ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

PRESIDENTE
Vicente P. Gutiérrez

VICEPRESIDENTE
Humberto Faraoni

SECRETARIO GENERAL
Jorge A. Sívori

DIRECTOR DE PUBLICACIONES
Elías Hurtado Hoyo

SECRETARIO ANUAL
Martín E. Mlhura

TESORERO
Fernando Bonadéo Lassalle

DIRECTOR DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO
Julio A. Díez

VOCALES
Carlos T. Sampere
Jorge E. Alberti
ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

MIEMBROS FUNDADORES

30 de septiembre de 1911

José Arce
Enrique Bazterrica
Eduardo F. Beláustegui
Pedro Benedít
Máximo Castro
Francisco Castro
Daniel J. Cranwell
Pedro Chutro
Juan B. Emina
Antonio C. Gandolfo
Avelino Gutiérrez
Marcelino Herrera Vegas
José M. Jorge
Bernardo Mariani
Francisco Llobet
Armando R. Marotta
Arturo J. Medina
José F. Molinari
Juan O'Connor
Pascual Palma
David F. Prando
Carlos Robertson Lavalle
Miguel Sussini
Leandro Valle
Marcelo Viñas
Arturo Zabala
ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

PRESIDENTES

1913 - Antonio Gandolfo
1914 - Pascual Palma
1915 - Marcelino Herrera Vargas
1916 - Pedro Chutro
1917 - Marcelo Viñas
1918 - Máximo Castro
1919 - David F. Prando
1920 - Daniel Cranwell
1921 - Eduardo F. Beláustegui
1922 - Enrique Fincichietto
1923 - Enrique Bazterraca
1924 - José M. Jorge
1925 - Luís A. Tamini
1926 - Arturo Zabala
1927 - Armando R. Marotta
1928 - José Arce
1929 - Oscar Copello
1930 - Roberto Solé
1931 - Alejandro Ceballos
1932 - Adrián J. Bengolea
1933 - Rodolfo A. Rivarola
1934 - Rodolfo E. Pasman
1935 - Manuel Ruiz Moreno
1936 - Bartolomé N. Calcagno
1937 - Adolfo N. Landívar
1938 - Delfor del Valle
1939 - Ricardo Rodríguez Vallegas
1940 - Tomás B. Kenny
1941 - Alberto Rodríguez Egaña
1942 - Alberto Gutiérrez
1943 - Carlos J. Allende
1944 - Pedro Jáuregui
1945 - Oscar Ivanishevich
1946 - Vicente Gutiérrez
1947 - Luis E. Paglieri
1948 - Angel F. San Martín
1949 - Osvaldo Mazzini
1950 - Ricardo Donovan
1951 - Alejandro J. Pavlovsky
1952 - Ernesto Cornejo Saravia
1953 - José A. Caeiro
1954 - Juan C. Bidart Malbrán
1955 - José Vals
1956 - Mario M. Brea
1957 - Julio Diez
1958 - Carlos E. Ottolenghi
1959 - Carlos Velasco Suárez
1960 - Marcelo Gamboa
1961 - Aníbal S. Introzzi
1962 - Iván Goñi Moreno
1963 - Alberto E. Baila
1964 - Guillermo E. Belleville
1965 - Juan R. Michans
1966 - José E. Rivarola
1967 - Diego E. Zabaleta
1968 - Héctor Marino
1969 - Alfredo Llamíbas
1970 - Rodolfo Varela Chioese
1971 - Adolfo M. Rey
1972 - Jorge Sánchez Zinny
1973 - Juan C. Casiraghi
1974 - Julio V. Uriburu
1975 - Armando G. Russo
1976 - Andrés A. Santas
1977 - Guillermo F. Cottini
1978 - Alberto E. Laurence
1979 - Angel N. Bracco
1980 - Enrique P. Viacava
1981 - Wolfgang G. Lange
1982 - Clemente J. Morel
1983 - Jorge Manrique
1984 - Roberto A. Gárriz
1985 - Rubén Siano Quiros
1986 - Juan J. Fontana
1987 - Eduardo Schieppati
1988 - Federico R. Piñeau
1989 - Santiago G. Perera
1990 - Fortunato Benaim
1991 - Miguel A. Figueroa
1992 - Horacio Achával Ayerza
1993 - Enrique M. Beveraggi
1994 - Manuel A. Casal
1995 - Eduardo R. Trigo
1996 - Vicente P. Gutiérrez
ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

SECRETARIOS GENERALES

1913 - 1918 Daniel J. Cranwell
1918 - 1923 José M. Jorge
1923 - 1928 Oscar Copello
1928 - 1933 Rodolfo E. Pasman
1933 - 1938 Ricardo Rodríguez Villegas
1938 - 1943 Pedro Jáuregui
1943 - 1948 Osvaldo F. Mazzini
1948 - 1953 Marcelino J. Vermejo
1953 - 1958 Carlos Velasco Suárez
1958 - 1963 Guillermo L. Belleville
1963 - 1968 Alfredo Llambías
1968 - 1972 Juan C. Casiraghi
1972 - 1976 Guillermo F. Cottini
1976 - 1980 Wolfgang G. Lange
1980 - 1984 Rubén Siano Quirós
1984 - 1988 Santiago G. Perera
1988 - 1992 Enrique M. Beveraggi
1992 - 1995 Miguel A. Gómez
1995 - 1996 Dino B. Sfarcich

Miembros Honorarios Nacionales

1994 - Baro, Manuel R. (1973)
1992 - Benaim, Fortunato (1963)
1981 - Bracco, Angel N. (1955)
1996 - Casal, Manuel A. (1967)
1985 - Cereseto P. L. (1967)
1988 - Fontana, Juan J. (1969)
1985 - Mainetti, José M. (1952)
1985 - Manrique, Jorge (1961)
1974 - Marino, Héctor (1946)
1994 - Moroni, Jorge M. (1977)
1990 - Pilheu, Federico R. (1962)
1987 - Siano Quirós, Rubén (1967)
1975 - Uriburu, Julio V. (1949)
1982 - Viacava, Enrique P. (1948)

Miembros Eméritos

1982 - Abelenda, Eloy F. (1965)
1993 - Barg, Salomón (1970)
1993 - Barletta, Leonardo (1967)
1987 - Barrantes, Néstor E. (1967)
1990 - Bianchi Donaire, Pedro (1971)
1990 - Buquet, Jorge A. (1971)
1988 - Carbonetto, Eugenio (1973)
1981 - Carpanelli, Juan B. (1973)
1982 - Corrao, Francisco H. (1967)
1979 - Courretot, Máximo F. (1967)
1989 - Deschamps, Jorge H. (1964)
1995 - Durán, Manuel O. (1979)
1990 - Dussaut, Alejandro (1973)
1982 - Etala, Emilio (1963)
1993 - Farache, Salomón (1985)
1992 - Fernández Valoni, Arsenio (1973)
1981 - Ferreira, Jorge A. (1955)
1988 - Gil Mariño, Juan (1969)
1993 - Grandval, Carlos M. (1975)
1990 - Guerrero, Rubén (1975)
1993 - Lacour, Raúl (1976)
1992 - Lareo, Carlos (1977)
1979 - Loyúdice, Francisco  (1956)
1976 - Martiarena, Lorenzo  (1950)
1985 - Óñate, Teófilo  (1964)
1996 - Otero, Atlió P.  (1971)
1991 - Piégari, Mario N.  (1975)
1976 - Piquè, José A.  (1950)
1984 - Roger, Vicente  (1966)
1991 - Tiscornia, Osvaldo M.  (1979)
1995 - Vadra, Juan E.  (1974)
1984 - Vega, César A. de la  (1962)
1982 - Viqueira Casal, José B.  (1963)
1985 - Yavicolli, Oscar  (1970)
1987 - Yoel, José  (1969)

