muestra, 21 pacientes. Se vio una frecuencia elevada en adenocarcinoma grado I.II de colon ascendente en un 57,14 %, mientras que el adenocarcinoma de colon ascendente grado III.IV se vio en un 42,85 %. Las restantes estirpes histológicas encontradas correspondían al 8,70 % de la muestra. El carcinoma neuroendócrino fue encontrado en un paciente, correspondiendo al 4,34 %, como también la metástasis de melanoma en 1 paciente.

La conducta quirúrgica más empleada en tumores del colon transversal fue la colectomía derecha ampliada con restitución del tránsito intestinal mediante anastomosis ileotransversa, en 8 pacientes, correspondiendo al 34,78 %, le sigue en frecuencia la colectomía derecha ampliada más ileostomía terminal en 17,39 %, 4 pacientes. La transectomía más anastomosis colocolónica se realizó en 3 pacientes (13,04 %) e ileostomía en asa en 2 pacientes (8,69 %). La colectomía derecha ampliada con fistula mucosa e ileostomía, la colectomía derecha ampliada más colectomía transversal con anastomosis ileosigmoidea, la derivación interna ileosigmoidea, la transectomía más colostomía terminal, la colectomía total más anastomosis ileorectal por videolaparoscopia y finalmente la toma de biopsia se realizaron en 1 paciente respectivamente, correspondiendo cada uno al 4,34 % de la muestra.

Por último, se estudiaron los casos de tumores de la unión rectosigmoidea, la edad mínima encontrada fue de 45 años, la máxima fue de 86 años. El 38,88 % de los pacientes comprendían entre los 71 a 80 años de edad, siendo este el rango etario predominante. El sexo femenino predominó sobre el masculino en un 55,55 %.

En relación con la estirpe histológica, el adenocarcinoma fue el más frecuente en un 55,55 % de la muestra, 10 pacientes. Se vio una frecuencia elevada en adenocarcinoma grado I.II de colon ascendente en un 80 %, mientras que el adenocarcinoma de colon ascendente grado III.IV se vio en un 20 %. Las restantes estirpes histológicas encontradas correspondían al 44,45 % de la muestra. La enfermedad diverticular fue encontrada en 7 pacientes, correspondiendo al 38,88 % y no se constató proceso

Tabla 1: Rango etario de cáncer de colon según localización.

COLON DERECHO:	61 A 70
COLON IZQUIERDO:	61 A 70
COLON TRANSVERSO:	61 A 70
UNION RECTOSIGMOIDEA:	71 A 80 años

Tabla 2: Proceder quirúrgico del cáncer de colon mayormente empleado según localización

COLON DERECHO:	Colectomía derecha con restitución del tránsito intestinal mediante anastomosis ileotransversa.	77,05 %
COLON IZQUIERDO:	Cirugía de Hartmann	31,25 %
COLON TRANSVERSO:	Colectomía derecha ampliada con restitución del tránsito intestinal mediante anastomosis ileotransversa	34,78 %
UNIÓN RECTOSIGMOIDEA:	Cirugía de Hartmann	50 %

neoplásico en un paciente correspondiendo al 5,55 %.

El proceder quirúrgico más empleado para los tumores de la unión rectosigmoidea fue la cirugía de Hartmann, correspondiendo al 50 % de los casos (9 pacientes), preponderando los casos de la urgencia. La rectosigmoidectomía con anastomosis colorrectal se realizó en 3 pacientes (16,66 %), la resección anterior ultrabaja más anastomosis colorrectal en 2 pacientes (11,11 %), la colostomía en asa con la misma frecuencia 11,11 % y por último la colectomía total más anastomosis ileorectal y la proctosigmoidectomía más colostomía terminal en 1 paciente respectivamente (5,55 %).

DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal constituye una de las neoplasias más diagnosticadas en los países occidentales⁽⁶⁾. Se estima que en todo el mundo se diagnostican más de un millón de personas por año con esta patología y alrededor de 608 mil mueren debido a él⁽⁷⁾.

En este trabajo se demuestra que de los 264 pacientes de la muestra, 127 pacientes fueron operados de tumores de colon derecho correspondiendo al 51,89 %, 96 pacientes de tumores de colon izquierdo (36,36 %), 23 pacientes de tumores del colon transversal (8,71 %) y finalmente 18 pacientes de tumores de la unión rectosigmoidea, correspondiendo al 18 %.

En Latinoamérica ocupa el cuarto lugar entre los cánceres más frecuentemente diagnosticados entre los hombres y el tercer lugar entre las mujeres⁽⁷⁾. Los hombres presentan una mayor tendencia a presentar pólipos adenomatosos y cáncer colorectal que las mujeres, aunque la diferencia entre ambos sexos es escasa⁽⁸⁾. Esta literatura concuerda con lo encontrado en nuestro trabajo, siendo más frecuente el cáncer de colon en el sexo masculino en un 51,13 %.

En este trabajo, se encontró predominio en el sexo femenino en tumores de colon derecho (53,54 %) y para el sexo masculino en tumores de colon izquierdo (57,29 %). En lo que respecta a tumores del colon transversal el sexo masculino predominó

sobre el femenino en un 56,52 % y en los tumores de la unión rectosigmoidea el sexo femenino predominó sobre el masculino en un 55,55 %.

Es un tumor de la edad media, bastante raro por debajo de los 40 años, alcanza su pico de incidencia sobre los 80 años y la edad media en la que se diagnostica se encuentra alrededor de los 60 años⁽⁹⁾. En nuestro trabajo el rango de edad encontrado más frecuente para el cáncer de colon fue de 61 a 70 años, no concordando con la literatura mundial; y siendo el tumor de la unión rectosigmoidea la diferencia, encontrado más frecuentemente entre los 71 a 80 años de edad.

Desde el punto de vista histológico, la Organización Mundial de la Salud considera las siguientes variantes histológicas para carcinomas de colon y recto: adenocarcinoma, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma de células en anillo de sello, carcinoma de células pequeñas, carcinoma medular, carcinoma indiferenciado y carcinoma neuroendocrino; siendo más frecuente el adenocarcinoma y clasificándose estos a su vez de acuerdo al grado de diferenciación en tumores bien, moderado o poco diferenciados⁽¹⁰⁾.

En este estudio, el adenocarcinoma grado I-II fue el más frecuentemente encontrado en todas las localizaciones, concordando con la literatura mundial. Hallazgo que presentó mejor pronóstico a largo plazo para los pacientes.

El proceder quirúrgico dependió siempre de si la cirugía efectuada fuese una urgencia o no y de acuerdo a las comorbilidades del paciente.

CONCLUSIONES

El cáncer de colon fue encontrado más frecuentemente en el sexo masculino que en el sexo femenino en un 51,13%.

El rango etario en el que predominó fue el de 61 a 70 años, siendo la diferencia el encontrado en tumores de la unión rectosigmoidea, este es más frecuente entre los 71 a 80 años.

El adenocarcinoma grado I a II fue el más frecuente en todas las localizaciones, con mejor pronóstico a largo plazo para los pacientes.

El proceder quirúrgico varía de acuerdo a la localización del tumor, de la urgencia quirúrgica y de la morbilidad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bullard Dunn K M, Rothenberger D A. Colon, recto y ano. En: Ledezma Llaca P, Fraga JdeL, García Carbajal NL, et al, editores. Schwartz, principios de cirugía. 10ma edición, Mc Graw-Hill, México, D. F. 2015. p. 1203-4.
2. Montes de Oca Megías E, Soler Porro LL, Noa Pedroso G, Agüero Betancourt Cde M, González Gutiérrez JL, Barreto Suárez E et al. Comportamiento del cáncer colorrectal esporádico en un hospital provincial. *Revista Cubana de Medicina* 2012; 51(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000400004
3. Waisberg DR, Fava AS, Martins LC, Matos LL, Franco MI, Waisberg J. Colonic carcinoid tumors: a clinicopathologic study of 23 patients from a single institution. *Arq Gastroenterol.* 2009; 46 (4): 288-93.
4. Menéndez P, Villarejo P, Padilla D, Menéndez JM, Rodríguez JA. Epigenética y cáncer colorrectal. *Cir Esp.* 2012; 90(5): 277-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000600013
5. American Cancer Society. (sitio web en internet) Datos y Estadísticas sobre el cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: American Cancer Society, Inc; 2012. (Actualizada: citado 27 de mayo del 2019). Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/groups/content/@epidemiology-surveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>.
6. Machicado Zuñiga E, Giraldo Casas RC, Fernández KFE, Geng Cahuayme AAA, García Dumler D, Fernández Concha Llona I. Localización y clínica asociada al cáncer del colon. *Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009 – 2013, Horiz Med* 2015; 15 (2): 49-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n2/a08v15n2.pdf>
7. Torres-Román Junior S, Toro-Huamanchumo C J, Grados-Sánchez O. Cáncer colorrectal en Latinoamérica: una enfermedad que necesitamos recordar. *Rev. gastroenterol. Perú,* 2015; 35(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000400013
8. Merino B, Rodríguez M, editor. Tumores malignos del intestino grueso. In: Hernández D, editor: *Manual CTO de Medicina y Cirugía: Digestivo y cirugía general.* 8va ed. España: CTO Editorial; 2011, 128-33.
9. Villafañá Castillo O, Piñero González M. Morbilidad por cáncer de colon y recto, *Revista Archivo Médico de Camagüey,* 2010; 6(1). Acceso: 23.05.19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552002000100003
10. Tapia O, Roa JC, Manterola C, Enrique Bellolio E. Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos, *International Journal of Morphology,* 2010; 28(2). Acceso: 26.05.19. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022010000200010.

Hemorragia en el posoperatorio inmediato a tiroidectomía entre el 2016 y el 2018

Bleeding after thyroidectomy in immediate postoperative period between 2016 and 2018

Leyda Domínguez*, Fátima El Haj*, Cecilia González*, Lourdes Scholz*, José Franco*, Evelio Legal**

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica – Sala X. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuencia de aparición de hemorragia post-tiroidectomía en el servicio de cirugía general de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica – Sala X – FCM – UNA. **Pacientes y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo que incluyó pacientes que fueron sometidos a tiroidectomía en la Sala X del Hospital de Clínicas entre Enero de 2016 y Diciembre de 2018. **Resultados:** 124 pacientes estudiados, presentaron hemorragia en el post-operatorio inmediato 7 (5,64%). La distribución por sexo fue de 109 (87,9%) mujeres y 15 (12,1%) hombres entre 20 y 76 años (promedio 45,15 años). Fueron diagnosticados: 18 (14,5%) Cáncer papilar tiroideo; 1 (0,8%) bocio difuso; 10 (8,06%) bocio uninodular; 77 (62,09%) bocio multinodular; 9 (7,26%) bocio difuso tóxico; 1 (0,8%) tirotoxicosis facticia; 1 (0,8%) crisis tirotóxica; 2 (1,61%) tirotoxicosis inespecífica; 2 (1,61%) tiroiditis de Hashimoto; 3 (2,4%) anomalía congénita. De los pacientes que presentaron hemorragia, 5 fueron posterior a tiroidectomía total (TT) y 2 posterior a tiroidectomía subtotal (TST). **Conclusión:** El porcentaje de pacientes sometidos a tiroidectomía que presentaron hemorragia en el posoperatorio inmediato es mayor que lo que literatura internacional presenta, lo cual puede ser causado aún escaso uso de equipos de hemostasia avanzada los cuales ayudan a disminuir este tipo de complicaciones.

Palabras clave: Hemorragia, tiroidectomía, cirugía.

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency of post-thyroidectomy bleeding in general surgery department (Sala X – Clínicas Hospital – FCM – UNA). **Patients and Methods:** Observational, retrospective study that included patients who underwent thyroidectomy Sala X General Surgery Department of the Clínicas Hospital between January 2016 and December 2018. **Results:** 124 patients studied, bleeding was found in 7 patient immediately after surgery (5.64%), 109 women (87.9%) and 15 men (12.1%) between 20 and 76 years (average 45.15 years). Pathology report: 18 (14.5%) Papillary thyroid cancer; 1 (0.8%) diffuse goiter; 10 (8.06%) nodular goiter; 77 (62.09%) multinodular goiter; 9 (7.26%) toxic diffuse goiter; 1 (0.8%) factitious thyrotoxicosis; 1 (0.8%) thyrotoxicosis; 2 (1.61%) nonspecific thyrotoxicosis; 2 (1.61%) Hashimoto's thyroiditis; 3 (2.4%) congenital anomaly, 5 of the patients that had bleeding

after surgery underwent a total thyroidectomy (TT) and 2 after subtotal thyroidectomy (STT). **Conclusion:** The number of patients undergoing thyroidectomy who presented bleeding immediately after surgery is higher than international papers presents, which may be the cause of the limited use of advanced hemostasis equipment which helps to control this kind of complications.

Keywords: Thyroidectomy, bleeding, surgery.

INTRODUCCIÓN

Cada vez se realiza la tiroidectomía con más frecuencia en hospitales de segundo nivel, y se efectúa por cirujanos generales que día a día cuentan con mayor experiencia en tiroidectomías. La cirugía de tiroides continúa siendo un gran reto para los cirujanos, debido a las complicaciones postoperatorias transitorias, definitivas, leves y severas que se presentan⁽¹⁾.

Una de las complicaciones más temidas de la tiroidectomía es la hemorragia masiva en el lecho operatorio, que puede llevar a un hematoma significativo, que una vez establecido comprime la vía aérea superior en diferentes grados pudiendo, eventualmente, provocar la muerte del enfermo por asfixia⁽²⁾. Se manifiesta por disnea, dolor, sensación de opresión cervical, disfagia, disfonía, estridor y por signos como aumento de volumen cervical, alto débito del drenaje y salida de sangre por la línea de sutura⁽³⁾.

La tiroidectomía se ha realizado durante décadas con una delicada técnica quirúrgica que involucra una rigurosa hemostasia, la que hasta hace poco tiempo se realizaba sólo con ligaduras. De esta forma, la incidencia aceptada de complicaciones hemorrágicas es de 0,3 a 1 % en distintas series⁽⁴⁾.

La hemorragia post-tiroidectomía es una complicación no muy frecuente pero de suma importancia debido a que puede amenazar la vida del paciente. El objetivo propuesto de esta in-

* Estudiante universitario

** Cirujano. Instructor de Cirugía

Autor correspondiente: Evelio Legal. Email: eveliolegal@gmail.com

Recibido 16 julio de 2019 - Aceptado 26 julio de 2019


 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Tabla 1: Sexo

Sexo	Pacientes	%
Femenino	109	87,90
Masculino	15	12,10
Total	124	100,00

Tabla 2: Patologías

Patología	Pacientes	%	Sangrado
Cáncer papilar tiroideo	18	14,52	1
Bocio difuso	1	0,81	0
Bocio uninodular	10	8,06	0
Bocio multinodular	77	62,10	5
Bocio difuso toxico	9	7,26	1
Tirotoxicosis facticia	1	0,81	0
Crisis tirotoxicas	1	0,81	0
Tirotoxicosis inespecifica	2	1,61	0
Tiroiditis de Hashimoto	2	1,61	0
Anomalia congénita	3	2,42	0
Total	124	100	7

investigación es determinar la cantidad de pacientes que sufrieron una hemorragia posterior a una tiroidectomía.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó pacientes que fueron sometidos a tiroidectomía en la Sala X del Hospital de Clínicas entre Enero de 2016 y Diciembre de 2018.

RESULTADOS

Fueron 124 pacientes estudiados, 109 (87,9 %) mujeres y 15 (12,1 %) hombres entre 20 y 76 años (promedio 45,15 años). (Tabla 1).

Fueron diagnosticados: 18 (14,5 %) Cáncer papilar tiroideo; 1 (0,8 %) bocio difuso; 10 (8,06 %) bocio uninodular; 77 (62,09 %) bocio multinodular; 9 (7,26 %) bocio difuso tóxico; 1 (0,8 %) tirotoxicosis facticia; 1 (0,8 %) crisis tirotóxica; 2 (1,61 %) tirotoxicosis inespecifica; 2 (1,61 %) tiroiditis de Hashimoto; 3 (2,4 %) anomalía congénita (Tabla 2).

Los pacientes que presentaron hemorragia en el post-operatorio fueron 7 (5,64 %) (Tabla 3).

De los pacientes que presentaron hemorragia, 5 fueron posterior a tiroidectomía total (TT) y 2 posterior a tiroidectomía subtotal (TST) (Tabla 4).

Tabla 3: Hemorragia

Sangrado	Número de casos	%
Si	7	5,645
No	117	94,355
Total	124	100

Tabla 4: Diagnóstico en pacientes que presentaron hemorragia PO

	Operación
Cancer papilar tiroideo	TT
Bocio multinodular	TST
Bocio multinodular	TT
Bocio multinodular	TT
Bocio multinodular	TST
Bocio multinodular	TT
Bocio difuso toxico	TT

PO: posoperatorio
TT: tiroidectomía total
TST: tiroidectomía subtotal

DISCUSIÓN

Existen diversos factores que pueden condicionar las complicaciones en la cirugía tiroidea, relacionados con la localización del órgano y sus relaciones anatómicas, éstas son raras cuando el cirujano conoce a fondo todos los aspectos de su fisiología y patología y se halla bien familiarizado con la anatomía del cuello⁽⁵⁾.

La hemorragia post-tiroidectomía cuya incidencia varía entre un 0,4-4,3 %, es una complicación severa que puede ocasionar la muerte en un corto lapso de tiempo⁽⁶⁻⁷⁾, en nuestro estudio se pudo observar que desde el 2016 al 2018 de los 124 pacientes que fueron sometidos a cirugía por cuadros de patología tiroidea, el 5,64 % presentaron hemorragia en el post-operatorio, cifra mayor que la literatura regional e internacional⁽⁸⁾.

El mayor porcentaje de pacientes corresponde al sexo femenino 87,9 % concordando con otros estudios⁽⁹⁾, en una relación de 3 a 1 a favor del sexo femenino⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

CONCLUSIÓN

El porcentaje de pacientes sometidos a tiroidectomía que presentaron hemorragia en el posoperatorio inmediato es mayor que lo que literatura internacional presenta, lo cual puede ser causa del aún escaso uso de equipos de hemostasia avanzada los cuales ayudan a controlar.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Bello A, Rivera Real P, Reyes García Ma. A. Morbilidad posquirúrgica en pacientes sometidos a tiroidectomía en el hospital general de Acapulco. Tres años de experiencia. Cirujano General 2014; 36(2).
- Pérez P JA, Urrutia Sch V, Silva C P, Murúa A A. Uso selectivo de drenajes en tiroidectomías. Rev Chil Cir 2009; 61(6).
- Pérez P, JA, Venturelli M F. Complicaciones de la cirugía tiroidea. Cuad. Cir. 2007; 21: 84-91.
- Gac E P, Cabané T P, Amat V J, Rodríguez M F, Cardemil R F, Parada C F, et al. Tiroidectomía sin ligaduras: evaluando Ligasure Precise®. Rev. Chilena de Cirugía 2008; 60(2): 127-31.
- Sancho Fornosa S, Vaqué Urbaneja J, Ponce Marcoa JL, Palasí Giménez R, Herrera Vela C. Complicaciones de la cirugía tiroidea. Elsevier 2001; 69: 3.
- Hernández A C, Bergeret V JB, Hernández V M. Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. Revista Cuad. Cir 2007; 21: 92-98.
- Campbell MJ, McCoy KL, Shen WT, Carty SE, Lubitz CC, Moalem J, et al. Factores de riesgo para el hematoma después de la tiroidectomía. Intra Med. 2013.
- Vélez Rodríguez MA. Complicaciones en las tiroidectomías en el servicio de cirugía general del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero-Diciembre 2015. UEES, 2017.
- Hernández Pineda M. Complicaciones de la cirugía tiroidea en pacientes operados en el Hospital General del ISSS. El Salvador: Universidad de El Salvador. 2014
- Jordán Alvarez JS. Complicaciones post-quirúrgicas en pacientes de 25 a 50 años tiroidectomizados por cáncer de tiroides del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón desde febrero del 2016 a enero 2017. UEEG. 2017
- Martínez Bello A, Rivera Real P, Reyes García Ma. A. Morbilidad posquirúrgica en pacientes sometidos a tiroidectomía en el hospital general de Acapulco. Tres años de experiencia. Cir. gen 2014; 36(2): 91-95.

Prevalencia de las complicaciones del divertículo de Meckel y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad en el periodo 2018-2019

Prevalence of complications of Meckel's diverticulum and its surgical treatment in a hospital of high complexity in the 2018-2019 period

Miryan Idalina Díaz Benítez*, Esteban Daniel Mendoza Galván**

Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Paraguay

RESUMEN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto digestivo y se encuentra en el 2% de la población. En su evolución, aproximadamente el 4% de los pacientes desarrollan síntomas durante toda la vida debido a complicaciones como sangrado, obstrucción, diverticulitis o perforación.

Palabras clave: divertículo de Meckel, divertículo perforado, complicaciones.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the digestive tract and is found in 2% of the population. In its evolution, approximately 4% of patients develop symptoms throughout their lives due to complications such as bleeding, obstruction, diverticulitis or perforation.

Keywords: Meckel's diverticulum, perforated diverticulum, complications.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto digestivo y se encuentra en el 2% de la población. En su evolución, aproximadamente el 4% de los pacientes desarrollan síntomas durante toda la vida debido a complicaciones como sangrado, obstrucción, diverticulitis o perforación. La muestra más grande relaciona las complicaciones de los divertículos, ya que la identificación preoperatoria de esta anomalía no es frecuente en el intestino⁽¹⁾.

En adultos, la tasa de complicaciones es aproximadamente del 4% para pacientes menores de 20 años, 2% para pacientes menores de 40 años y casi 0% para pacientes mayores de 40 años⁽²⁾.

Una regla mnemotécnica útil, aunque general, que describe los divertículos de Meckel es la regla de dos: 2% de prevalencia, predominancia masculina 2:1, localización a 2 pies (60cms) proximales a la válvula ileocecal en adultos⁽³⁾.

El divertículo de Meckel es un divertículo verdadero, pues contiene todas las capas de la pared intestinal. Constituido por sus capas y debido a una persistencia embriológica del extremo proximal del conducto onfalomesentérico, el cual forma una bolsa a manera de tubo que se extiende hasta la región umbilical⁽⁴⁾.

Se describe que aproximadamente el 60% de los DM tiene mucosa heterotópica, y de esta cantidad más del 60% consiste en mucosa gástrica. La mayor parte de estos divertículos es completamente benigna⁽⁵⁾.

Las molestias se deben a hemorragia, inflamación (que origina un complejo sintomático que no suele distinguirse de la apendicitis), perforación (por lo general debida a una úlcera péptica originada por la secreción de ácido y pepsina por mucosa gástrica ectópica del fondo)⁽⁶⁾.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de las complicaciones del divertículo de Meckel y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS periodo 2014-2018.

MATERIALES Y MÉTODOS


Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 16 fichas operatorias de los pacientes que acudieron en el servicio de urgencias del hospital central del IPS, a quienes se

* Médico cirujano, Residente del 3er año del servicio de Cirugía General, diazmiryan93@gmail.com.

** Médico cirujano especialista en Cirugía General, drmendozaagalvan@gmail.com

Recibido 09 julio de 2019 - Aceptado 11 julio de 2019

Autor correspondiente: Miryan Idalina Díaz Benítez, Dirección postal: Asunción, Paraguay. Email: diazmiryan93@gmail.com - teléfono: 0991-533-791
Esteban Daniel Mendoza Galván, Dirección postal: Asunción, Paraguay. Email: drmendozaagalvan@gmail.com - teléfono: 0971-329-050

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

les efectuó intervención quirúrgica urgente, durante el periodo comprendido entre enero de 2014 y diciembre del 2018. Se contemplaron las variables sociobiológicas: edad y sexo, Además, se determinó: la anatomía patológica, procedimientos quirúrgicos y las complicaciones posoperatorias.

Respecto a los principios éticos se puede indicar que los principios de: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, consignados en la normatividad vigente son preservados en el desarrollo del protocolo; por ser un estudio sin riesgo y sin intervención no se requirió consentimiento informado.

Para manejar los datos personales de los pacientes, se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones: se tomaron sólo los datos estrictamente necesarios para resolver los objetivos de investigación; no se tomaron datos personales que permitan la identificación de los pacientes. Esto con el fin de salvaguardar el derecho al anonimato de los códigos. Además, los archivos digitales con información sobre la investigación fueron almacenados con claves de acceso.

RESULTADOS

La incidencia de las complicaciones del divertículo de Meckel diagnosticado en el intraoperatorio fue de 16 pacientes en el periodo del 2014 al 2018.

Las edades promedio de los pacientes fueron 25,5 años. Predominó el sexo masculino con 10 pacientes (62,5 %) para el sexo femenino 6 pacientes (37,5 %). Se presentaron 14 casos de diverticulitis de Meckel perforado, 1 caso de obstrucción mecánica alta y un caso de hemorragia digestiva baja.

En la siguiente tabla se muestra los pacientes que ingresaron con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda y peritonitis aguda (**Tabla 1**).

Tabla 1.

Apendicitis aguda	Peritonitis aguda
11 (68,75%)	5 (31,25%)

En relación con la anatomía patológica se encontraron mucosa heterotópica, mucosa gástrica, glándulas de Brunner n:7 (43,75 %), mucosa pancreática, ácinos pancreáticos n:1 (6,25 %), mucosa pancreática, islotes pancreáticos n:2 (12,5%), tejido inflamatorio crónico benigno n: 6 (37,5 %).

Los procedimientos quirúrgicos realizados para el tratamiento de la complicación de divertículo de Meckel

La técnica quirúrgica efectuada es la resección más anastomosis terminoterminal. n: 13 (81,25 %), diverticulectomía n:3 (18,75 %).

DISCUSIÓN

La diverticulitis de Meckel, que no es posible diferenciar clínicamente de la apendicitis, es la tercera complicación usual en

adultos la frecuencia de perforación o peritonitis por diverticulitis de Meckel es de un 50 %. Siempre debe considerarse un divertículo de Meckel en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan obstrucción intestinal mecánica con hemorragia baja de intestino delgado o signos y síntomas de inflamación o peritonitis⁽⁷⁾.

La apendicitis aguda es el diagnóstico diferencial clínico más importante de la diverticulitis de Meckel perforado, y se estima que la primera es aproximadamente 50 veces más común en la práctica clínica⁽⁸⁾. Como se demuestra en el trabajo el diagnóstico preoperatorio fue de 42,85 % apendicitis aguda y 35,71 %.

A diferencia de lo planteado por otras bibliografías donde la complicación más frecuentemente encontrada fue la oclusión intestinal⁽⁸⁾ la cual en nuestra revisión ocupó el primer lugar la diverticulitis de Meckel perforado en 14 pacientes solo 1 caso de oclusión mecánica alta y 1 caso de hemorragia digestiva baja.

El tratamiento consiste en una intervención quirúrgica inmediata con resección del divertículo o el segmento de íleon que lo aloja. En pacientes con hemorragia, se requiere resección intestinal segmentaria porque el sitio hemorrágico suele ser el íleon adyacente al divertículo⁽⁹⁾. En este trabajo el tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos fue definitiva resección intestinal con anastomosis terminoterminal en 13 pacientes y solo en 3 pacientes se realizaron la diverticulectomía.

El 37 % de los pacientes sufrió complicaciones posoperatorias y la infección de la herida fue la más frecuente con 5 pacientes en 1 solo caso se presentó dehiscencia de la anastomosis. No se produjo mortalidad en nuestra serie. Esto nos hace pensar que las complicaciones del divertículo de Meckel son curables cuando se tratan en un medio quirúrgico adecuado.

Un divertículo de Meckel asintomático que se encuentra casualmente en una laparotomía en adultos no debe extirparse. Soltero y Bill estiman que la posibilidad de que un divertículo de Meckel cause síntomas en un adulto es de 2 % o menor y que la morbilidad por la extirpación casual (reportada en 12 %) excede con mucho la posibilidad de prevenir la enfermedad. Por otra parte, si hay una conexión persistente con la pared anterior del abdomen (sea una banda fibrosa o un conducto permeable) debe extirparse la unión⁽¹⁰⁾.

En el 100 % de las hemorragias se encontró mucosa gástrica en el divertículo. La resección intestinal con anastomosis término-terminal fue la técnica quirúrgica más frecuentemente empleada con el (81,25 %). La infección de la herida fue la complicación más frecuentemente hallada.