Miembros Académicos

1978 - Abelleza, Jorge  (1980)
1994 - Ahumada, Juan Carlos  (1988)
1993 - Alveez Rodríguez, Juan E.  (1987)
1983 - Barredo, Claudio  (1977)
1985 - Barrionuevo, Mario E.  (1976)
1987 - Bonadeo Lassalle, Fernando  (1971)
1981 - Bracco, Aldo  (1975)
1993 - Bumaschny, Eduardo  (1987)
1987 - Campana, Juan M.  (1980)
1983 - Caruso, Enrique S.  (1978)
1983 - Cervini, Osvaldo E.  (1975)
1995 - Cimino, Conrado  (1990)
1978 - Corbelle, Jorge L.  (1972)
1986 - Curutchet, H. Pablo  (1978)
1988 - De Marco, Silvio  (1983)
1981 - Faraoni, Humberto  (1975)
1986 - González Aguilar, Osvaldo  (1981)
1977 - Hulskamp, Pedro  (1971)
1991 - Olaciregui, Juan Carlos  (1977)
1990 - Oría, Alejandro S.  (1977)
1991 - Paladino, Alberto  (1986)
1979 - Pradier, Roberto N.  (1969)
1994 - Rosenberg, Moisés  (1968)
1984 - Sala, Carlos A.  (1979)
1984 - Santángelo, Héctor D.  (1979)
1995 - Santibañes, Eduardo de  (1989)
1985 - Sfarchich, Dino B.  (1979)
1982 - Sivori, Enrique A.  (1975)
1983 - Sivori, Jorge A.  (1977)
1988 - Suárez, Aldo R.  (1977)
Miembros Asociados

1995 - Albertengo, Juan Carlos
1994 - Almanza, José M.
1993 - Apostegui, Carlos
1995 - Arozamena, Carlos J.
1994 - Benatti, Mario L.
1987 - Bilencia, Oscar
1994 - Bun, René F.
1991 - Buroni, José R.
1992 - Casalnuovo, Carlos A.
1991 - Ciardullo, Miguel A.
1991 - Chiappetta Porras, Luis T.
1991 - Del Soldato, Guillermo
1991 - Della Torre, Horacio A.
1986 - De Rosa, Roberto A.
1992 - Donnelly, Eduardo
1994 - Enrici, Ermengildo A.
1991 - Esteva, Hugo
1994 - Etchevery, Ricardo M.
1995 - Galindo, Fernando

1993 - Graziano, Alfredo
1991 - Guasch, Jorge
1995 - Iñon, Alberto E.
1992 - Irribarren, Claudio
1992 - Manrique, Jorge L.
1993 - Mihura, Martín E.
1991 - Muzzio, Santiago
1987 - Obejero, Enrique
1979 - Ortíz, Frutos Enrique
1992 - Papendieck, Cristóbal
1993 - Pataro, Eduardo F.
1993 - Pittaluga, Roberto D.
1993 - Puigdevall, Juan C.
1993 - Rodríguez Martín, Jorge A.
1991 - Silva, Norberto A.
1990 - Torino, Francisco D.
1986 - Trainini, Jorge C.
1992 - Troiano, Rodolfo A.
1995 - Vassallo, Bartolomé C.

Miembros Correspondientes Nacionales

1981 - Acosta, Juan M.
1982 - Aguirre, Félix M.
1986 - Amarillo, Hugo R.
1993 - Amariso, José
1967 - Andrada, Juan G.
1976 - Asliz, Juan M.
1979 - Berri, Ricardo A.
1992 - Bosch Andrada, Juan P.
1993 - Cabral Ayarragaray, Arturo
1983 - Cafasso, Juan C.
1977 - Centarti, Juan C.
1991 - Ciribe, Jorge R.
1984 - Defelitto, Jorge R.
1985 - Facciuto, Enrique M.
1989 - Fassi, José C.
1994 - Gil, Octavio A. R.
1983 - Gorostiague, Néstor P.
1982 - Gramática, Luis
1974 - Mammoni, Osvaldo H.
1987 - Martínez Marull, Alfredo
1984 - Martini, Roald B.
1993 - Milano, Mario J.
1981 - Navarini, Emilio A.
1984 - Norné, Jorge A.
1995 - Rodríguez, Jorge Raúl
1994 - Rodríguez Otero, Juan Carlos
1992 - Ruiz, Pedro L.
1993 - Secchi, Mario
1986 - Seineldin, Semy
1992 - Sofía, Vicente A.
1991 - Sonzini Astudillo, Pablo E.
1995 - Tomasiní, Marcos
1992 - Torres, Ricardo A.

Miembros Correspondientes Extranjeros

1994 - Birolini, Dario (Brasil)
1994 - Bismuth, Henri (Francia)
1976 - Clemente, Antonio (Caracas, Venezuela)
1979 - Cutait, Daher (San Pablo, Brasil)
1978 - Durán Sacristán, Hipólito (Madrid, España)
1992 - Florez Espinosa, Enrique (México)
1993 - Gazzaniga, G. Márzimo (Italia)
1978 - Goligher, John C. (Leeds, Inglaterra)
1993 - Habr’Gama, Angelita (Brasil)
1992 - Hugier, Michel (París, Francia)
1993 - Laffaye, Horacio A. (U.S.A.)
1992 - Launois, Bernard, (Reims, Francia)
1978 - Leger, Lucien (París, Francia)
1992 - Lyra, Ezequiel (Santiago, Chile)
1975 - Mercadier, Maurice (París, Francia)
1993 - Moreno González, Enrique (España)
1995 - Naruke, Tsuguo (Tokyo, Japón)
1975 - Netto, Juan A. (Asunción, Paraguay)
1996 - Nin Vivo, Jorge (Montevideo, Uruguay)

1956 - Palma, Eduardo C. (Montevideo, Uruguay)
1976 - Patiño, José F. (Bogotá, Colombia)
1995 - Pellegrini, Carlos (U.S.A.)
1995 - Pinotti, Henrique W. (São Paulo, Brasil)
1993 - Praderi, Raúl (Montevideo, Uruguay)
1996 - Rossi, Ricardo (Chile)
1976 - Romo Diez, Xavier (México)
1994 - Sonneborn, Ricardo (Chile)
1994 - Terz, José (U.S.A.)
1951 - Young, Hugo (Baltimore, U.S.A.)
Comunicaciones

Análisis comparativo de la cirugía de la necrosis pancreática en las dos últimas décadas. Rodolfo A. Troiano MAAC, Jorge Carrilat MAAC y Domingo P. Carriquíri MAAC .................................................. 123

Fundamentos para la indicación de cirugía carotidea sin arteriografía preoperatoria. Ricardo M. Etcheverry MAAC, Fernando Gette, Vicente Varone, Juan C. Gerez Padilla y Dino B. Sfarcich MAAC 129
Discusión: Jorge Abellegra MAAC, Eduardo D. Pataro MAAC y Carlos A. Sala MAAC ......................... 137
Cierre de la Discusión: Ricardo M. Etcheverry MAAC ................................................................. 137

Aneurismas carotídeos extracraneales. Miguel A. Lucas MAAC, Luis F. Lucas MAAC y Carlos Ballester Cuenca ................................................................................................................................. 139
Discusión: Federico R. Pilheu MAAC, Rubén Siano Quirós MAAC, Roberto Pittaluga MAAC y Dino B. Sfarcich MAAC ................................................................. 143
Cierre de la Discusión: Miguel A. Lucas MAAC ................................................................................. 145