CONCLUSIÓN

En conclusión, podemos decir, que la edad de mayor incidencia en el momento de la intervención quirúrgica fue de 25 años, predominó el sexo masculino en el (62,5 %) de la muestra, la complicación más frecuente fue la diverticulitis de Meckel perforado con 14 pacientes. La ectopia se halló en el 62,5 % de los pacientes y la gástrica la más frecuente (43,75 %).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gatto J, Takada J, Otoch JP, Kreve F, Loss FS, Artifon Everson LA. Divertículo de Meckel perforado: una entidad inusual. *Rev. gastroenterol. Perú* (internet), (cited: 20 de mayo del 2019), 2017; 37(2): 162-4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000200009
2. Won Y, Lee HW, Ku YM, Lee SL¹, Seo KJ³, Lee JI¹. Multidetector-row computed tomography (MDCT) features of small bowel obstruction (SBO) caused by Meckel's diverticulum. *Diagn Interv Imaging* (internet) (acceso: 22 de mayo del 2019) 2016; 97: 227-32.
3. García Méndez LR, Rodríguez García E, Díaz Olivera E. Divertículo de Meckel. A propósito de un caso. *Rev. Med. Electrón.* (internet), (19 de mayo del 2019), 2019; 41(1): 173-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100173
4. Brañez García CA, Vargas García B, Vargas Patiño JR. Divertículo de Meckel Perforado en Paciente en un Paciente de 13 Años, Reporte de un Caso. *Gac Med Bol.* (internet), (20 de mayo del 2019) 2011; 34(1): 41-2. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid
5. González Sosa G, Díaz Mesa J, Collera Rodríguez SA, González García GA, Romero Rodríguez J, Cuellar Capote S. Divertículo de Meckel necrosado. *Revista Cubana de Cirugía.* (internet), (20 de mayo del 2019) 2010; 49(2). disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_nlinks&ref
6. Papparella A, Nino F, Noviello C, Marte A, Parmeggiani P, Martino A. Laparoscopic approach to Meckel's diverticulum. *World J Gastroenterol.* (internet), (22 de mayo del 2019), 2014; 20(25): 8173-8. Disponible en: <http://www.medfina.cl/img/manuales/dmeckel.pdf>
7. Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. *Sabiston Tratado de Cirugía.* 2007. 17ma edición. Madrid España: Elsevier; 2007.
8. Vázquez Merayo EJ, García LA. Divertículo de Meckel complicado. Análisis de 66 pacientes. *Rev cubana* (internet) (22 de mayo del 2019), 2009; 75(2). disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
9. Sargar KM, Siegel MJ. Sonography of acute appendicitis and its mimics in children. *Indian J RadiolImaging.* (internet) (22 de mayo del 2019) 2014; 24: 163-70. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25024527?dopt=Abstract>
10. Chatterjee R, Harmath C, Lopes Vendrami C, Hammond N, Pardeep M, Riad S. Reminiscing on Remnants: Imaging of Meckel Diverticulum and Its Complications in Adults Read. *American Journal of Roentgenology.* (internet), (22 de mayo del 2019), 2017; 209(5). Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.17.18088>
11. Dimitriou I, Evangelou N, Tavaki E, Chatzitheoklytos E. Perforation of Meckel's diverticulum by a fish bone presenting as acute appendicitis: a case report. (internet), (22 de mayo del 2019), 2013; 7: 231, doi: 10.1186/1752-1947-7-231
12. Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB. *Schwartz Principios de Cirugía*, 10^{ma} edición, México, McGraw-Hill Interamericana editores 2015.

Tiroidectomía con neuromonitorización del nervio recurrente

Thyroidectomy with neuromonitorization of the recurrent nerve

Rodrigo Adrián Rodríguez Cubilla

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, San Lorenzo Paraguay

RESUMEN

La neuromonitorización es un método innovador que se utiliza durante la tiroidectomía para ayudar a la localización del nervio laríngeo recurrente y a comprobar la función del mismo. Objetivos generales: Describir la experiencia en neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente en tiroidectomías. Objetivos específicos: Describir los tiempos de la neuromonitorización. Describir los equipos utilizados para la neuromonitorización. Enunciar ventajas y desventajas del método. Evidenciar el rango etario de los pacientes en estudio. Determinar las patologías más frecuentes en los pacientes en estudio. Evidenciar el sexo prevalente de los pacientes estudiados. Determinar la técnica quirúrgica utilizada en los casos estudiados. Metodología: Diseño Estudio Observacional descriptivo de corte transversal. Población Enfocada: Pacientes operados de tiroidectomía con neuromonitorización del laríngeo recurrente en el periodo de junio a octubre del 2018 en 3 centros hospitalarios. Materiales y métodos: Se realizó búsqueda de artículos con las palabras "tiroidectomía", "neuromonitorización", "nervio laríngeo recurrente" en Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>); en Cochrane Library (<https://www.cochrane.org/>); Scopus (www.scopus.com); en google scholar (<https://scholar.google.com/>); cicco (<http://www.cicco.org.py/>) y Epistemonikos (www.epistemonikos.org). Historias clínicas de pacientes tiroidectomizados con utilización de neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente de 3 hospitales. Programa microsoft WORD y Microsoft Excel. Muestreo No probabilístico de casos consecutivos. Variables de estudio: Edad, Sexo, Diagnóstico, Identificación del nervio laríngeo, Cirugía realizada, Complicaciones pos operatorias. Conclusión: En la actualidad en el Paraguay aún existe escasa cantidad de casos de tiroidectomías con neuromonitorización del laríngeo recurrente, ya que es un método recién incorporado en nuestro medio, pero que hasta el momento presentó buenos resultados. La técnica de neuromonitorización inicia en el pre quirúrgico. Con la laringoscopia, preparación del equipo de neuromonitorización, la técnica anestésica y la posición adecuada del paciente y la neuromonitorización propiamente dicha. El equipo utilizado en nuestra experiencia es el MEDTRONIC NIM 3.0 que consta de un monitor, conectores, electrodos, tubo endotraqueal y pieza de mano. Las más importantes ventajas según el análisis es la ayuda en la identificación del nervio en casos de cirugías difíciles así como

el control de la función nerviosa al concluir la cirugía. Como desventaja principal tenemos el costo elevado del equipo utilizado. Se evidencia que el rango etario de los pacientes estudiados es de 23 a 76 años. La patología más frecuente tratada con este método en nuestro estudio es cáncer papilar en un 50%(3), Bocio multinodular 16,6% (1), tiroiditis 16,6% (1), adenoma folicular 16,6% (1). El sexo prevalente fue el femenino. 100% de los casos. Se realizó tiroidectomía total en 5 casos sobre 6. Y en un caso lobectomía más istmectomía.

Palabras clave: Tiroidectomía, neuromonitorización, nervio laríngeo recurrente.

ABSTRACT

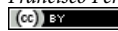
Neuromonitoring is an innovative method that is used during thyroidectomy to help localize the recurrent laryngeal nerve and its function. General objectives: To describe the experience in neuromonitoring of the recurrent laryngeal nerve in thyroidectomies. Specific objectives: Describe the times of neuromonitoring. Describe the equipment used for neuromonitoring. State advantages and disadvantages of the method. Evidence the age range of patients in the study. Determine the most frequent pathologies in the patients in the study. Evidence the prevalent sex of the patients studied. Determine the surgical technique classified in the cases studied. - Methodology: Design Observational cross-sectional observational study. Focused population: Patients operated on for thyroidectomy with recurrent laryngeal neuromonitoring in the period from June to October 2018 in 3 hospital centers. Materials and methods: An article search was done with the words "thyroidectomy", "neuromonitoring", "recurrent laryngeal nerve" in Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>); in the Cochrane Library (<https://www.cochrane.org/>); Scopus (www.scopus.com); in google scholar (<https://scholar.google.com/>); cicco (<http://www.cicco.org.py/>) and Epistemonikos (www.epistemonikos.org). Clinical histories of thyroidectomized patients with use of neuromonitoring of the recurrent laryngeal nerve of 3 hospitals. Microsoft Word and Microsoft Excel program. Non-probabilistic sampling of consecutive cases. Study variables: Age, Sex, Diagnosis, Identification of the laryngeal nerve, Surgery performed, Postoperative complications. Conclusion: Currently, in Paraguay there is still a small number of cases of thyroidectomy with neuromonitoring of the

Recibido: 18 de julio 2018 - Aceptado: 27 julio 2019

Autor correspondiente: Rodrigo Adrian Rodríguez Cubilla. Cel: 0981288989

Email: rodrigorodriguez@med.una.py. Hospital de Clínicas, San Lorenzo Paraguay

Francisco Perrota. Cel: 0981401748

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

recurrent laryngeal, since it is a method recently incorporated in our environment, but so far, good results. The technique of neuromonitoring begins in the pre-surgical. With the laryngoscopy, the preparation of the neuromonitoring equipment, the anesthetic technique and the appropriate position of the patient and the neuromonitoring itself. The use of our experience is the MEDTRONIC NIM 3.0 that consists of a monitor, connectors, electrodes, endotracheal tube and hand piece. The most important advantages are based on the analysis is the help in the identification of nerves in cases of surgeries, as well as the control of nerve function at the conclusion of surgery. As a main disadvantage we have the high cost of the equipment used. The evidence of the age range of the patients studied is from 23 to 76 years. The most frequent pathology treated with this method in our study is papillary cancer in 50% (3), multinodular goiter 16.6% (1), thyroiditis 16.6% (1), follicular adenoma 16.6% (1). The prevalent sex was the feminine one. 100% of the cases. Total thyroidectomy was performed in 5 cases over 6. And in one case lobectomy plus isthmectomy.

Keywords: Thyroidectomy, neuromonitoring, recurrent laryngeal nerve.

INTRODUCCIÓN

La neuromonitorización es un método innovador que se utiliza durante la tiroidectomía para ayudar a la localización del nervio laríngeo recurrente y a comprobar la función del mismo.

Este trabajo nos parece de mucha relevancia ya que nos ayuda a conocer un nuevo método, implementado desde este año en nuestro país, y conocer los primeros casos realizados.

La tiroidectomía es la cirugía cervical más frecuente. Se estima que en Estados Unidos se practican 35.000 tiroidectomías anuales, mientras que en Alemania se hacen 90.000. El dato en Latinoamérica es desconocido⁽¹⁾.

El continuo avance de la medicina ha llevado a un mayor conocimiento de las diferentes patologías y ha permitido el desarrollo de técnicas quirúrgicas más refinadas. En el caso de la cirugía de la glándula tiroides, dado que prácticamente ha desaparecido la mortalidad (1 %) siendo nula en algunas series, actualmente la morbilidad es la mayor preocupación del cirujano⁽²⁾.

La incidencia de complicaciones en cirugía tiroidea es baja pero con consecuencias potencialmente graves. Algunos factores se consideran de riesgo mayor como son el cáncer tiroideo, el hipertiroidismo, la enfermedad de Graves-Basedow, el bocio subesternal o la radioterapia cervical previa. Otros factores asociados son la comorbilidad, la experiencia del cirujano y las técnicas de hemostasia empleadas⁽³⁾.

Existen diversas complicaciones postoperatorias que pueden ser de poca importancia como el edema de la piel, mientras otras como la hemorragia, la obstrucción respiratoria, la parálisis de los nervios recurrentes, la insuficiencia paratiroidea y problemas derivados de la incisión pueden poner en riesgo la calidad de vida del paciente y elevar la mortalidad⁽⁴⁾.

Las estadísticas de los grandes centros con médicos dedicados a la cirugía de cuello reportan una frecuencia de lesión definitiva del nervio laríngeo recurrente de menos de 1 %, de hipoparatiroidismo definitivo, de 1 a 2 %, y de hematoma cervical, de 0,5 %. La frecuencia de lesión bilateral de dicho nervio que obliga a una traqueostomía, es inferior a 0,2 %. No obstante, estos números son mayores cuando se toman las estadísticas de centros no especializados y la frecuencia de lesión del nervio laríngeo recurrente puede ser de 5 a 15 %, de hipoparatiroidismo, de 30 %⁽⁵⁾.

Buscamos con este trabajo describir la tiroidectomía con neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente, evaluar la utilidad del método así como reconocer sus ventajas y desventajas. Nos enfocamos también en los primeros pasos de esta técnica en el Paraguay y los primeros casos realizados.

OBJETIVOS

General

- Describir la experiencia en neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente en tiroidectomías.

Específicos

- Describir los tiempos de la neuromonitorización.
- Describir los equipos utilizados para la neuromonitorización.
- Enunciar ventajas y desventajas del método.
- Evidenciar el rango etario de los pacientes en estudio.
- Determinar las patologías más frecuentes en los pacientes en estudio.
- Evidenciar el sexo prevalente de los pacientes estudiados.
- Determinar la técnica quirúrgica utilizada en los casos estudiados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio Observacional descriptivo de corte transversal.

Población enfocada

Pacientes operados de tiroidectomía con neuromonitorización del laríngeo recurrente en el periodo de junio a octubre del 2018 en 3 centros hospitalarios.

Población accesible

Pacientes sometidos a tiroidectomía con neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente durante el periodo de junio a octubre del 2018 en 3 centros hospitalarios.

Criterios de inclusión

Pacientes tiroidectomizados con neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente.

Criterios de exclusión

- Fichas de historias clínicas de pacientes tiroidectomizados sin neuromonitorización.
- Fichas ilegibles o con datos insuficientes.
- Fichas de pacientes menores de 18 años.
- Fichas fuera del periodo de estudio.

Materiales

Se realizó búsqueda de artículos con las palabras “tiroidectomía”, “neuromonitorización”, “nervio laríngeo recurrente” en Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>); en Cochrane Library (<https://www.cochrane.org/>); Scopus (www.scopus.com); en google scholar (<https://scholar.google.com/>); cicco (<http://www.cicco.org.py/>) y Epistemonikos (www.epistemonikos.org).

Historias clínicas de pacientes tiroidectomizados con utilización de neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente de 3 hospitales.

Programa Microsoft Word y Microsoft Excel.

Muestreo

No probabilístico de casos consecutivos.

Variables de estudio

- Edad.
- Sexo.
- Diagnóstico.
- Identificación del nervio laríngeo.
- Cirugía realizada.
- Complicaciones pos operatorias.

Asuntos éticos

Se ha mantenido la confidencialidad de los datos individuales y se ha garantizado que la exposición de los resultados será en forma de datos agrupados o en caso de que sea individual manteniendo la privacidad del mismo.

RESULTADOS

Se encontró un total de 6 pacientes sometidos a tiroidectomía con neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente. Una casuística pequeña pero se debe tener en cuenta que es una técnica nueva en el país.

Las edades comprendidas fueron entre 22 y 73. En la totalidad de los casos los pacientes fueron de sexo femenino. Los diagnósticos de los pacientes sometidos a tiroidectomía fueron cáncer papilar en un 50 % (3), Bocio multinodular 16,6 % (1), tiroiditis 16,6 % (1), adenoma folicular 16,6 % (1).