Cirugía Tiroidea. Internación breve. Juan C. Ahumada MAAC, Sergio D. Madeo MAAC, Marcelo V. Cérclí y Martín I. Hauri ................................................................................. 146
Discusión: Federico R. Pilheu MAAC, E. Roberto Vidal MAAC, Eduardo F. Pataro MAAC, Osvaldo González Aguilar MAAC FACS, Federico J. Guart MAAC, Mario Acosta Pimentel MAAC FACS, Jorge L. Manrique MAAC y Roberto de Rosa MAAC................................. 150
Cierre de la Discusión: Juan C. Ahumada MAAC .............................................................................. 153

Presentación de Caso

Prótesis autoexpansible ubicada por vía percutánea en una fistula biliodigestiva espontánea. Rodolfo Mazzariello MAAC FACS y Oscar L. Novas MAAC ................................................................. 154

Evolución alejada de «by pass» aortobiliaco. Aneurismas múltiples. Dino B. Sfarcich MAAC y Ricardo M. Etcheverry MAAC ............................................................................. 156

Relato

Linfomas del intestino delgado y cirugía. Fernando Galindo MAAC, Pablo Fernández Marty MAAC, Zulema Kogan, Sonia Díaz, Mario E. Barugel, Ricardo Dos Santos y Dardo Chiesa MAAC (relator) .... 157
Discusión: Pedro Hülskamp MAAC ................................................................................................ 166
Cierre de la Discusión: Fernando Galindo MAAC y Dardo Chiesa MAAC ..................................... 166

Sesión Pública Solemne

Discurso del Sr. Presidente Saliente, Eduardo R. Trigo MAAC FACS...................................................... 168
Informe del Sr. Secretario Anual, Miguel A. Ciardullo MAAC FACS ..................................................... 169
Elogio del Dr. Miguel Angel Gómez MAAC FACS FCCP Dino B. Sfarcich MAAC ......................... 170
Discurso del Sr. PresidenteEntrante, Vicente P. Gutiérrez MAAC FACS .................................................. 172
Balance General al 28 de febrero de 1996 ....................................................................................... 174
Communications

Comparative study of surgery in pancreatic necrosis in the last 2 decades. Rodolfo A. Troiano MAAC, Jorge Carrillat MAAC and Domingo P. Carriquiri MAAC .............................................................. 12

Performing carotid surgery without preoperative angiography. Ricardo M. Etcheverry MAAC, Fernando Geite, Vicente Varone, Juan C. Gerez Padilla and Dino B. Sfarich MAAC .................................................. 12
Discussion: Jorge Abelleira MAAC, Eduardo D. Pataro MAAC and Carlos A. Sala MAAC ........... 13
Closing: Ricardo M. Etcheverry MAAC ............................................................ 13

Extracranial carotid aneurysms. Miguel A. Lucas MAAC, Luis F. Lucas MAAC and Carlos Ballester Cuenca ................................................................. 13
Discussion: Federico R. Pilheu MAAC, Rubén Siano Quirós MAAC, Roberto Pittaluga MAAC and Dino B. Sfarich MAAC .................................................. 14
Closing: Miguel A. Lucas MAAC ................................................................. 14

Thyroid surgery. Brief hospital standing. Juan C. Ahumada MAAC, Sergio D. Madeo MAAC, Marcelo V. Clerici and Martin I. Hauri ................................................................. 14
Discussion: Federico R. Pilheu MAAC, E. Roberto Vidal MAAC, Eduardo F. Pataro MAAC, Osvaldo González Aguilar MAAC FACS, Federico J. Gruart MAAC, Mario Acosta Pimentel MAAC FACS, Jorge L. Marínique MAAC and Roberto De Rosa MAAC .................................................. 15
Closing: Juan C. Ahumada MAAC ................................................................. 15

Cases Report

Autoexpandible prosthesis by percutaneous approach in spontaneous biliodigestive fistula. Rodolfo Mazzariello MAAC FACS and Oscar L. Novas MAAC ................................................................. 154

Late results of aortobiliar by pass. Multiple Aneurysms. Dino B. Sfarich MAAC and Ricardo Etcheverry MAAC ................................................................. 156

Report

Primary small bowel lymphomas and surgery. Fernando Galindo MAAC, Pablo Fernández Martí MAAC, Zulema Kogan, Sonia Díaz, Mario E. Barugel, Ricardo Dos Santos and Dardo Chiesa MAAC (reporter) ................................................................. 157
Discussion: Pedro Hülskamp MAAC ................................................................. 158
Closing: Fernando Galindo MAAC and Dardo Chiesa MAAC ................................................................. 158

Annual Public Session

Eduardo R. Trigo MAAC FACS, Past President ................................................................. 161
Miguel A. Clardullo MAAC FACS, Annual Secretary ................................................................. 161
Dino B. Sfarich MAAC, Eulogy of Miguel Angel Gómez MAAC FACS FCCP ................................................................. 170
Vicente P. Gutiérrez MAAC FACS, President elect ................................................................. 172

General Balance, February 28, 1996 ................................................................. 174
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CIRUGÍA DE LA NECROSIS PANCREÁTICA EN LAS DOS ÚLTIMAS DÉCADAS

Dres: Rodolfo A. Troiano MAAC, Jorge Carrillat MAAC y Domingo P. Carriquiri MAAC

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL POLICLÍNICO CENTRAL METALÚRGICO

RESUMEN

Con la finalidad de examinar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de la necrosis pancreática se analizan retrospectivamente 31 pacientes a los que se les practicó necrosectomía en un lapso de 20 años (1971-1990).

En la serie predominó el sexo masculino (22 enfermos). Se detallan las características clínicas que, junto a las pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes, permitieron sospechar la necrosis con infección y decidir la oportunidad quirúrgica.

La mortalidad global postoperatoria fue de 11 pacientes (35,48%). En la primera década sobre 12 operados observamos una letalidad de 8 casos (66,66%), mientras que en el segundo decenio ésta se redujo a 3 observaciones (15,78%).

La completa exéresis de los tejidos desvitalizados y el aporte de una correcta reanimación pre y postoperatoria en unidades de cuidado intensivo, sumados a una nutrición parenteral o enteral que permitió evitar una realimentación oral temprana, a un mejor manejo infectológico y a la incorporación de nuevos procedimientos de diagnósticos por imágenes constituyeron la base para mejorar los resultados en los últimos 19 casos de nuestra casuística.

SUMMARY

With the purpose of examining our results in the surgical treatment of pancreatic necrosis 31 patients were analyzed retrospectively, on which necrosectomies during a lapse of 20 years (1971-1990) were practiced.

In the series the male were predominant with 22 cases. The clinic characteristics are detailed together with the laboratory tests and diagnosis through images, these allowed the suspicion of necrosis with infection and to decide on the surgical opportunity.

The postoperative global mortality was of 11 cases (35.48%). During the first decade on a basis of 12 operations a deadliness of 8 observations (66.66%) whereas in the second decade this amount was reduced to 3 observations (15.78%) was seen.

The complete resection of devitalized tissues and the contribution of a correct pre and post operative reanimation in intensive care units, together with a parenteral or enteral nutrition which would allow avoiding an early oral realimentation to a better infectological management. The incorporation of new procedures in diagnosis through images constituted the basis to improve the results in the last 19 observations of our medical report.

Palabras clave: páncreas - necrosis - cirugía

Rev. Argent. Cirug, 1996; 70: 123-128

La terapéutica de la necrosis pancreática secundaria a pancreatitis aguda es uno de los temas controvertidos de la patología pancreática.

Año atrás, las dificultades en precisar el diagnóstico y en determinar la oportunidad quirúrgica, así como cierta confusión y escéptico en los recursos quirúrgicos a emplear, acrecentaron la complejidad de esta afección, situación que se vio reflejada en los resultados adversos de la cirugía, gravada con alta mortalidad.

En la última década el advenimiento de los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos han posibilitado una menor morbimortalidad en el tratamiento de los pacientes intervenidos por pancreatitis aguda necrótica.

Es objetivo de este trabajo el llevar a cabo un análisis retrospectivo de nuestra experiencia en la terapéutica quirúrgica de esta afección comparando los resultados obtenidos en las 2 últimas décadas por un mismo grupo de trabajo.
MATERIAL Y MÉTODOS

En un lapso de 20 años comprendido entre enero de 1971 y diciembre de 1990, fueron operados 31 pacientes portadores de necrosis pancreática a quienes se les practicó necrosectomías y/o secuestrectomías, 12 de ellos correspondieron a la primera década.

Hubo en la serie un neto predominio del sexo masculino (22 observaciones). La edad media fue de 48,74 años, con un rango de 30 y 74 años. La mayor incidencia correspondió a la 6ª década de la vida.

La etiología de la pancreatitis aguda se ve en el Cuadro 1. En 2 pacientes no pudo determinarse el factor desencadenante.

Los síntomas y signos comunes a la mayor parte de los casos estuvieron representados por hipertermia superior a 38°C (77%), dolor en el hemiabdomen superior (67%), taquicardia mayor de 120 por minuto (58%), vómitos persistentes (48%), masa abdominal palpable en epigastrio e hipococondrio izquierdo (45%), leucocitosis por encima de 18000 leucocitos/mm³ (87%) e ileo prolongado (45%). La hipotensión se observó en 12 ocasiones (38%), shock en 9 (29%), alteraciones psíquicas en 8 (25%), ictericia en 6 (19%), insuficiencia renal en 5 (16%) y hemorragia digestiva en 2 (6%). Nueve pacientes presentaron hipermetabolismo (23%) y 10 derrame pleural (32%).

Los hemocultivos fueron positivos y polimicrobianos en 14 de las 31 observaciones (45,16%), y los gérmenes predominantes pseudomonas aeruginosa y escherichia coli.

En los 19 pacientes con necrosis pancreática asistidos entre 1981/1990 hemos incorporado los signos pronósticos de Ranson19. En base a ellos hallamos que 12 enfermos (66,66%) correspondieron en su inicio a formas graves de pancreatitis y 6 a leves (33,33%).

En la primera serie de 12 pacientes operados entre 1971 y 1980 se emplearon solamente la radiología directa (n = 12) y/o contrastada (n = 4) para el diagnóstico de la enfermedad. En una ocasión se efectuó arteriografía del tronco celíaco observando compresión de la arteria hepática común.

En la segunda década 1981/1990 (19 pacientes), al estudio radiológico directo (19 casos) se incorporó el examen sonográfico (n = 14) y/o la tomografía computarizada (n = 18).

La placa simple del abdomen realizada en todos los pacientes reveló ileo regional en 14 observaciones (45%), efecto de masa centro abdominal en 9 oportunidades (29%) y borbomiento del psoas en 8 (25%). La radiología torácica efectuada en todas las ocasiones demostró derrame pleural izquierdo en 10 enfermos (32%).

La seriada gastroduodenal objetivó desplazamiento anterior gástrico, apertura del marco duodenal y/o descenso del ángulo de Treitz en las 4 eventualidades en que se llevó a cabo, y el hallazgo de divertículo yuxtaapilar con refl ujo duodenobiliar en una ocasión.

La ecografía biliopancreática realizada en 14 pacientes, dentro de los primeros cuatro días del inicio del cuadro agudo, determinó el hallazgo de litiasis vesicular en todos aquellos que padecían esta afección (6/14 = 42,8%). En un enfermo detectó litiasis coledociana, hecho que corroboró la cirugía. Solamente objetivó el aumento del páncreas en 4 oportunidades (4/14 = 28,57%).

La tomografía abdominal computarizada (TAC) permitió apreciar las lesiones pancreáticas, peripancreáticas y asociadas. Se realizaron TAC preoperatorias en 18 de los 19 pacientes tratados en la 2ª década, hallando lesiones:

a) A nivel pancreático: aumento de su tamaño (18) irregularidad del contorno (17) y/o áreas hipodensas (11).

b) A nivel peripancreático: edema (12), engrosamiento de la fascia de Gerota y lateroconal (10), colecciones retroperitoneales (10) y/o presencia de gas (2).
c) A nivel extrapancreático: ascitis (2), derrame pleural (6), litiasis vesicular (2).

Siempre se realizó tratamiento médico de sostén durante el período agudo: antiácidos, hidratación y expansores plasmáticos para el tratamiento del shock, descompresión nasogástrica, anticolinérgicos y/o bloqueantes H₂ y antibióticoterapia de amplio espectro. No hemos recurrido al empleo de ambuladores enzimáticos.

Desde el comienzo de los síntomas y hasta la indicación quirúrgica transcurrieron 4 días en el más temprano y 75 en el más tardío, con una media de 29,23 días. Cabe aclarar que el paciente operado a los 75 días del inicio de su cuadro abdominal había sufrido episodios de pancreatitis aguda. En la primera década la oportunidad quirúrgica se adoptó a los 19,75 días promedio del inicio del cuadro clínico, mientras que en la segunda década la cirugía se llevó a cabo con una media de 35,52 días.

La laparotomía demostró citoesteatonecrosis extendida en todas las observaciones; siguiendo a Edelman² registramos necrosis pancreática extromocorporeal en 11, cefalomistromocorporal con focos múltiples en 7, cefálica e istmática en 6, corporeal en 4 y total en 3. Como patología asociada litiasis vesicular en 9 pacientes y litiasis coledociana en 1.

En el segundo decenio hemos tratado de distinguir entre las necrosis pancreáticas centroparenquimatosas y peripancreáticas. Sin embargo, ello no ha sido fácil en muchas ocasiones en razón del escaso de la necrosis pancreática que impidió una adecuada exploración de la glándula, particularmente su cara posterior izquierda; o porque en oportunidades fue confundida con una necrosis centroparenquimatosa por su gran espesor. En 12 de 19 pacientes de esta serie la anatomía quirúrgica indicaba que 9 eran peripancreáticos (75%) y 3 centroparenquimatosos (25%).

En todos los pacientes se efectuaron necrosectomías y/o secuestrectomías. A uno de nuestros primeros enfermos, operado en forma temprana, con necrosis istmática, se le agregó, por razones tóxicas, una pancreatectomía corporeo-caudal.

La necrosectomía se efectuó a través de la vía intergastrocolítica en 18 pacientes, por el mesocolon transverso en 5 casos, por vía intergastrocolítica retroduodenal en 3 ocasiones, por vía intergastrocolítica y mesocolon transverso en 3 enfermos y por vía retroduodenal y mesocoelon transverso en 2 oportunidades.

La colangiografía preoperatoria demostró vía biliar indemne en 4 pacientes operados previamente de la vía biliar. La colangiografía operatoria fue realizada en 22 de las 31 observaciones (79,96%), hallándose litiasis ductal en una ocasión.

Como operaciones asociadas se ejecutaron drenajes cavitarios en todos los enfermos, 19 yeyunostomías, 12 colecistostomías, 9 gastrostomías, 9 colecistectomías por litiasis y 1 coledocotomía para extracción de lito con coledocoaguje.

En 27 pacientes se procedió al cierre de la laparotomía con drenaje por contrabertura para ulteriores lavados a través de estos últimos. En 4 casos se dejó abierto, con malla de poliglactina, pero sin incorporar las curaciones postquirúrgicas propuestas por Bradley⁶.

Siempre hemos evitado una realimentación oral temprana y hemos sustituido la misma por alimentación parenteral o enteral, por yeyunostomía o sonda K108 a nivel yeyunal.