En un 83,3 % (5) de los casos se realizó tiroidectomía total y en un 16,6 % (1) se realizó lobectomía derecha más istmectomía.

En la totalidad de los casos se identificó el nervio laríngeo recurrente. En la totalidad de los casos se detecta el nervio laríngeo recurrente por neuromonitorización. En ningún caso se presentó complicaciones pos quirúrgicas certificado por laringoscopia pos operatoria.



Figura 1: Monitor



Figura 2: Tubo Endotraqueal



Figura 3: Pieza de mano y conector

Tabla 1: Edad y Sexo

1	22	FEMENINO
2	66	FEMENINO
3	73	FEMENINO
4	27	FEMENINO
5	24	FEMENINO
6	42	FEMENINO

Tabla 2: Diagnóstico y tratamiento

1	CA PAPILAR	TT
2	CA PAPILAR	TT
3	ADENOMA FOLICULAR	LOBECTOMIA + ISTMECTOMIA
4	TIROIDITIS	TT
5	BMN	TT
6	CA PAPILAR	TT

TT: Tiroidectomía total.

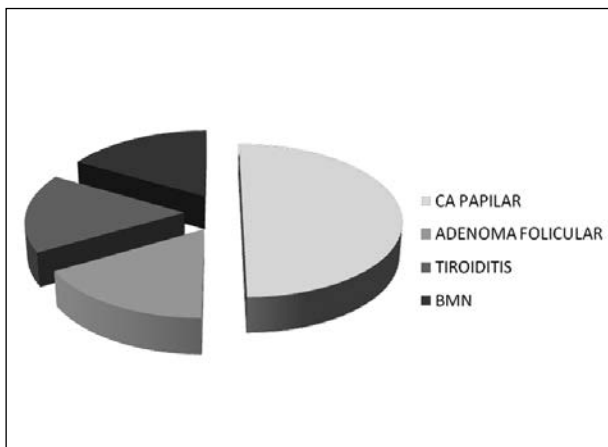


Figura 4: Diagnósticos

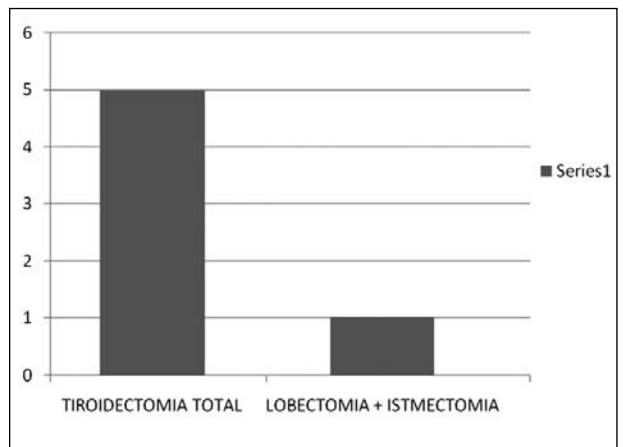


Figura 5: Cirugías realizadas

DISCUSIÓN

La neuromonitorización es un método que no puede reemplazar al Gold Standard que es la identificación y visualización del nervio laríngeo recurrente en las tiroidectomías. Es un complemento a la técnica.

Se describen múltiples ventajas con este método entre las que figura ayuda en la identificación del nervio sobre todo en casos difíciles. Así como desventajas como el costo de su implementación.

No hay una fuerte recomendación en su implementación como para usos rutinarios, a pesar que muchos lo realizan en todas las cirugías cervicales. Existen los detractores de la técnica quienes sobre todo hablan de que no disminuye la incidencia de lesión del nervio.

En nuestro país la experiencia es muy corta, pero según nuestros resultados, a pesar de la escasa casuística nos indica que no produce daño su implemento pero que podría facilitar o ayudar en la identificación del nervio para su identificación visual. Hasta ahora el costo es uno de los obstáculos más importantes.

Actualmente como la incidencia de lesión del nervio y las complicaciones posoperatorias son bajas. Para comprobar y hacer que los estudios sean significativos se necesitan muestras muy grandes lo que implica alto costo para los estudios.

El número de artículos e investigaciones sobre este tema está en ascenso y podríamos tener nuevas conclusiones y recomendaciones en un futuro cercano.

CONCLUSIONES

En la actualidad en el Paraguay aún existe escasa cantidad de casos de tiroidectomías con neuromonitorización del laríngeo recurrente, ya que es un método recién incorporado en nuestro medio, pero que hasta el momento presentó buenos resultados.

La técnica de neuromonitorización inicia en el pre quirúrgico. Con la laringoscopia, preparación del equipo de neuromonitorización, la técnica anestésica y la posición adecuada del paciente y la neuromonitorización propiamente dicha.

El equipo utilizado en nuestra experiencia es el MEDTRONIC NIM 3.0 que consta de un monitor, conectores, electrodos, tubo endotraqueal y pieza de mano.

Las más importantes ventajas según el análisis es la ayuda en la identificación del nervio en casos de cirugías difíciles así como el control de la función nerviosa al concluir la cirugía.

Como desventaja principal tenemos el costo elevado del equipo utilizado.

Se evidencia que el rango etario de los pacientes estudiados es de 23 a 76 años.

La patología más frecuente tratada con este método en nuestro estudio es cáncer papilar en un 50 % (3), Bocio multinodular 16,6 % (1), tiroiditis 16,6 % (1), adenoma folicular 16,6 % (1).

El sexo prevalente fue el femenino. 100% de los casos.

Se realizó tiroidectomía total en 5 casos sobre 6. Y en un caso lobectomía más istmectomía.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Kahaly GJ, Dietlein M. Cost estimation of thyroid disorders in Germany. *Thyroid*. 2002; 12: 909-14.
- 2- S Sancho Fornos J, Vaqué Urbaneja JL, Ponce Marco R, Palasí Giménez C, Herrera V. Complicaciones de la cirugía tiroidea *Cir Esp* 2001; 69: 198-2.
- 3- Pardal-Refoyo JL. Sistemas de hemostasia en cirugía tiroidea y complicaciones. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62:339-46.
- 4- Sánchez e Ingunza P, Travezán C R, Postigo D J, Salas H A, Torres V F. Complicaciones de cirugía tiroidea, *Acta Cancerológica* 2003; 32 (1): 5-10.
- 5- Hauch A, Al-Qurayshi Z, Randolph G, Kandil E. Total thyroidectomy is associated with increased risk of complications for low- and high-volume surgeons. *Ann Surg Oncol*. 2014; 21: 3844-52.
- 6- Ferraina P, Oria A. *Cirugía de Michans* 5ta edición. El Ateneo. Buenos Aires-Argentina.
- 7- Oré J, Saavedra J. Patología quirúrgica de la glándula tiroides. Lima, Peru: *An Fac med*. 2008;69(3):182-7.
- 8- De Santo NG, Bisaccia C, De Santo LS, Cirillo M, Richet G. Pierre-Joseph Desault (1738-1795) - a forerunner of modern medical teaching. *J Nephrol* 2003; 16:742-53.
- 9- Seppard M. The thyroid: then and now. *Endocrinologist* 115:18-19, 2015.
- 10- Delbridge L. Total thyroidectomy: the evolution of surgical technique. *ANZ J*

- Surg 73:761-8, 2003.
- 11- Pizarro F. Tiroides y bocio: evolución histórica y sus grandes personajes. Des-ault, Kocher. Rev Méd Clin Las Condes 24:882-5, 2013.
 - 12- Novelli J, Novelli F, Batalles S. Cirugía de Tiroides. Rosario, Argentina: Rev. Med. Rosario 83:123-127, 2017.
 - 13- Alam Hannan S. The magnificent seven: a history of modern thyroid surgery. Int J Surg. 2006; 4: 187-91.
 - 14- Dralle H, Sekulla C, Lorenz K, Brauckhoff M, Machens A. German IONM Study Group. Intraoperative monitoring of the recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery. World J Surg. 2008; 32: 1358-66.
 - 15- Dionigi G, Bacuzzi A, Bertocchi V, Carrafiello G, Boni L, Rovera F, et al. Safe incorporation of new technologies in thyroid surgery. Expert Rev Med Devices 2008; 5: 747-58.
 - 16- Dionigi G, Bacuzzi A, Boni L, Rovera F, Piantanida E, Tanda ML, et al. Influence of new technologies on thyroid surgery: state of the art. Expert Rev Med Devices 2005;2:547-57.
 - 17- Becker AM, Gourin CG. New technologies in thyroid surgery. Surg Oncol Clin North Am. 2008; 17:233-48.
 - 18- Lahey F, Hoover WB. Injuries to the recurrent laryngeal nerve in thyroid operations: Their management and avoidance. Ann Surg. 1938;108:545-62
 - 19- Riddell V. Injury to recurrent laryngeal nerves during thyroidectomy ---- a comparison between the results of identification and non-identification in 1022 nerves exposed to risk. Lancet.1956; 29:638-41.
 - 20- Motos J, Felices M, Abad T. Neuromonitorización en Cirugía Tiroidea. México: Cirugía y cirujanos. 2017. 85(4):312-9.
 - 21- Herrero, D; Sanchez E; Gil-Carcedo E. Cáncer de Tiroides. Técnicas Quirúrgicas sobre el tiroides. Valladolid, España: Libro virtual de formación en ORL. Capitulo 142.
 - 22- Sanabria, Alvaro. Evidencia de Aplicabilidad de la neuromonitorización intermitente en cirugía de tiroides. Colombia: Rev Colomb Cir. 2015;30:220-29
 - 23- Eltzschig HK, Posner M, Moore FD Jr. The use of readily available equipment in a simple method for intraoperative monitoring of recurrent laryngeal nerve function during thyroid surgery: Initial experience with more than 300 cases. Arch Surg.2002;137:452-6.
 - 24- Dueñas J, Duque C. Monitorización intraoperatoria de los nervios laríngeos superior e inferior en cirugía de tiroides y paratiroides. Colombia: Rev Colomb Cir. 2012;27:298-305
 - 25- Jonas J. Reliability of intraoperative recurrent laryngeal nerve monitoring in thyroid surgery. ZentralblChir. 2002;127:404-8.
 - 26- Dralle H, Sekulla C, Haerting J, Timmermann W, Neumann HJ, Kruse E, et al. Risk factors of paralysis and functional outcome after recurrent laryngeal nerve monitoring in thyroid surgery. Surgery.2004;136:1310-22.
 - 27- Chan WF, Lang BH, Lo CY. The role of intraoperative neuromonitoring of recurrent laryngeal nerve during thyroidectomy: A comparative study on 1,000 nerves at risk. Surgery. 2006;140:866-73.
 - 28- Barczynski M, Konturek A, Cichon S. Randomized clinical trial of visualization versus neuromonitoring of recurrent laryngeal nerves during thyroidectomy. Br J Surg. [Comparative Study Randomized Controlled Trial]. 2009;96:240-6.
 - 29- Higgins TS, Gupta R, Ketcham AS, Sataloff RT, Wadsworth JT, Sinacori JT. Recurrent laryngeal nerve monitoring versus identification alone on post-thyroidectomy true vocal fold palsy: A meta-analysis. Laryngoscope. 2011;121:1009-17.
 - 30- Zheng S, Xu Z, Wei Y, Zeng M, He J. Effect of intraoperative neuromonitoring on recurrent laryngeal nerve palsy rates after thyroid surgery-A meta-analysis. J Formos Med Assoc. 2012; 112: 463-72. doi: 10.1016/j.jfma.2012.03.003. Epub 2012 Sep 7.
 - 31- Pisanu A, Porceddu G, Podda M, Cois A, Uccheddu A. Systematic review with meta-analysis of studies comparing intraoperative neuromonitoring of recurrent laryngeal nerves versus visualization alone during thyroidectomy. J Surg Res. 2014;188:152-61.
 - 32- Rulli F, Ambrogi V, Dionigi G, Amirhassankhani S, Mineo T, Ottaviani F, et al. Meta-analysis of recurrent laryngeal nerve injury in thyroid surgery with or without intraoperative nerve monitoring. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2014;34:223-9.
 - 33- Pardal-Refoyo JL, Ochoa-Sangrador C. Lesión bilateral del nervio laríngeo recurrente en tiroidectomía total con o sin neuromonitorización intraoperatoria. Revisión sistemática y metaanálisis. Acta Otorrinolaringol Esp. 2015; En prensa
 - 34- Pardal-Refoyo JL, Cuello Azcarate JJ. Revisión sobre la neuromonitorización en cirugía tiroidea. Colombia: Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon-tab. La Rioja. 2012. 3. Supl.2:1-56

Versatilidad del colgajo dorsal en cirugía de reconstrucción de sarcoma de pared torácica.

Reporte de caso

Versatility of the dorsal flap in reconstruction surgery of thoracic wall sarcoma. Case report

Mauro Porto*, Mariana Pane*, Rodrigo Frachi**, Derliz Mussi**, Osvaldo Aquino Caballero**

Instituto de Previsión Social – Hospital Central. Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Quemados y Maxilofacial. Paraguay

RESUMEN

Entre los tumores malignos de la pared torácica, los sarcomas representan menos del 1% de los casos. La confección del colgajo dorsal en cirugías de sarcomas de la pared torácica ha permitido completar el tratamiento resectivo de dichos tumores. Se presentarán de 64 años, con un sarcoma de la parrilla costal, sometido a resección amplia de la lesión que comprometía a la 7ma, 8va y 9na costillas, reconstrucción inmediata con prótesis de titanio, malla de polipropileno y confección de colgajo del dorsal ancho. Paciente presenta evolución satisfactoria.

Palabras clave: Colgajo, reconstrucción, sarcomas.

ABSTRACT

Among malignant tumors of the chest wall, sarcomas account for less than 1% of cases. The fabrication of the dorsal flap in surgeries of sarcomas of the thoracic wall has allowed to complete the resective treatment of these tumors. A 64-year-old male presented with sarcoma of the rib cage, subjected to a wide resection of the lesion that affected the 7th, 8th and 9th ribs, immediate reconstruction with titanium prosthesis, polypropylene mesh and flap made of the latissimus dorsi. Patient presents satisfactory evolution.

Keywords: Flap, reconstruction, sarcomas.