**RESULTADOS**

La mortalidad global de la cirugía fue de 11 pacientes (35,48%). En la 1ª década alcanzó al 66,66% (8/12) y en los 19 operados del último decenio al 15,78% (3/19), diferencia estadísticamente significativa (p < 0,012).

En nuestros 12 operados de la 1ª década se observó cuadro séptico en 9 (75%), de los cuales 2 se complicaron con hemorragia digestiva y fistula pancreática; 4 presentaron supuración prolongada por la herida. Un paciente debió ser reintervenido para extirpar tejido glandular necrosado al décimo día de su postoperatorio (se trababa de nuestro operado más temprano: 4° día). Fallecieron 8 enfermos entre el 8° y los 90 días de operado (7 por sepsis y 1 por tromboembolismo).

**CUADRO 2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Operados</th>
<th>Fallecidos</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1971/1980</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>1981/1990</td>
<td>19</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

p < 0,012 (T. de Student)
pulmonar agudo al ser dado de alta) (Cuadro 2). Cuatro pacientes curaron sin secuelas.

En la 2ª década, de 19 pacientes, 13 (68,42%) evolucionaron con sepsis, y de éstos 2 se complicaron con hematemesis por lesión aguda de la mucosa gástrica y otro con fistula entérica que evolucionó favorablemente con tratamiento médico. Además 2 operados sufrieron neumopatía que superaron con tratamiento médico, y otros 7 supuración persistente de la herida.

Fallecieron 2 enfermos por sepsis a los 3 y 12 días de operados y otro por tromboembolismo pulmonar agudo a los 21 días de su intervención. De los 3 fallecidos de esta serie, en base a los signos pronósticos de Ranson15, 2 correspondieron a pancreatitis grave y 1 a leve; y con respecto a la clasificación tomográfica de Ranson16, 2 eran del grado E y uno del D.

En cuanto a la evolución alejada de los 20 pacientes operados cabe consignar que 9 sufrieron eventuaciones que obligaron a reparación plástica dentro del año de la intervención pancreática. Sólo 2 desarrollaron diabetes, uno de ellos en el postoperatorio inmediato de tipo insulino dependiente y el otro a los 6 meses, que controla hasta la fecha con hipoglucemiantes orales.

**DISCUSIÓN**

La necrosis pancreática es una patología infrecuente por lo que para diagnosticarla hay que pensar en ella, de modo especial cuando su forma de presentación es postoperatoria, complicación que hemos registrado en 6 oportunidades. Consideramos práctico emplear los conceptos expuestos por Edelmann y Bouteiller6 quienes estiman que existe una pancreatitis necrótica cuando luego de 2 ó 3 días de tratamiento médico los signos clínicos no mejoran francamente y existen indicios de «gravedad» tales como fiebre, ictericia, hemorragia digestiva, derrame pleural, insuficiencia renal, encefalopatía, masa abdominal palpable y leucocitosis e hipocalcemia. Ello nos ha sido de utilidad en nuestra casuística, de modo especial en la primera década en que nos hallábamos limitados en cuanto a los procedimientos de diagnóstico, que dispusimos en nuestro medio a partir de 1980 (ecografía y TAC).

Recientes publicaciones sugieren la posibilidad de identificar la presencia y extensión de la necrosis en pancreatitis graves mediante la deter-minación en suero de proteína C reactiva, 7 alfa-1-antitripsina y alfa-2-macro globulina (Bradley Mc Mahon18, Buchler7 y Waisman19) elementos los cuales no hemos recurrido en la serie analizada.

La ecografía biliopancreática se ha constituido en el procedimiento de elección para descartar patología litiásica biliar. El diagnóstico ecográfico de pancreatitis basado en el hallazgo de un páncreas aumentado de tamaño con disminución global de su ecogenicidad no ha tenido en nuestra casuística la correlación esperada (30 a 50% para Silverstein17) probablemente a causa de temprano de este examen y al intenso meteorismo regional que dificulta y hasta imposibilita a menudo la visualización glandular.

La tomografía computada (TC) ha sido insustituible en la determinación del tipo y extensión de las lesiones pancreáticas y extrapancreáticas, así como en la monitorización evolutiva de las mismas y en la formulación de un pronóstico. En este aspecto, en general compartimos los conceptos formulados por otros autores, quienes señalan que aquellos pacientes con mayor compromiso extrapancreático presentan peor pronóstico16,18.

Un avance en el diagnóstico por imágenes para evaluar el grado de la necrosis pancreática estaría constituido por la TC dinámica de Kivisari12. La lesión necrótica no refuerza con el contraste iodado suministrado en bolvo y en dosis de 1,5 ml/kg en vena central durante 10 a 20 segundos4,5. En este aspecto carecemos de experiencia.

En pacientes no incluidos en la presente serie, hemos objetivado imágenes tomográficas con relevantes cambios morfológicos producidos en el páncreas y sus adyacencias con buena evolución clínica y regresión de las alteraciones tomográficas. De ahí que consideramos que los cambios tomográficos por sí, no siempre se correlacionan con la severidad de la enfermedad.

Ello, cuando a las alteraciones clínicas y tomográficas se suman signos de sepsis, éstos señalan la presencia de una necrosis pancreática complicada con infección, y consideramos que el paciente requiere tratamiento quirúrgico; y por tanto, no compartimos la idea de Smadja y Bismuth18 que calificara al debridamiento pancréático como un procedimiento presuntamente obsoleto.

La punción biopsia con aguja fina bajo TAC para ulterior cultivo podría indicar si una necrosis
está infectada y así avalar el tratamiento quirúrgico. En la 2ª década de nuestra casuística hemos fundamentado la decisión operatoria basados en los hallazgos clínicos y tomográficos, aunados a signos de sepsis, muchas veces corroborada por la presencia de hemocultivos positivos.

El examen visual y palpatorio durante la operación, pareciera ser suficiente, la mayor parte de las veces, para establecer si existe necrosis global, cefálica, ístmica, córporo caudal o con focos múltiples. El cuadro hallado en el curso de la intervención, muchas veces interpretado como necrosis centroparenquimatosas debió ser reevaluado meses después y reconsiderado como peripancreática, al presentar el paciente páncreas normal en TAC de control y hallarse libre de diabetes e insuficiencia exocrina.

Cabe señalar que la sola consistencia firme de la glándula no ha sido un dato fiel en cuanto a su vitalidad, ya que hemos observado un istmo blando y hemorrágico con una región corporeocal y consistente que se resecó por razones tácticas. El estudio histopatológico demostró una necrosis total corporeocal, sin afluir leucocitario, de coagulación, a pesar de su consistencia y un istmo con compromiso peripancreático e intersticial con glándula viable. Esto demuestra que la correcta evaluación del aspecto macroscópico de las lesiones no ha sido simple, y reconocemos que sólo el hábito quirúrgico y el análisis de los errores, en ocasiones cometidos en la apreciación de las lesiones, pueden indicarnos una mejor táctica futura.

Si bien la casuística es reducida en razón de la escasa frecuencia de la afección, la comparación de los resultados en ambas series se desliza la menor mortalidad existente en la 2ª década: 15,78% (frente a un 66,66% de la primera), a la estadísticamente significativa (p < 0,012) que nos aproxima a la publicada recientemente por Bradley⁶, quien refiere un 11%.

Respecto de la oportunidad quirúrgica, coincidimos con otros autores¹⁸ y creemos que debe practicarse ni tan temprano que se pueda incurrir en exéresis abusivas y/o infectar tejidos; ni tan tardíamente que no haya qué ofrecer al paciente una vez comprometido por la sepsis y con la múltiple de órganos. Así parecieran confirmar nuestros resultados ya que la menor mortalidad en la 2ª década coincide con un mayor lapso en la decisión de la oportunidad quirúrgica.