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de partes blandas representan un grupo infrecuente de neoplasias que derivan del tejido mesenquimatoso con una frecuencia que no alcanza el 1% del total de tumores malignos⁽¹⁾. Los de la pared torácica son más infrecuente aún, que pueden derivar de tejidos blandos, óseos o cartilaginosos⁽²⁾. Se ha observado que más del 50% son provenientes de huesos

o cartilagos⁽³⁻⁵⁾. El tratamiento de estos tumores es la resección quirúrgica, con la reconstrucción correspondiente del defecto que dejan⁽⁶⁻⁸⁾. La limitada disponibilidad de tejidos para la reconstrucción, lleva al desafío de la reconstrucción de los defectos en la pared torácica, por lo tanto se deben diseñar estrategias que permiten recubrir los defectos con el fin de obtener una reparación funcional y anatómica correctas^(9,10).

CASO CLÍNICO

Varón de 64 años de edad, acude por tumoración en pared del hemitórax izquierdo hace 1 año, indolora en un inicio, que presenta dolor desde hace 1 mes, sin otro síntoma acompañante. Se palpa tumoración de 13 cm, línea medioclavicular izquierda que abarca 7ma, 8va y 9na costillas. La tomografía revela una masa lobulada, bien definida, de 10 x 10 x 8 cm que presenta refuerzo heterogéneo tras la administración de contraste. Tras el diagnóstico presuntivo de sarcoma es sometido a toracotomía izquierda y resección en bloque de tumor de parrilla torácica incluyendo costillas 7, 8 y 9 (*Figuras 1 y 2*). Reconstrucción con prótesis de titanio y malla de polipropileno (*Figura 3*), confección de colgajo del dorsal ancho (*Figuras 4*). Con evolución satisfactoria, es trasladado a sala común en el décimo día postoperatorio (*Figura 5*). Se confirma un sarcoma de partes blandas de alto grado histológico. Es efectuada radioterapia post operatoria. La tomografía de control a los 4 meses, no evidencia recurrencias.

* Residente

** Médico de Planta

*** Jefe de Servicio

Recibido: 12 julio de 2019 - Aceptado: 23 julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Mauro Porto Varela: Residente de primer año. Cirugía Plástica Reconstructiva, Quemados y Maxilofacial - IPS. Email: portovama@gmail.com. Dirección: Melo de Portugal - Luque


 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons



Figura 1: Fotografía de la pieza de resección quirúrgica compuesta por sarcoma de la parrilla torácica y los arcos costales anteriores.



Figura 2: Fotografía de la pieza de resección quirúrgica compuesta por sarcoma de la parrilla torácica y los arcos costales anteriores.



Figura 3: Reconstrucción con prótesis de titanio y malla de polipropileno.



Figura 4: Imagen intraoperatoria de la reconstrucción de la parrilla torácica, con colgajo del dorsal ancho.



Figura 5: Colgajo del dorsal ancho.

DISCUSIÓN

Los sarcomas se presentan clásicamente como una masa lobulada en pacientes adultos, visualizados con frecuencia por tomografía y, en caso de presentarse en la pared costal, puede producir dolor y limitación de la respiración, tal como es el caso del paciente presentado^(5,8). El manejo multimodal de estos pacientes es enfatizado en las más diversas publicaciones^(8,10). La reconstrucción del defecto de la pared torácica ha llevado al uso de diversos colgajos como el del dorsal ancho, el TRAM, el músculo pectoral entre otros^(5,7,8). En cuanto al músculo dorsal ancho, se ha visto su utilidad en diversas reconstrucciones, aunque no proporciona un volumen amplio para relleno, la isla de piel proporciona una dermis fuerte, que permite realizar suturas entre ella y los márgenes quirúrgicos, con el fin de proporcionar un cierre hermético de la cavidad torácica, incluso sin emplear materiales sintéticos. El colgajo de músculo pectoral es una buena alternativa para reconstruir defectos centrales del tórax. Por lo general se utiliza en tumores grandes y centrales

a nivel esternal, sobre todo se involucra en la reconstrucción, materiales protésicos⁽⁹⁾. El colgajo TRAM (Músculo Recto Abdominal Transverso) ha demostrado su versatilidad sobre todo en defectos torácicos localizados a nivel de la mama, por mastectomías relacionada a tumores, ofreciendo a la paciente una alternativa que no solo mejora el aspecto físico sino el psicológico de la misma. Sin embargo, aunque este colgajo es ideal para reconstruir defectos centrales y laterales, presenta un arco de rotación menor que el que proporciona el colgajo de músculo dorsal ancho, ideal para la cobertura de defectos amplios en la región posterior del tórax, como lo es en el caso presentado⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIÓN

El colgajo dorsal ha demostrado su versatilidad en las más variadas cirugías resectivas, lo que permite realizar reconstrucciones como la realizada en el caso presentado, en el que una importante superficie de tejidos blandos se vio afectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer Statics, 2014. CA Cancer J Clin 2014; 64(1):9-29.
2. Losken A, Thourani VH, Carlson GW, Jones GE, Culbertson JH, Miller JJ, et al. A reconstructive algorithm for plastic surgery following extensive chest wall resection. Br J Plast Surg 2004; 57: 295.
3. Arnold PG, Pairalero PC. Chest-wall reconstruction: an account of 500 consecutive patients. Plast Reconstr Surg 1996; 98: 804.
4. Cohen M, Ramasastry SS. Reconstruction of complex chest wall defects. Am J Surg 1996; 172: 35.
5. Skoracki RJ, Chang DW. "Reconstruction of the chest wall and thorax". J Surg Oncol 2006; 94: 455.

6. Shah AA, D'Amico TA. Primary chest wall tumors. J Am Coll Surg 2010; 210(3):360-6.
7. Sugarbaker P. Management of truncal sarcoma. En: Malawer MM, Sugarbaker PH (editors). Musculoskeletal Cancer Surgery: Treatment of Sarcomas and Allied Diseases. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001.
8. David EA, Marshall MB. Review of chest wall tumors: A diagnostic, therapeutic, and reconstructive challenge. Semin Plast Surg 2011; 25(1):16-24.
9. Smith SE, Keshavjee S. Primary chest wall tumors. Thorac Surg Clin 2010; 20(4):495-507.
10. Tateishi U, Gladish GW, Kusumoto M, Hasegawa T, Yokoyama R, Tsuchiya R. Chest wall tumors: radiologic findings and pathologic correlation: part 2. Malignant tumors. Radiographics 2003; 23: 1491-508.

Coledocolitiasis: resolución videolaparoscópica. A propósito de un caso

Coledocolithiasis: videolaparoscopic resolution. About a case.

Julio Ramírez Sotomayor* José Berdejo**, Dr. Marcelo Ramírez Romero***, Víctor Velázquez****

Hospital Nacional de Itauguá, Servicio de Cirugía General. Itauguá, Paraguay

RESUMEN

La coledocolitiasis o presencia de litos en la vía biliar principal extra hepática en la mayoría de los casos es de resolución endoscópica mediante la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); pero en ciertos casos la, la resolución quirúrgica es la indicada debido a las desproporciones entre cálculo/luz coledociana y otros factores que hacen difícil o imposible la resolución endoscópica. El objetivo de este trabajo es presentar la resolución video laparoscópica de una paciente con diagnóstico de colédoco-litiasis de gran tamaño, con antecedente de colecistectomía 12 años antes. Se trata de una paciente femenina, de 69 años con clínica de dolor en epigastrio, de 30 días de evolución, acompañado de náuseas, vómitos, ictericia y coluria. Al ingreso hospitalario presentaba una colangitis aguda moderada, y una litiasis en el colédoco de gran tamaño, corroborado con una CPRE, por desproporción del tamaño del cálculo y el colédoco, se realizó la extracción por vía quirúrgica video laparoscópica.

Palabras clave: Coledocolitiasis, coledocotomía video laparoscópica, litiasis coledociana de resolución quirúrgica.

ABSTRACT

Cholelithiasis or presence of calculus in the extra hepatic bile duct in the majority of cases is endoscopic resolution by endoscopic retrograde cholangiography (ERCP); but in certain cases, the surgical resolution is indicated due to the disproportion between the calculus/cholecho and other factors that make endoscopic resolution difficult or impossible. The objective of this work is to present the laparoscopic video resolution of a patient with a diagnosis of bile duct stones, with a history of cholecystectomy 12 years earlier. This is a 69-year-old female patient with epigastric pain, 30 days of evolution, accompanied by nausea, vomiting, jaundice and choloria. At hospital admission, she presented moderate acute cholangitis and a large bile duct stone, corroborated with ERCP, due to disproportion of the size of the calculus and common bile duct. Surgical laparoscopic treatment was performed.

Key words: Coledocolithiasis, choledochotomy, cholelithiasis lithiasis surgical resolution.

INTRODUCCIÓN

El término litiasis coledociana se refiere a todo cálculo alojado en la vía biliar extra hepática, desde el inicio del conducto hepático común hasta la papila de Váter. Según su fisiopatología, se puede clasificar en litiasis coledociana primaria o secundaria, de acuerdo al origen del cálculo. La litiasis coledociana secundaria, la más frecuente, se debe a una migración de cálculos de la vesícula biliar a la vía biliar principal. Si la litiasis se detecta en los primeros 2 años luego de una colecistectomía se considera que se trata de una LITIASIS RESIDUAL en donde los cálculos migraron desde la vesícula pero no fueron detectados durante la cirugía y por lo tanto no se trataron. En general, el colesterol es el componente principal de los mismos y son de aspecto blanquecino. En cambio, en la litiasis coledociana primaria se considera que los cálculos se han generado de nova en la vía biliar. Para hacer el diagnóstico de litiasis primaria es necesario que el paciente se encuentre colecistectomizado hace más de 2 años. Estos cálculos se producen generalmente por una disfunción del esfínter que condiciona estasis biliar con la consiguiente formación de cálculos. Para realizar el diagnóstico de litiasis primaria es necesario que hayan transcurrido 24 meses libres de síntomas desde la cirugía biliar previa^(1,2).

El Gold estándar en diagnóstico es la colangio resonancia. En cuanto a resolución, la CPRE es mandatorio ya que es diagnóstica y terapéutica en gran parte de los casos; pero en otros, en casos en que existiera una desproporción del calibre del colédoco distal y el tamaño del cálculo está indicada la resolución quirúrgica⁽³⁾.

La dilatación de la vía biliar por sobre 9 mm a la ultrasono-

* Jefe del servicio de cirugía

** Jefe de sala de cirugía

*** Residente del tercer año

**** Residente de segundo año

Recibido: 15 julio de 2019 - Aceptado: 22 de julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Marcelo Sebastián Ramírez Romero. Email: marceloramirez89@gmail.com


 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons



Figura 2.

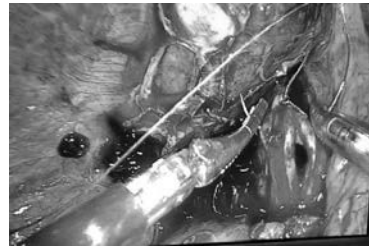


Figura 3.

DISCUSIÓN

La litiasis coledociana es una condición frecuente en nuestro centro hospitalario, ya que el mismo es centro de referencia nacional para patologías bilio-digestivas, para lo cual tenemos varias herramientas terapéuticas^(7,8,9). La coledocotomía video laparoscópica es una de las opciones tomadas cuando la resolución endoscópica no es posible, en especial cuando el tamaño del cálculo es de gran tamaño en un colédoco dilatado pero de diámetro desproporcional al del lito. Y a pesar de que la vía transcística es la más segura, y la primera opción en ser tomada, la coledocotomía lo desplaza se esa primera opción en cálculos coledocianos de gran tamaño.

La coledocotomía videolaparoscópica en comparación a la vía convencional tiene varias ventajas, siendo la mejor visualización de las vías biliares, disminución de infecciones en sitio quirúrgico, menos probabilidad de eventraciones post operatorias y la más rápida recuperación del paciente uno de los más importantes⁽³⁾.

En conclusión, la coledocotomía video laparoscópica es un procedimiento seguro en manos de cirujanos entrenados, ya que, proporciona mínimas incisiones, muy buena visualización de todo el árbol biliar, menor complicación de herida quirúrgica, menor tiempo de estadía hospitalaria y por sobre todo, la más rápida recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cristiano A. Litiasis coledociana. Unidad de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Compleja. Revista del Hospital El Cruce 2016(18):30-47.
2. Tazuma S. Gallstone disease: Epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006; 20(6): 1075-83.
3. Pekolj J. Tratamiento de la litiasis coledociana por vía laparoscópica. Continúa la controversia. Laparoscopic treatment of common bile duct calculi. Is there still controversy?. Cirugía Española 2012; 90(3): 144-6.
4. Banse E, Cárcamo I, González C. Tratamiento de la coledocolitiasis en la era laparoscópica y rol de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. Cuad Cir 1999; 13(1):95- 105.
5. Larach J. Manejo laparoscópico de la litiasis coledociana. 2000; 11(3).
6. Fulcher AD, Turner MA, Capps GW. MR Cholangiography: Technical advances and clinical applications. Radiographics 1999;19: 25-41.
7. Zamorano D M, Cárcamo I C, Cares J, Felmer E O, Gabrielli N M. Coledocolitiasis gigante. Manejo actual. *cuad cir*, 2018; 22(1), 18-24.
8. Cáceres H, Ortiz A, Orué C, Melgarejo O, Melgarejo L, Morínigo R, et al. Litiasis residual versus litiasis primaria de la vía biliar principal: a propósito de un caso controversial. *Cir parag* 2013; 37(1): 36-7.
9. Ferreira Bogado M, Ramírez Sotomayor J, Cuevas Aquino L. Colangiografía per operatoria: nuestros resultados en 103 pacientes aplicando los criterios de exploración. *Cir parag* 2018; 42(2): 13-16.

Pseudoquiste pancreático post traumática

Pancreatic post-traumatic pseudocyst

Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Adorno; Ramón Rodríguez, Dennis Cabral, Maximiliano Ferreira

Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay

RESUMEN

Los traumatismos pancreáticos presentan varios tipos de complicaciones, y de acuerdo a la complicación presentada un alto índice de morbilidad asociado. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico, con una variante al tratamiento convencional de este tipo de lesiones; generalmente de resolución quirúrgica de acuerdo al tipo de lesión.

Palabras clave: pseudoquiste pancreático, derivación cistogástrica.

ABSTRACT

The pancreatic trauma, have several types of complications. According to the complication it presents a high index of morbidity and mortality. The objective of this work it is to present a clinical case, with a variant to the conventional treatment of this type of injuries; generally surgical resolution according to the type of injury.

Keywords: pancreatic pseudocyst, cystogastric bypass.

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste pancreático es una colección de jugo pancreático, limitada por una pared no epitelizada, como consecuencia de una pancreatitis aguda o crónica, trauma pancreático.

Las colecciones líquidas se clasifican de acuerdo a su evolución en el tiempo; en menos de 6 semanas colecciones líquidas y más de 6 semanas en pseudoquiste. Las menores de 6 semanas en mayor proporción tienden a reabsorberse de forma automática y las mayores a 6 semanas generalmente no se reabsorben de forma espontánea.

Generalmente las lesiones pancreáticas post traumáticas son en alto porcentaje a consecuencia de traumatismos cerrados de abdomen, y generalmente de acuerdo al tipo de lesión son de índole quirúrgica, este es un caso de una cistogastroderivación endoscópica.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 22 años de edad, con antecedente de traumatismo abdominal por traumatismo cerrado de abdomen por golpe con balón de fútbol en región epigástrica. Refiere cuadro de 4 días de evolución antes del ingreso de dolor en epigástrico de tipo puntada, de gran intensidad, que irradia a ambos hipocondrios, el cuadro se acompaña de náuseas pero no de vómitos, que no cede con la ingesta de analgésicos comunes, niega fiebre y otro síntoma acompañante.

Él asistió con dicho cuadro clínico a otro servicio por lo cual se le realizó una laparotomía exploradora donde se constata líquido serohemático + cistonecrosis + apéndice inflamado, motivo por el cual deciden el traslado a nuestro servicio.

Al ingreso en nuestro centro asistencial el paciente ingresa con buena mecánica respiratoria, hemodinámicamente estable, afebril. Los datos de valor en el laboratorio de ingreso son lipasa y amilasa en sangre elevada más de 3 veces lo normal. Se decide realizarle una tomografía con doble contraste de abdomen y pelvis en donde se constata la sección completa de la cabeza pancreática (*Figura 1*).

Al 4to día paciente presenta mala evolución, con ascenso de glóbulos blancos y con picos febriles, motivo por el cual se indica una laparotomía exploradora + drenaje de colección + lavado + secado + colocación de drenaje multiten; en donde se constata 50 cc de líquido reaccional, colección en celda pancreática de 50 cc, hematoma hepático subcapsular en segmento I, cistonecrosis a nivel de la cabeza del páncreas, necrosis grasa del ligamento falciforme. Obs: se envía muestra a anatomía patológica, que retorna material fibroleucocitario necrótico compatible con necrosis pancreática.

En el post operatorio, el paciente presenta débito de líquido pancreático a nivel de los drenajes, confirmado por laboratorio con disminución posterior y retiro de ambos drenajes. Paciente con buena evolución clínica buena tolerancia vía oral, es dado de alta con control tomográfico posterior a los 1 mes.



Figura 1: Se observa sección completa del cuello del páncreas.

Recibido: 18 julio de 2019 - Aceptado 22 julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Maximiliano Ferreira. Email: maxifer1000@gmail.com

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Paciente vuelve para su control tomográfico posterior en donde se constata pseudoquiste pancreático post traumático. Queda internado y se decide realización de derivación cistogástrica por vía endoscópica (**Figura 2**). Luego se le programa su derivación cistogástrica (**Figura 3**).

Se realiza control tomográfico a las 48hs post procedimiento en donde se observa disminución de dicho pseudoquiste, con pequeñas imágenes de área difusa (**Figura 4**).

Se decide su alta médica, con las siguientes indicaciones.

- IBP c/24hs por 10 días.

- Dieta hiperproteica e hipercalórica.

- Control tomográfico a los 30 días.

En el control tomográfico posterior a los un mes se observa que la anterior colección ya no se observa; el drenaje tipo pigtail migra y probablemente es excretado por material fecal. Posteriormente es enviado de alta para su seguimiento ulterior a los 6 meses; en el cual vuelve en donde no se constata imagen alguna de alteración pancreática, se le solicita estudios para insuficiencia pancreática a los 1 año.

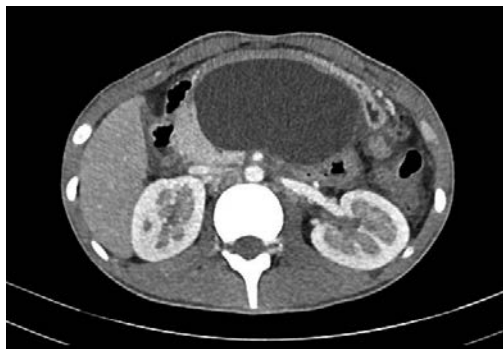


Figura 2: En el control tomografico posterior se constata un pseudoquiste pancreático.



Figura 4: Control tomografico posterior al procedimiento endoscópico.

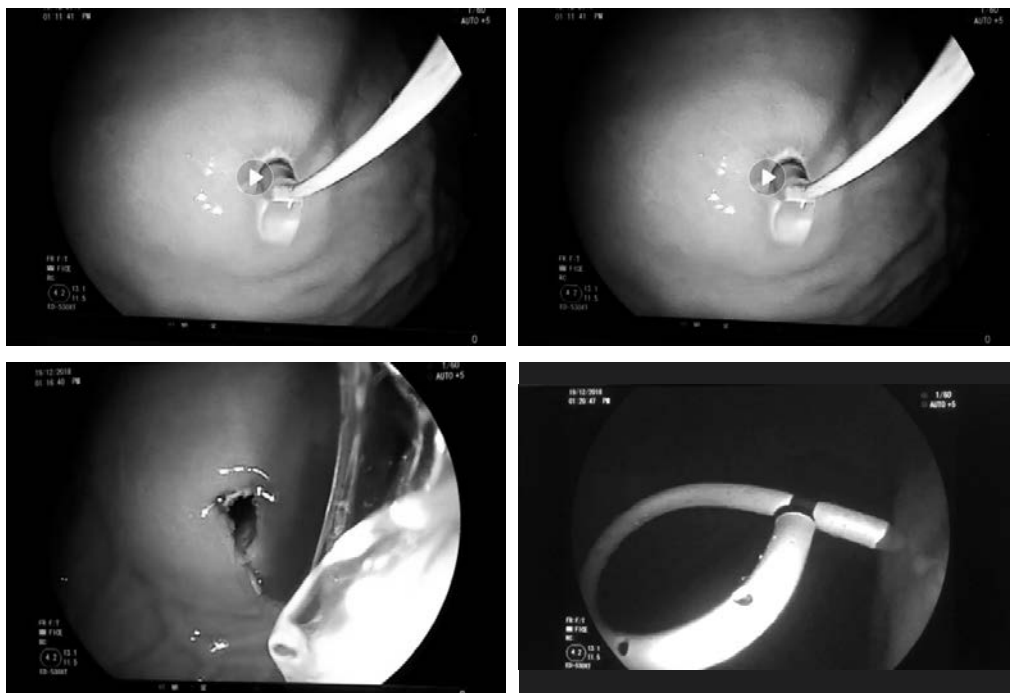


Figura 3: Derivación cistogástrica por vía endoscópica con colocación de drenaje pigtail; buen abombamiento del quiste en la cara posterior del estómago, incisión y Dilatación hidroneumática hasta 1 cm, drenaje de líquido pancreático claro.

DISCUSIÓN

En el caso reportado, es importante el antecedente de traumatismo abdominal cerrado, y la TAC que refiere sección completa de la cabeza del páncreas; las modalidades de tratamiento van desde la mera observación, en caso de descubrimiento de pseudoquistes pancreático asintomático, hasta la intervención, abierta o mínimamente invasiva. El drenaje endoscópico suele ser un tratamiento efectivo. En este caso y con los hallazgos intraoperatorios al realizar la laparotomía exploradora, y no constatar abundante necrosis, ni hallazgos sugerentes a alteración importante de la anatomía se decide el tratamiento expectante, y de acuerdo a la evolución clínica reoperar si fuera necesario; dándose una buena evolución por lo cual el paciente es reevaluado en su post operatorio media-

to y mandado de alta con controles tomográfico ulteriores.

El paciente vuelve al control por consultorio en donde refiere saciedad precoz y dispexia; se realiza una TAC simple de abdomen, en la cual se observa una gran colección líquida en la cara posterior del estómago. Por lo cual se presenta a servicio de Endoscopia y se decide su derivación cistogástrica; la cual se realiza sin complicaciones, y el posterior control tomográfico no arroja particularidades y es enviado de alta.

En conclusión el difícil manejo de este tipo de pacientes, por la forma en que se preconiza su tratamiento, que en general es agresivo; se pudiera dar a evaluar diferentes tipos de tratamientos menos invasivos de acuerdo al tipo de paciente y su evolución clínica.

REFERENCIAS

- 1- Wisner DH, Wold RL, Frey CH. Diagnosis and treatment of pancreatck injuries. Arch surg 1990; 125: 109-1133.
- 2- Nwariak Terracino A, Mileski Minsi J, Carrico J. Is octeotride benefical following pancreatk injury? The American Journal of Surgeru 1995; 170:582-5.
- 3- Cogbill TH, Moore EE, Kashuk JL. Changing trends in the management of pancreatic trauma. Arch Surg 1982; 117:722-6.

Bisegmentectomías videolaparoscópicas en hidatidosis hepática: presentación de dos casos

Videolaparoscopic bisegmentectomies in hepatic hydatidosis: presentation of two cases

*Julio Ramírez Sotomayor**, *Carlos Pffingst***, *Marcelo Ramírez****, *Magali Zuárez*****

Hospital Nacional de Itauguá, Servicio de Cirugía General. Paraguay

RESUMEN

La hidatidosis hepática sigue siendo una patología no muy frecuente en nuestro país pero siempre presente. En nuestro hospital continuamente recibimos pacientes con esta patología combinando las estrategias de resolución, la mayoría de los casos de resorte quirúrgico, siendo en mayor frecuencia la quistectomía video laparoscópica de elección. En algunos casos, el tamaño permite realizar PAIR (punción, aspiración, inyección y re-aspiración) o PEVAC (evacuación percutánea del quiste), pero en menor cantidad de pacientes. Los casos presentados (2 dos) mostraremos que el tratamiento electivo fueron bisegmentectomías videolaparoscópicas por el gran tamaño de los quistes hidatídicos.

Palabras clave: Hidatidosis hepática, hepatectomía, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Liver hydatidosis is still a pathology not very common in our country but always present. In our hospital we continuously receive patients with this pathology, combining the resolution strategies, most cases of surgical resolution, being the laparoscopic video cystectomy of choice the most frequent. In some cases, the size allows PAIR (Puncture, Aspiration, Injection and Re-aspiration) or PEVAC (percutaneous evacuation), but in a smaller number of patients. The presented cases (2 two) will show that the elective treatment was videolaparoscopic bisegmentectomies due to the large size of the hydatid cysts.

Key Words: Liver Hydatidosis, hepatectomy, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una de las principales zoonosis del mundo, donde el hombre actúa como huésped intermediario del parásito *Echinococcus granulosus*. Afecta con mayor frecuencia a hígado, bazo y pulmones, en forma de quistes. Su hallazgo suele ser casual o presentarse con complicaciones tanto intra como extra hepáticas. La comunicación con la vía biliar ocurre en un 5-15% de las ocasiones, pudiendo manifestarse como un cuadro de colangitis si existe progresión ascendente⁽¹⁻²⁾. Su diagnóstico

se basa en las pruebas de imagen, siendo la ecografía la prueba más sensible no sólo para su detección inicial sino también para su actividad y evolución. Existen varias clasificaciones como la de Garbhi y la de la OMS distinguiendo características imagenológicas y estado de actividad de los quistes. También, las tomografías contrastadas aportan lo suyo en cuanto a proximidad de venas o arterias, fundamental para decidir la técnica quirúrgica a ser utilizada⁽³⁻⁶⁾.

El tratamiento de elección para la hidatidosis hepática es la cirugía, que está indicada ante la presencia de quistes de gran tamaño, quistes infectados, de localización anatómica vital, quistes superficiales con riesgo de rotura o cuando presentan efecto "masa". La técnica quirúrgica fundamental es la periquistectomía total. Otras alternativas quirúrgicas serían la periquistectomía parcial y las hepatectomías^(1,4). El tratamiento farmacológico se basa en antiparasitarios como albendazol, mebendazol y praziquantel. Se realiza un tratamiento previo a la intervención quirúrgica: la forma de administración del albendazol es en ciclos de cuatro semanas, separadas por periodos de una a dos semanas, de 10-15 mg/kg/día. El mebendazol se administra en 40 a 50 mg/kg/día durante 3 a 6 meses, pudiéndose dar cuatro días antes de la cirugía o un mes después. El praziquantel se puede administrar una vez a la semana en dosis de 40 mg/kg asociado a albendazol^(3,5).

CASO 1

Paciente de 47 años de edad refiere cuadro de un mes de evolución antes del ingreso de dolor inicio en epigastrio, de tipo pesadez que irradia a hipocondrio izquierdo y se acompaña de náuseas y vómitos en varias oportunidades. Además de pérdida de peso de 10kg aproximadamente.

* Jefe del servicio de cirugía general


** Jefe de sala de cirugía general

*** Médico residente del tercer año

**** Médico residente de segundo año

Recibido: 14 julio de 2019 - Aceptado 25 julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Marcelo Sebastián Ramírez Romero. Email: marceloramirez89@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Examen físico abdominal sin particularidades

Se le realiza ecografía abdominal: Hígado bordes regulares. Tamaño aumentado, mide 186mm de longitud. Parénquima inhomogéneo a expensas de formación redondeada anecoica, de bordes regulares, con pared ecogénica gruesa de 100x80 mm y tabique en su interior a nivel del segmento II, compatible con quiste hidatídico.

Se solicita Tomografía con contraste de abdomen que informa: quiste de contenido in-homogéneo de 11x10 cm. (Figura 1)

Cirugía realizada: bi-segmentectomía hepática II y III video laparoscópica.

Se constata quiste hidatídico de aproximadamente 10cm de diámetro que abarca segmento II y III.

Paciente con buena evolución clínica, va de alta al 4to DPO.

Anatomía Patológica: paredes fibrosa sin revestimiento epitelial con detritus, calcificación y numerosos "ganchos" translúcidos y refringentes de escólices, tejido necrótico e inflamación crónica peri-lesional.

Parénquima hepático con arquitectura conservada. Se confirma diagnóstico.

CASO 2

Pacientes de sexo femenino, de 27 años, con antecedente de 1 mes de evolución de dolor en epigastrio tipo pesadez, posterior a la ingesta de alimentos, acompañado de náuseas y vómitos en varias oportunidades.