La tentativa de completa exéresis de los tejidos desvitalizados, y el aporte de una correcta reanimación pre y postquirúrgica en unidades de cuidado intensivo, sumados a una nutrición parenteral o enteral, a un mejor manejo infectológico y a la incorporación de nuevos procedimientos de diagnóstico por imágenes creemos que han constituido la base para mejorar los resultados en las últimas 19 observaciones de nuestra casuística. Sin embargo no olvidamos que la magnitud de la glándula comprometida sigue siendo un factor decisivo en la evolución ulterior de estos pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA**

13. Mc Mahon M.J., Bower M., Mayer A.D., Cooper


COMUNICACIÓN

FUNDAMENTOS PARA LA INDICACIÓN DE CIRUGÍA CAROTÍDEA SIN ARTERIOGRAFÍA PREOPERATORIA

Dres. Ricardo M. Etcheverry MAAC*, Fernando Gette, Vicente Varone, Juan C. Gerez Padilla y Dino B. Starcich MAAC**

SECCIÓN CIRUGÍA VASCULAR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL «PROFESOR ALEJANDRO POSADAS». BUENOS AIRES.

RESUMEN

Se presenta la evaluación retrospectiva de 69 procedimientos de endarterectomía carotídea intervenidos entre el 1 de enero de 1990 y el 30 de junio de 1995, con el objeto de analizar los fundamentos que avalan la indicación de cirugía carotídea prescindiendo de la arteriografía contrastada preoperatoria. Solamente se analizaron pacientes sintomáticos con lesiones críticas (entre 80 y 99%), descartando aquellos con otra patología extracarotídea.

Todos se estudiaron con examen clínico, ecodoppler color, arteriografía contrastada y tomografía axial computarizada de cerebro. La correspondencia entre arteriografía y duplex scanning para la detección de estenosis severa fue de 94,2% (65/69).

Hubo discordancia en el rango de 99 a 100% tanto en detección de permeabilidad como de oclusión. En las lesiones severas de la carótida interna, el porcentaje de estenosis es el dato más importante para convalidar la indicación quirúrgica y el ecodoppler lo determina con gran precisión.

El examen clínico, la tomografía de cerebro y el ecodoppler pueden en su conjunto perfeccionar la indicación de arteriografía preoperatoria, de modo de hacerla selectiva y no rutinaria.

SUMMARY

The records of 69 carotid endarterectomies performed during the last 5 years were retrospectively reviewed to assess the feasibleness of safely performing carotid endarterectomy without preoperative angiography.

The objective of the study was to evaluate only symptomatic patients with severe lesion of the carotid bifurcation, ruling out those with extra-carotid pathology. All of the patients were subjected to clinical examination, color-flow duplex-scanning, conventional or digital subtraction arteriography and computarized tomography of the brain.

The correlation between angiography and duplex scanning for detecting greater than 80% diameter-reducing stenoses of the internal carotid artery was 94.2%.

Inconclusive data or no correlation were found in the spectrum of 99% to 100% carotid stenosis, for detection of either patency or occlusion.

In critical illness of carotid artery, the percentage of diameter stenosis is the most important feature of the disease to be determined for surgical decision-making, and can be safely and accurately evaluated for duplex scanning.

Clinical examination, cerebral tomography and ultrasonography can improve the indication of preoperative angiography, otherwise becoming a selective procedure.

Palabras clave: carótida - cirugía - diagnóstico

Los accidentes isquémicos cerebrales reconocen como causa principal, aunque no excluyente, a la patología vascular extracranéana, fundamentalmente representada por las lesiones ateromatosas de la bifurcación carotídea.

A partir de la introducción de la arteriografía cerebral por Egas Moniz hace medio siglo30, su posterior perfeccionamiento con las técnicas de cateterismo percutáneo de Seldinger30 y con el di-
señal de equipamientos de alta tecnología, convirtió al estudio contrastado de los pedículos cerebrales en el recurso diagnóstico por excelencia para caracterizar y abordar las lesiones cervicales.

Con el desarrollo y el incesante progreso de los métodos no invasivos basados en el uso de los ultrasonidos, se abrieron nuevas perspectivas para la identificación y descripción detallada de la patología carotidea4-10,25,35,6.

El ecodoppler o duplex scanning, que combina los hallazgos de la ecografía en modo B y tiempo real con el análisis audioespectral de las ondas de velocidad de flujo recogidas por Doppler pulsado29, permite actualmente una precisión diagnóstica en lesiones de la bifurcación cuya sensibilidad y especificidad supera el 90%, según las estadísticas, en relación con el patrón arteriográfico27-19,12.

A esto agrega, como ventaja comparativa frente a los métodos contrastados, el hecho de tratarse de un procedimiento de menor costo que carece de complicaciones y contraindicaciones, es reproducible y no origina molestias al paciente, aunque la validez de sus resultados es estrictamente dependiente de la experiencia del operador y de la calidad del recurso técnico.

Von Reutem, citado por Thomas32, cuestionó por primera vez en 1979 la necesidad de arteriografía sistémática en presencia de signos inequívocos de estenosis severa recogidos por análisis espectral por Doppler.

En 1982, Blackshear y Connor3 publican en Estados Unidos la primera experiencia de cirugía carotidea sin arteriografía en cuatro pacientes alérgicos al iodo.

Desde entonces, algunos grupos quirúrgicos han propiciado la realización de la endarterectomía carotidea en casos seleccionados, prescindiendo del estudio contrastado preoperatorio y basando la indicación en los hallazgos del examen clínico y en los resultados de los métodos de diagnóstico no invasivos11-13,26-7,33,15. Para que esta conducta sea posible sin vulnerar los principios que rigen a esta cirugía, es necesario poseer información no sólo del foco lesional, sino también de los troncos proximales y del estado de la circulación distal, como asimismo del parénquima cerebral33-15.

En años recientes, estudios prospectivos randomizados multicéntricos han demostrado la utilidad de la endarterectomía carotidea para disminuir el riesgo de ictus en pacientes sintomáticos con lesiones críticas de la bifurcación23.

La experiencia acumulada hasta el presente permite suponer que los protocolos diagnósticos basados en una completa historia clínica, ecodoppler y la tomografía axial computarizada, con el eventual agregado de la resonancia magnética nuclear, están en condiciones de proporcionar al cirujano información suficiente para la toma de decisiones en aquel sub-grupo de pacientes con alto riesgo22-18.

Con el objeto de evaluar los fundamentos que respaldan la indicación de cirugía carotidea prescindiendo de la arteriografía contrastada preoperatoria y para correlacionar los hallazgos de ésta con los del "duplex scanning", revisamos de manera retrospectiva la experiencia de la Sección Cirugía Vascular del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional «Profesor Alejandro Posadas».

Circunscribimos el análisis a los pacientes operados por enfermedad sintomática originada en lesiones severas del origen de la carótida interna. No se incluyeron los casos asintomáticos ni los operados por otras patologías (aneurismas, displasias, elongaciones o lesiones proximales).

El período de estudio abarcó del 1 de enero de 1990 al 30 de junio de 1995.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se revisaron 66 historias clínicas correspondientes a un grupo seleccionado de pacientes que fueron sometidos a un total de 69 procedimientos de endarterectomía carotidea, como tratamiento quirúrgico primario de lesiones ateromatosas suboclusivas de la bifurcación. Se incluyeron en el análisis tres pacientes que no fueron operados. Hubo 6 casos de cirugía bilateral.

Eran hombres 45 (68,1%), con edades que oscilaron entre 40 y 79 años, con promedio de 64,7 años.