En el examen físico se constata abdomen plano, blando de-

presible, Doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa ni irritación peritoneal. RHA presentes.

En estudios de imagen se constata quiste hidatídico Garbhi tipo 1, de aproximadamente 8x6 cm de diámetro ubicado en segmento 2-3 del hígado, además litiasis vesicular.

Se realiza bisegmentectomía hepática izquierda (segmentos 2 y 3) + colecistectomía, por vía laparoscópica. Se constata quiste de aproximadamente 8 cm de diámetro, se realiza la resección hepática con pinza de ligasure® y suturas mecánicas lineales para ramas portales y afluentes de supra hepática.

Se confirma diagnóstico por anatomía patológica. Paciente con buena evolución es dada de alta al 5to día post operatorio, sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La hidatidosis hepática es la forma de presentación más frecuente de esta zoonosis en nuestro país⁽³⁾, en la mayoría de los casos quiste de tamaño pequeño a mediano (menores a 6 cm) en los que la resolución se basa en PAIR, PEVAC o periquistectomías video laparoscópicas⁽⁷⁾. Una pequeña cantidad de casos, acude por clínica de tumoración o saciedad precoz, indicadores de quistes de gran tamaño en quienes en nuestro servicio se realiza bisegmentectomía video laparoscópica con muy buenos resultados. La indicación principal se justifica por la proximidad y compresión a vasos portales y/o supra hepáticas, lo que dificulta mucho la disección en caso de realizar una periquistectomía.

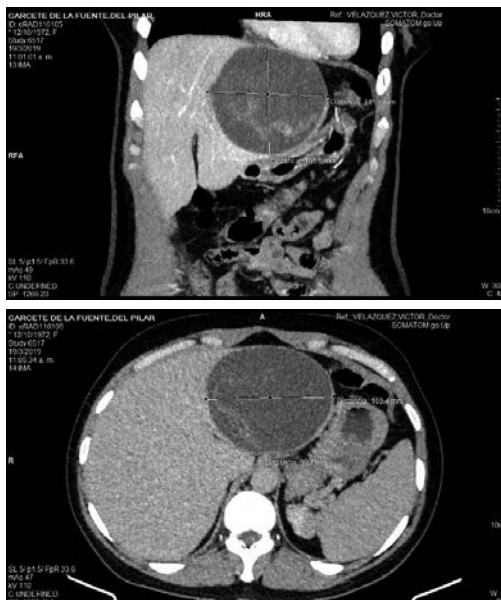


Figura 1.

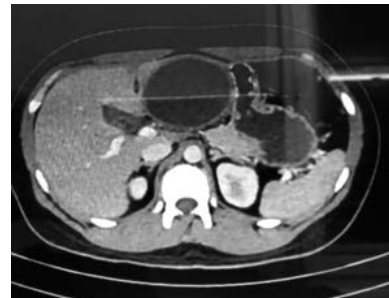


Figura 2. Quiste hidatídico Garbhi tipo 1



Figura 3. Pieza quirúrgica. Segmentos 2 y 3 del hígado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manterola D C, Moraga C J, Urrutia B S. Aspectos clínico-quirúrgicos de la hidatidosis hepática, una zoonosis de creciente preocupación. Rev. Chilena de Cirugía 2011; 63(6): 641-9.
2. Aguilar-Sheaa F, Rodríguez-López T, Bernardo-Fernández Hidatidosis hepática: revisión de tres casos. Medicina Familiar y Comunitaria. 2009; 35(6): 281-3.
3. Flecha C, Pflingst C, Ferreira M. Manejo y tratamiento de pacientes con diagnóstico de hidatidosis hepática en el Hospital Nacional de Itauguá. Rev Cir Parag 2019; 43(1).
4. Ciria Bru R, Ayllón R, Terán MD, Alconchel G F, Gómez Luque I, Moreno

- Navas A, et al. Hepatectomía derecha laparoscópica en paciente con quiste hidatídico con invasión diafragmática y porta única cuatrifurcada. Cir Esp. 2016; 94(Espec Congr):1036.
5. Pinto G PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Rev Chilena Cir 2017; 69(1):94-98.
6. Olmedo R, Ramírez J, Codos G, Insaurralde C. Quiste hidatídico primario retroperitoneal. Cirugía Española 2013; 91(7): e39.
7. Manterola C, Fernández O, Muñoz S, Vial M, Losada H, Carrasco R, et al. Laparoscopic pericystectomy for liver hydatid cysts. Surg Endosc 2002; 16:521-4.

Suprarrenalectomía derecha videolaparoscópica transperitoneal por Síndrome de Conn

Transperitoneal laparoscopic right suprarrenalectomy for Conn Syndrome

Soel Feltes*, Marcos Delgado*, Dayhana Duarte**, Miguel Ferreira***

Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay

RESUMEN

La principal causa de hiperaldosteronismo primario es el aldosteronoma, que es un adenoma de la corteza suprarrenal secretor de aldosterona; generalmente ocurre a la edad de 30 a 60 años, con predominio en mujeres en relación 1.5:1. La mayoría de las veces es unilateral, pero en raras ocasiones puede ser bilateral (8%). Hay que sospechar aldosteronoma en los pacientes que presentan hipertensión, hipocalemia y alcalosis metabólica, así como en los pacientes con antecedente familiar de hiperaldosteronismo primario, incidentaloma e hipertensión, y en la evaluación de toda hipertensión secundaria. Se reporta el caso de una paciente de sexo femenino de 51 años de edad, que consulta por parestesia de miembros superiores e inferiores, hipertensión arterial tratada con cuatro drogas antihipertensivas, de un año de evolución. Laboratorialmente se constata hipocalemia, por lo cual se solicita dosaje de aldosterona retornado en valores elevados; se solicita TAC con contraste en donde se evidencia un tumor suprarrenal derecha. Se diagnosticó aldosteronoma o síndrome de Conn con base en las concentraciones incrementadas de aldosterona sérica y tomografía axial computada abdominal que evidenció un tumor suprarrenal derecho. La paciente fue tratada con adrenalectomía laparoscópica y el estudio de patología confirmó un adenoma suprarrenal.

Palabras clave: Síndrome de Conn, Hiperaldosteronismo, hipocalemia.

ABSTRACT

The main cause of primary hyperaldosteronism is aldosteronoma, which is an adenoma of the aldosterone-secreting adrenal cortex; it usually occurs at the age of 30 to 60 years, with a predominance in women in a 1.5:1 ratio. Most of the time it is unilateral, but in rare cases it can be bilateral (8%). Suspect aldosteronoma in patients with hypertension, hypokalemia and metabolic alkalosis, as well as in patients with a family history of primary hyperaldosteronism, incidentaloma and hypertension, and in the evaluation of all secondary hypertension. We report the case of a female patient of 51 years of age, who consulted for paresthesia of upper and lower limbs, hypertension treated with four antihypertensive drugs, one-year evolution. Laboratorially hypokalemia is verified, for which aldosterone dosage is requested returned in high values; TAC with contrast is requested, where a right suprarenal tumor is evident. Aldoster-

onoma or Conn syndrome was diagnosed based on the increased serum aldosterone concentrations and abdominal computed axial tomography that showed a right suprarenal tumor. The patient was treated with laparoscopic adrenalectomy and the pathology study confirmed an adrenal adenoma.

Keywords: Conn's Syndrome, hyperaldosteronism, hypokalemia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Conn⁽¹⁾ descrito en 1955, está caracterizado por un adenoma productor de aldosterona. Es uno de los siete subtipos que actualmente conforman al hiperaldosteronismo primario. La prevalencia del hiperaldosteronismo primario se estima entre cinco y 13 % de todos los pacientes con hipertensión arterial⁽²⁾. El hiperaldosteronismo se diagnostica con más frecuencia a la edad de 30 a 60 años, con predominio en el género femenino, con una relación 1.5:1 suele ser unilateral, pero puede llegar a ser bilateral en el 8 % de los casos; en general son adenomas menores de 2 cm^(3,4). A veces es completamente asintomático; cuando producen síntomas, estos son generalmente secundarios a la hipertensión o a la hipocalemia y pueden ser calambres, cansancio fácil, palpitaciones; debilidad progresiva. Los pacientes también pueden presentar hipernatremia y alcalosis, lo cual puede generar síntomas adicionales⁽⁵⁾. La adrenalectomía laparoscópica es el estándar de oro para el abordaje de la glándula suprarrenal, disminuyendo la morbimortalidad de dicho procedimiento. La recuperación de la HTA a cifras normales es en promedio de 6 meses en un 30 a 90 % de los pacientes⁽⁶⁾.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 51 años de edad que refiere cuadro de 1 año de evolución, de episodios de parestesia de miembros infe-


* Residente de tercer año del servicio de cirugía.

** Residente de segundo año del servicio de cirugía.

*** Jefe de sala del servicio de cirugía.

Recibido el 10 abril de 2019 Aceptado 27 abril de 2019

Autor correspondiente: Soel Feltes. Email: soelfeltes@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

riores y superiores, hipertensión arterial que necesitaba cuatro drogas antihipertensivas para controlar, por lo que acude a nosocomio; se le realiza controles laboratoriales en donde se constata hipocalcemia, por lo cual se solicita dosaje de aldosterona retornando en valores elevados y se solicita TAC con contraste en donde se evidencia un adenoma de la glándula suprarrenal lado derecho (**Figura 1**).

Se decide conducta quirúrgica y se le realiza una suprarrenalectomía derecha video laparoscópica transperitoneal en decúbito lateral izquierdo, en donde se constata la glándula suprarrenal de aproximadamente de 4 cm (**Figura 2**) se realiza la suprarrenalectomía y el informe de la anatomía patológica fue un adenoma de 1,6 cm. Paciente es dada de alta a las 48 hs, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La cirugía con abordaje video laparoscópico como tratamiento del hiperaldosteronismo primario, refractario al tratamiento médico es la terapéutica de elección. La HTA es la enferme-

dad que más afecta a la población mundial en la actualidad, el aldosteronismo primario es una de las principales causas de esta afección. Los métodos diagnósticos ya bien estudiados en la actualidad son los niveles de aldosterona y renina en plasma, así como los de imagen, conformados por la TAC y la resonancia magnética⁽⁷⁾. Al realizar el procedimiento quirúrgico por esta vía se eliminan las desventajas más importantes pues la vena suprarrenal principal derecha queda en una posición más anterior, lo que facilita su disección, grapado y posibilidad de controlar un sangrado por deslizamiento de grapas o desgarro de la vena. La recuperación post operatoria es más rápida, disminuyendo la morbilidad del paciente, el sangrado intraoperatorio, el tiempo quirúrgico y su estadía hospitalaria, favoreciendo su rápida reinsertión laboral. Por tanto recomendamos el tratamiento laparoscópico transperitoneal para el tratamiento quirúrgico de las glándulas suprarrenales ya que es un abordaje seguro, eficiente y con una relación costo beneficio mucho más aceptable que en otros tipos de abordajes quirúrgicos.

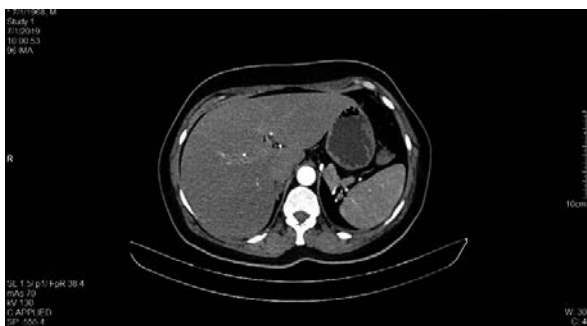


Figura 1



Figura 2

BIBLIOGRAFÍA

1. Conn JW, Louis LH. Primary aldosteronism: a new clinical entity. *Trans Assoc Am Physicians*. 1955; 68: 215-31.
2. Aronova A, Fahey TJ III, Zarnegar R. Management of hypertension in primary aldosteronism. *World J Cardiol*. 2014; 6: 227-33.
3. Uresti-Flores EL, Saucedo-Treviño LG, Gámez-Barrera H, Melo G, Valdez C, García L. Síndrome de Conn. *Med Int Méx*. 2015; 31: 210-6.
4. Diaz JC, Contreras Zuñiga E. Síndrome de Conn: descripción de un caso clínico. *Hipertension (Madr)*. 2007; 24:181-4.
5. Ziaja J, Chudek J, Król R, Pawlicki J, Wiecek A, Cierpka L et al. Rare normalization of blood pressure after unilateral adrenalectomy in 31 patients with Conn syndrome. *Langenbecks Arch Surg*. 2007; 392: 431-5.
6. Edwin B, Raeder I, Trondsen E, Kaaresen R, Buanes T. Outpatient laparoscopic adrenalectomy in patients with Conn's syndrome. *Surg Endosc*. 2001; 15: 589-91.
7. Lingam RK, Sohaib SA, Rockall AG, Isidori AM, Chew S, Monson JP, et al. Diagnostic performance of CT versus MR in detecting aldosterone-producing adenoma in primary hyperaldosteronism (Conn's syndrome). *Eur Radiol*. 2004; 14: 1787-92.

REGLAMENTO PARA AUSPICIO DE ACTIVIDADES

REGULATIONS FOR ENDORSEMENT OF EVENTS

Dr. Helmut A. Segovia Lohse
Secretario General de la Sociedad Paraguaya de Cirugía
hhaassll@gmail.com

Señor Editor:

En el seno de la comisión directiva (CD) de la Sociedad Paraguaya de Cirugía (SOPACI), y debido a las múltiples solicitudes de auspicio de actividades recibidas en los últimos años, teniendo en cuenta el estatuto de la SOPACI

*Art. 4. La SOPACI perseguirá los siguientes fines: a) promover el conocimiento de las artes y ciencias quirúrgicas en su más alto nivel, mediante la organización de congresos y eventos científicos, nacionales e internacionales, y cursos para postgraduados; b) fomentar las relaciones con sociedades y centros análogos nacionales para el mejor cumplimiento de estos fines; (...) g) velar por el ejercicio de la cirugía conforme a los cánones éticos, morales y deontológicos de la ciencia médica (...)*1

Art. 39: Son prerrogativas y obligaciones de la CD: (...) n) conferir y recovar poderes y mandatos especiales. 1

Y con el deseo de dar mayor rigor científico a las actividades organizadas por distintas entidades, se planteó la necesidad de tener un Reglamento para Auspicio de Actividades, así como lo tienen otras sociedades.²

El citado reglamento fue solicitado por CD de la SOPACI en sesión (22 de agosto de 2017). Posteriormente el borrador puesto a consideración (12 de setiembre de 2017), aprobado con modificaciones (24 de octubre de 2017) y autorizado para su publicación (28 de noviembre de 2017), según consta en actas) a fin de entrar en vigor a partir de febrero de 2018.