Los factores de riesgo fueron los habituales en esta patología: hipertensión arterial (83%); tabaquismo (77%); diabetes (42%); dislipidemia (47%) y obesidad (23%). Como patología arterial asociada se registró enfermedad coronaria en el 64%, oclusión femoropoplitea y/o distal en el 48% y cirugía arterial previa coronaria y/o periférica en el 19%.

Unicamente se tuvieron en cuenta lesiones críticas, entendiendo por éstas a las estenosis de 80...
consideradas como «severas» de acuerdo a la clasificación sugerida por el Subcomité normizador de informes en enfermedad cerebrovascular del Comité Ad-Hoc de la Sociedad de Cirugía Vascular y el Capítulo Norteamericano de la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular (Cuadro 1)\(^{31}\).

Dentro de este subgrupo de lesiones severas, se decidió incluir solamente a pacientes sintomáticos, que presentaron accidentes isquémicos transitorios de representación hemisférica u ocu-
(hemiplejías o amaurosis fugaz), descartando-
los casos con secuelas neurológicas, los asintomáticos y los portadores de signología de circuito posterior.

Se seleccionaron para la revisión aquellas histó-
rias clínicas que contenían datos fehacientes referidos a anamnesis, antecedentes y examen físico completos, particularmente en lo atinente a presencia de soplos oculares, cervicales o troncales, estado de los pulsos periféricos y cifras de tensión arterial en ambos miembros superiores.

Se excluyeron los pacientes con enfermedad cardiológica embolígena, de acuerdo a criterios clínicos y ecocardiográficos. También se descartaron los casos con patología de troncos supraaórticos hemodinámicamente significativa (estenosis superiores al 50% o con gradientes de presión de 40 mm Hg).

Se consideraron elegibles para el análisis solamente aquellos casos que contaban con estudio angiográfico contrastado convencional o digital, con imágenes de frente, oblicus y perfil y con información suficiente y adecuada de troncos supraaórticos, vasos de cuello y circulación macraneana.

A los efectos del cálculo de estenosis se utilizó el patrón arteriográfico, relacionando los diáme-

CUADRO 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categoría</th>
<th>Porcentaje de estenosis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Normal</td>
<td>&lt; 20</td>
</tr>
<tr>
<td>Lueve</td>
<td>20 a 59</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderada</td>
<td>60 a 79</td>
</tr>
<tr>
<td>Severa</td>
<td>80 a 99</td>
</tr>
<tr>
<td>Obstrucción</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Subcommittee on Reporting Standards for Cerebrovascular Disease\(^{31}\)

% Estenosis = \(1 - \frac{B}{A}\) \times 100

FIGURA 1


En todos los casos incluidos en el estudio se contaba con ecodoppler de vasos del cuello, informado por operadores con reconocida y acredita-
ta experiencia en patología carotídea.

Se empleó equipamiento con cloro e imagen duplex y transductores lineales, sectoriales y convex de 3, 5 y 7,5 MHz, obteniéndose imágenes biplanos y análisis audioespectral con Doppler pulsado.

Se revisaron los datos referentes a morfología de placa, composición, superficie y porcentaje de arteriales a nivel del máximo estrechamiento y en el segmento distal a la lesión (Fig. 1).
estenosis. Este último parámetro se definió sobre la base del cálculo de la velocidad pico-sistólica y la de fin de diástole, determinadas por análisis espectral (Cuadro 2).

Todos los pacientes tenían tomografía axial computarizada de cerebro con y sin contraste, efectuada con ocasión de los síntomas o como estudio preoperatorio sistemático. No se consideró elemento de análisis el Doppler transcraniano ni la resonancia magnética nuclear.

Con excepción de 3 casos, que no fueron operados, en todos los demás se realizó endarterectomía carotidea del lado homólogo al hemisferio o retina afectados, utilizándose anestesia general, protección cerebral farmacológica y «shunt» transitorio, con el agregado eventual de parche de vena o material sintético de acuerdo al calibre de la carótida.

En los partes evaluados constaba la descripción macroscópica del espécimen quirúrgico, realizada por el cirujano, con mención de las características de la placa, presencia de ulceraciones o hemorragia intramural y estimación del grado de estenosis por calibración con bujías de la placa remodelada, datos revisados posteriormente por el anatómopatólogo.

RESULTADOS

En el examen físico el 67% de los pacientes presentaron soplo cervical homolateral a la carótida enferma y en 11% se constató soplo en hueso supraclavicular o tórax o axila, coincidente con asimetría de pulsos y diferencia tensional entre ambos miembros superiores de hasta 22 mmHg.

Los exámenes cardiológicos revelaron la existencia de enfermedad coronaria, valvular hipertensiva, pero fueron negativos para el diagnóstico de fuente embolígena central, de acuerdo a los criterios de exclusión previamente establecidos.

La tomografía axial computarizada de cerebro evidenció 19 casos (28%), con lesión isquémica bajo la forma de imágenes secuelares de número, ubicación y morfología variables.

En ningún caso hubo evidencia tomográfica de hemorragia cerebral, malformaciones vasculares, neoformaciones intracraneanas, al menos en el límite de resolución de los equipos.

La correspondencia entre arteriografía y ecodoppler para la estimación de estenosis de 80 a 99% a nivel de la bifurcación de la carótida protimitiva y origen de carótida interna fue de 65/68 casos (94,2%).

Hubo discordancia entre angiografía y duplex scanning en el rango de 99% a oclusión total.

Es así como en 1 caso el ecodoppler informó ausencia de flujo en carótida interna y la arteriografía mostró permeabilidad pero con lesión del 99%.

En otros 3 pacientes, a la inversa, el duplex scanning señaló estenosis del 99% y la arteriografía reveló obstrucción total, sin que midieran cambios en la condición clínica de los pacientes entre ambos estudios.

En otros 2 pacientes el ecodoppler informó estenosis superior al 80% y el angiograma mostró una elongación con acodadura.

Con respecto a las características de la placa, todos los informes del ecodoppler hicieron referencia a su composición (placas duras o blandas, homogéneas o heterogéneas), pero sólo el 56% describió ulceraciones, sin precisar en ningún caso su profundidad.

La arteriografía mostró irregularidades compatibles con la presencia de úlceras en el 68% de las lesiones, en tanto que el espécimen quirúrgico reveló su existencia en el 87% de las placas. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos. Hubo en la serie 3 casos (4,5%) con lesiones altas de la carótida interna (término medio a 2 cm de la bifurcación), dato éste no anticipado por el ecodoppler.
En 4 pacientes (5,8%) la arteriografía mostró imágenes compatibles con la presencia de placas ateromatosas hemodinámicamente no significativas a nivel de la carótida primitiva. Sólo en 1 de estos casos el ecodoppler informó engrosamiento intimal localizado.

En los 7 pacientes con asimetría de pulsos y diferencias tensionales entre ambos miembros superiores, el estudio arteriográfico mostró suboclusión del 30 a 40% en subclavias, sin fenómenos hemodinámicos de robo y gradiente de presión menor de 20 mm Hg. Sólo en 1 de estos casos el duplex scanning identificó la lesión, pero en todos informó flujo anterógrado en vertebrales.

La angiografía evidenció en 6 oportunidades lesiones a nivel del sitio carotídeo (9%), cinco de ellas inferiores al 50% de estenosis y sólo 1 hemodinámicamente significativa (1,4%). En estos casos no hubo datos del ecodoppler referentes a alteraciones proximales del flujo.

Se registraron 7 lesiones en ostium de arterias vertebrales, una de ellas hemodinámicamente significativa; únicamente en ésta el «duplex scanning» detectó ausencia de flujo.