A continuación se presenta el Reglamento de Auspicio para las Actividades. (Versión 2, oct-2018)

Reglamento de Auspicio para las Actividades

I. Del Auspicio

Art. 1. El auspicio es el aval que la Sociedad Paraguaya de Cirugía (SOPACI) brinda a una actividad desarrollada por terceros, lo cual implica reconocer el nivel académico o científico, el beneficio a la comunidad o a los miembros de la SOPACI.

Art. 2. Podrán auspicarse todas aquellas actividades científicas que promuevan la capacitación, formación, investigación y proyectos relacionados con áreas de la cirugía o sus subespecialidades o especialidades afines, en la que el miembro de la SOPACI tenga o pueda tener participación activa.

Art. 3. Podrán recibir el auspicio de la SOPACI las siguientes actividades científicas:

- a) Congresos, reuniones, cursos, simposios y jornadas, cuyos contenidos estén relacionados con la cirugía, subespecialidades o especialidades afines.
- b) Proyectos de investigación.
- c) Libros y monografías.
- d) Documentos de consenso y guías diagnóstico terapéuticas.
- e) Cualquier otra actividad científica de interés para la cirugía.

II. Solicitud de Auspicio

Art. 4. La solicitud de auspicio será remitida al presidente de la SOPACI con 30 días de antelación a la realización de la actividad.

Art. 5. El coordinador (o responsable científico) de la actividad deberá ser miembro activo ovitalicio de la SOPACI, o miembro activo de la sociedad científica que

lo nuclea. Los disertantes deberán ser preferentemente miembros de la SOPACI o sociedades nacionales afines, o profesionales nacionales o extranjeros con antecedentes reconocidos en la especialidad.

III. Requisitos

Art. 6. En la nota de solicitud de auspicio deberán constar los siguientes datos:

- a) Denominación de la actividad.
- b) Lugar de realización y cronograma de actividades, especificando la cantidad de horas cátedra, además de teoría y práctica si lo hubiere.
- c) Objetivos que se esperan lograr en los destinatarios o participantes.
- d) Programa final o preliminar a ser desarrollado.
- e) Listado de organizadores y de los disertantes, con breve curriculum.
- f) Destinatarios.
- g) Modalidad de inscripción y aranceles.
- h) Indicar si se otorga certificado y si requiere de evaluación final.
- i) Declaración de cualquier conflicto de intereses de los participantes y temas a exponer.

Art. 7. Las actividades a ser auspiciadas no podrán coincidir en fechas con las actividades oficiales de la SOPACI.

IV. Aprobación

Art. 8. La SOPACI otorgará su auspicio a todas aquellas actividades que, a juicio de la Comisión Directiva y previo dictamen de los secretarios general y científico, cumplan con las condiciones y requisitos establecidos en la presente reglamentación. Para la aprobación será necesaria la mayoría simple.

Art. 9. La SOPACI podrá rechazar o revocar el auspicio cuando:

- a) El objetivo principal sea la promoción comercial, o sean actividades con fines de lucro.
- b) Los objetivos de la actividad no respondan a los criterios del contenido.
- c) Cuando los organizadores o disertantes de la actividad no estén alineados con la política científica e institucional de la SOPACI.

Art. 10. En caso de que el auspicio haya sido revocado por causas justificadas, la entidad solicitante y sus organizadores, estarán inhabilitados durante los siguientes 2 años a volver a solicitar cualquier tipo de auspicio a la SOPACI. Además la Comisión Directiva remitirá un informe al Tribunal de Honor de la SOPACI u sociedad correspondiente.

V. Derechos y obligaciones de los solicitantes

Art. 11. Los solicitantes serán responsables de todos los aspectos, incluido el científico, de las actividades a ser auspiciadas. Además deberán proporcionar información correcta en los requisitos, y cumplir con el desarrollo programado.

Art. 12. La concesión del auspicio da derecho a utilizar el logo de la SOPACI en la documentación o material de publicación. En su defecto se podría utilizar la frase “con el auspicio de la Sociedad Paraguaya de Cirugía”. Queda prohibido utilizar el logo o nombre de la SOPACI en cualquier material o documentación hasta que no haya sido comunicada oficialmente la concesión del auspicio.

Art. 13. La emisión de certificados o comprobantes de asistencia a la actividad auspiciada es exclusiva responsabilidad de los organizadores.

Art. 14. La SOPACI podrá promocionar las actividades auspiciadas en su página web, redes sociales u otros medios de comunicación.

VI. Control de Actividades Auspiciadas

Art. 15. Al final de la actividad, los organizadores deberán remitir a la SOPACI un listado de los organizadores y participantes de la actividad auspiciada. La SOPACI llevará un registro de actividades auspiciadas a través del secretario científico.

Art. 16. La SOPACI se reserva el derecho de realizar controles de las actividades auspiciadas a fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos y objetivos.

Art. 17. Siendo la SOPACI una entidad científica sin fines de lucro, se deja expresamente aclarado que el otorgamiento del auspicio no implica ningún beneficio económico para ninguna de las partes, ni responsabilidad laboral o comercial de ninguna índole respecto a proveedores y/o personal que el organizador pudiera contratar para la actividad.

Referencias

1. Sociedad Paraguaya de Cirugía. Estatutos Sociales. Asunción:2008
2. Palacios-Celi M, Moran-Ortiz J. Ordenando la política de auspicios académicos del Colegio Médico del Perú. Acta Méd. Peruana [Internet]. 2016 Abr; 33(2):157-158

Normas de admisión para la publicación de trabajos en “Cirugía paraguaya”

CIRUGÍA PARAGUAYA, órgano oficial de la Sociedad Paraguaya de Cirugía, considerará para su publicación aquellos trabajos clínicos o experimentales relacionados con cualquier especialidad quirúrgica o de temas afines, y que traten de contribuir en la enseñanza, desenvolvimiento o integración nacional.

Todos los originales aceptados quedarán como propiedad de **CIRUGÍA PARAGUAYA**. Los diferentes artículos serán juzgados por el Comité Científico y el Comité Editorial de la Sociedad Paraguaya de Cirugía y su fallo será inapelable. La responsabilidad de los conceptos publicados será enteramente del o los autor (es).

INFORMACIONES GENERALES

Los artículos presentados para publicaciones deberán ser inéditos, escritos a doble espacio en Word (97-2003), con letra Arial 12, separados, en formato de página tipo carta y debidamente numeradas. Las referencias, ilustraciones y tablas deberán estar numeradas en orden de aparición en el texto con números arábigos.

El autor deberá enviar una copia del trabajo a **secretaria@sopaci.org.py**, incluyendo figuras o ilustraciones al Editor de la Revista, acompañados de una carta del autor autorizando su publicación. Solamente serán aceptados para su publicación los artículos que obedecen los criterios establecidos y cuando las modificaciones solicitadas sean realizadas satisfactoriamente.

Las cartas al Editor deberán ser exclusivamente comentarios científicos relacionados a los artículos publicados en la revista **CIRUGÍA PARAGUAYA** y el **EDITOR** se reserva el derecho de publicarlas.

FORMA Y ESTILO

Los artículos deberán ser concisos y en español. Las abreviaturas deben ser limitadas a los términos mencionados repetitivamente, y cuando no alteren el entendimiento del texto y deberán ser definidos a partir de su primera utilización en páginas separadas y en el siguiente orden:

- 1- Título – título corto.
- 2- Resumen y palabras claves.
- 3- Summary and Key Words (puntos 1 y 2 en inglés).
- 4- Introducción.
- 5- Material y método.
- 6- Resultados.
- 7- Discusión.
- 8- Referencias Bibliográficas.
- 9- Datos para correspondencia: datos completos del

autor principal, domicilio, teléfono, fax, otros.

- 10- Ilustraciones.
- 11- Figura y tablas.
- 12- Otros.

CATEGORÍA DE ARTÍCULOS

- 1- **EDITORIALES:** Salvo excepciones, su redacción se hará por encargo del Comité Editorial o del editor de la revista **CIRUGÍA PARAGUAYA**, expresando las ideas personales o institucionales sobre un tema concreto de actualidad, que se refiera o no a un artículo que se publique en ese número de la Revista (máximo 6 páginas).
- 2- **ORIGINALES:** Publicación de investigaciones clínicas, experimentales o de técnicas quirúrgicas que permitan ampliar e emular el conocimiento sobre un problema quirúrgico, repetir las observaciones y juzgar sus conclusiones. Deberá estar constituido por: Resumen. Introducción. Material y Método. Discusión. Se recomienda referencias seleccionadas, limitándose al número de 20 (veinte). No exceder el máximo de 15 páginas.
- 3- **ARTICULOS DE REVISION:** Estudios retrospectivos o recapitulativos en los que se analicen informaciones ya publicadas sobre problemas quirúrgicos, completadas con aportaciones personales. No debe exceder las 20 páginas.
- 4- **CASE REPORT - RELATO DE CASOS O NOTAS CLÍNICAS:** Notas iniciales que contienen una o más informaciones nuevas, o casos clínicos infrecuentes o de interés como aporte para conocer el problema. Tendrá un máximo de 4 páginas.
- 5- **CARTAS AL EDITOR:** Publicaciones de objeciones o comentarios relativos a artículos publicados recientemente en la Revista, observaciones o experiencias que por su característica puedan ser resumidas en un breve texto (máximo 2 páginas). El Editor de la Revista no está obligado a publicar todas las cartas recibidas.

ORGANIZACIÓN DE ARTÍCULOS

- 1- **PÁGINA- TÍTULO:** El título deberá ser claro, en español; conteniendo la máxima información con un mínimo de palabras, no deberá contener fórmulas, abreviaturas, o interrogaciones. Deberá ser acompañado del (os) nombre (s) completo del autor (es), seguido de sus títulos profesionales, direc-

ción de correspondencia y mail así como el nombre de la Institución de trabajo. Para los artículos originales el número de autores será un máximo de 10 (diez) y para las notas breves y reporte de casos un máximo de cinco.

- 2- **RESUMEN - SUMMARY:** Un resumen en español y en inglés deberán acompañar al trabajo, no excediendo 200 palabras. Este resumen debe estar estructura de la manera siguiente: objetivos, material y método así como resultados con su significancia estadística y conclusión. La traducción literal del resumen debe evitarse. Los resúmenes de artículos de revisión, casos clínicos y notas técnicas no tienen necesidad de ser estructurados. Sin embargo, sus resúmenes no deberán exceder 75 palabras.
- 3- **PALABRAS CLAVES - KEY WORDS:** Según indicaciones del Index Medicus (entre 3 a 5 palabras claves).
- 4- **INTRODUCCIÓN:** Deberá indicar objetivo del trabajo, la hipótesis formulada. El porqué del trabajo. Se recomienda evitar extensas revisiones bibliográficas, historia y bases anatómicas.
- 5- **MATERIAL Y MÉTODOS:** Caracterizando la investigación, experimento o trabajo realizado, tiempo de duración, tipo de serie o población estudiada y técnicas utilizadas, proporcionando detalles suficientes y siguiendo los principios éticos de la declaración de Helsinki de 1975.
- 6- **RESULTADOS:** Relatos de las observaciones efectuadas con el material y método empleado. Estos datos pueden expresarse en detalles en el texto o en forma de tablas y figuras.
- 7- **DISCUSIÓN:** El autor intentará ofrecer sus propias opiniones sobre el tema, destacando entre otros: significado y aplicación de los resultados, consideraciones sobre inconsistencia de la metodología y las razones de validez de los resultados; relación con publicaciones similares: similitudes y diferencias, indicaciones para futuras investigaciones.
- 8- **REFERENCIAS - BIBLIOGRAFÍA:** (Según **Normas de Vancouver**) serán numeradas por orden de aparición en el texto. Todas las citas bibliográficas serán mencionadas en el texto mediante su correspondiente número arábigo y no se mencionará ningún autor que no aparezca en dichas ci-

tas. Las referencias bibliográficas se presentarán de la forma que se expone en los siguientes ejemplos: Artículos de revistas e iniciales de todos los autores si son seis o menos. Siete o más, solo se exigirán los seis primeros, seguidos de la expresión et al.: Título del trabajo en idioma original; abreviatura del nombre de la Revista acorde a con la utilización por el Index Medicus; año de publicación, volumen y página primera y última del trabajo.

Libro y monografías: Autores, título de libro, o monografía, ciudad, editorial y año de publicación. Capítulos de libros: autores, títulos de capítulo en el idioma original, apellidos e iniciales del nombre del editor o editores, título del libro, ciudad de publicación, editorial, año de publicación, y página (primera y última del capítulo).

El número de citas bibliográficas es deseable que no sobrepase de 20 (veinte) para los artículos originales, 8 (ocho) para los casos clínicos y 5 (cinco) para las notas técnicas.

- 9- **FIGURAS:** Se considerará figuras las ilustraciones, fotografías, gráficos y esquemas. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad. El autor deberá proporcionar el original en formato jpg de alta definición (300dpi). Las fotos serán publicadas en blanco y negro. Cuando se desee la publicación de fotografías en color, los gastos correrán a cargo del autor, que solicitará presupuesto a la editorial. El editor de la revista y el comité editorial se reservan el derecho de rechazar, previa información a los autores, aquellas fotografías que no reúnan la calidad necesaria para una buena reproducción. Cada figura deberá contar con un título explicativo.
- 10- **TABLAS:** Se presentarán en hojas e incluirán: a) numeración de la tabla, b) enunciado (título) y c) una sola tabla por hoja. Deberán ser claras y sin correcciones.

Los trabajos que no cumplan estrictamente estas condiciones serán devueltos a sus autores para que proceda a efectuar las modificaciones que les sean sugeridas por esta Revista.

La Redacción de **CIRUGÍA PARAGUAYA** se reserva el derecho de introducir modificaciones en los trabajos recibidos, sin alterar el sentido de los mismos, con el objeto de adaptarlos a las presentes normas de publicación.



DemeTECH[®]

“A Trusted Name in Medicine”

SUTURAS QUIRÚRGICAS

DEMETECH Corporation USA



Representa y Distribuye:
**DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS
PARA MEDICINA S.R.L.**

www.dpm.com.py

Tel: 495 056 R.A. - Fax: 445 248

Dir: Milano 649 c/15 de Agosto