En 1 caso el ecodoppler diagnosticó obstrucción del 90% en carótida interna, cuando en realidad la patología correspondía a carótida externa. En todos los pacientes analizados en esta serie, la indicación quirúrgica de endarterectomía carotídea se formó sobre la base de la demostración de estenosis en carótida interna de 80 a 99%. Revisando dicha indicación en función de los datos aportados por cada uno de los dos principales estudios por separado, se llegó a la conclusión de que el «duplex scanning» y la arteriografía proporcionaron información equivalente en el 94,2% de los pacientes.

El porcentaje remanente corresponde a los 3 casos (5,8%) en que el ecodoppler informó estenosis del 99% y la arteriografía demostró oclusión completa, dato éste que determinó la abstención quirúrgica, y al caso inverso informado por «duplex scanning» como 100% y por angiografía como 89% y que fue llevado a cirugía merced a los hallazgos del estudio contrastado (Cuadro 3).

El conocimiento anticipado de la presencia de lesiones altas de la carótida interna, dato aportado solamente por la arteriografía, permitió elaborar la táctica quirúrgica sobre la base de la planificación de un abordaje ampliado.

<table>
<thead>
<tr>
<th>n</th>
<th>%</th>
<th>Angiografía</th>
<th>Ecodoppler</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>65</td>
<td>94,2</td>
<td>80-99%</td>
<td>80-99%</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
<td>99%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>4,3</td>
<td>100%</td>
<td>99%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Por último, los 2 casos informados por estudio no invasivo como estenosis simples y que resultaron ser en el estudio contrastado elongaciones con acodadura, requirieron además de la endarterectomía, la corrección de aquella.

La morbilidad neurológica alcanzó el 1,44% y correspondió a un paciente operado por accidentes isquémicos transitorios subyacentes y que resultó con hemiparesia definitiva.

**DISCUSIÓN**

La angiografía cerebral, entendida como el estudio proximal, cervical e intracraneano de la circulación encefálica en sus circuitos carotídeo y vertebral, es considerada desde hace muchos años el patrón de oro para el diagnóstico anatómico y hemodinámico de las alteraciones de dicha circulación.

Inclusivo actualmente, la mayoría de los centros quirúrgicos continúan empleándola de manera rutinaria en el preoperatorio de cirugía carotídea.

Ello es así porque la arteriografía brinda información detallada referente a anatomiá vascular, topografía lesional, estado de las arterias vertebrales, fenómenos hemodinámicos de inversión de flujo, funcionamiento de las vías de suplencia, etc. Sin embargo, el estudio contrastado con iodo, tal cual se lo realiza en nuestros días, posee morbilidad local y sistémica no deseable, como asimismo complicaciones neurológicas cuya incidencia, estimada hasta en un 4%, grava los resultados del tratamiento de esta patología.  

Del mismo modo, existen situaciones en que el uso rutinario de la arteriografía se ve dificultado por alergia al iodo, insuficiencia renal, necesidad de emplear grandes volúmenes de contraste para obtener panarteriografías, rechazo del paciente, urgencia por proceder a la toma de decisiones, etc.
La introducción del ecodoppler y la disponibilidad actual de equipos de alta resolución, han permitido al cirujano obtener información fehaciente de la bifurcación carotidea, particularmente eficaz para definir morfología de placa y porcentaje de estenosis.

Las circunstancias señaladas, esto es, riesgos y contraindicaciones eventuales del estudio arteriográfico, posibilidad de suplir su información con recursos diagnósticos alternativos de utilidad equivalente y análisis de los costos relativos, han inducido a algunos cirujanos a revisar sus protocolos. El objetivo es discernir cuál es la información preoperatoria imprescindible y de qué modo se puede actualmente acceder a ella sin comprometer la seguridad del accionar quirúrgico.

Dar respuesta a este interrogante implica identificar las distintas formas clínicas de presentación de la enfermedad vasculoesclerótica, ya que cada una de ellas posee un contexto que le es propio.

Las lesiones silentes, el paciente asintomático que debe ser sometido a otras cirugías mayores, la patología bilateral o en tandem, la lesión de carótida interna única, la asociación de enfermedad carotidea y vertebral, las lesiones ulceradas no estenosantes, etc., plantean diferentes exigencias desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Nuestro trabajo se propuso evaluar específicamente el subgrupo de pacientes con signología clínica de déficit en territorio carotideo y lesiones superiores al 80%.

En esta categoría de enfermos, el dato crucial es el estado de la bifurcación carotidea, asiento de las lesiones cuya remoción encara la cirugía.

El mecanismo fisiopatológico a través del cual estas lesiones producen isquemia cerebral incluye la embolia arterio-arterial, el compromiso hemodinámico y la trombosis in-situ, pero independientemente de la importancia relativa de cada uno de estos factores, el problema diagnóstico esencial se centra en la determinación fehaciente del porcentaje de estenosis, ya que el consenso mundial existente en cuanto al beneficio de la endarterectomía funda sus conclusiones en ese parámetro.

La patología de los troncos supraaórticos, cuyo conocimiento no puede escapar a la evaluación pre-quirúrgica, es sin embargo de muy baja incidencia. Cuando existe, está demostrado que es de significación hemodinámica en menos del 2% de los casos. En tales situaciones, el examen clínico puro puede detectar soplos y/o asimetrías tensionales en ambos miembros superiores que orientan la auscultación hacia su verdadera causa. Algo similar ocurre con la patología del sifón carotídeo. A menudo encuentra una incidencia de lesiones significativas del 6% en 784 casos, todas ellas por debajo del 75%.

A esto se suman los trabajos de Moore, quien corrobora que las lesiones en tandem no modifican el pronóstico de la endarterectomía carotídea. Nuestra casuística, si bien es muy selectiva, coincide en términos generales con estos datos. La revisión efectuada por nosotros puso en evidencia una satisfactoria correlación de ecodoppler y la arteriografía para predecir la existencia de lesiones severas. En lo que se refiere a la morfología de placa, se observó en los informes un predominio de datos relativos a la composición de la misma (homogénea o heterogénea), presencia de calcio y estado de la superficie, pero cierta tendencia al subregistro de información concreta y sistémica vinculada a la presencia de ulceraciones o hemorragia intimal.

 Esto no debe ser entendido como falencia del método, sino como muestra de la atención prioritaria brindada por el observador a los signos hemodinámicos de estenosis crítica, en desmedro de la descripción de otros detalles estructurales que pasan así, a segundo plano como determinantes de la toma de decisiones.

Si bien no ha sido nuestro objetivo la evaluación de lesiones carotídeas leves o moderadas, en las que cobra singular importancia no ya el porcentaje de estenosis sino la apreciación morfológica de la placa, a los fines de predecir su comportamiento, creemos que el «duplex scanning» supera en posibilidades diagnósticas a la arteriografía.

Coincidentemente con lo descrito por la bibliografía, nuestra revisión señaló las dificultades y limitaciones del ecodoppler en presencia de calcificaciones severas y estenosis muy cerradas.

En el primer aspecto, el efecto de «pantalla acústica del calcio impide el relevamiento de detalles anatómicos y hemodinámicos. En el segundo caso, la caída del flujo a valores críticos puede determinar la ausencia de representación audioespectral, lo que lleva a un falso informe de obstrucción total, como sucedió en 3 de nuestros pacientes.
La falta de confiabilidad del ecodoppler en la franja del 99 al 100%, exige de manera mandatoria la realización de la arteriografía, tanto cuando el "duplex scanning" señala ausencia de flujo en la carótida interna como a la inversa, cuando informe estenosis del 99%.

Nuestra experiencia mostró también otras situaciones en que el ecodoppler no coincidió con la arteriografía o evidenció déficit de información. Aquí debemos incluir patología de carótida externa o de arterias vertebrales no diagnosticada y presencia de lesiones altas de carótida interna o de elongaciones no adecuadamente valoradas. Ninguna de estas circunstancias hubiera modificada la indicación quirúrgica, pero sí los aspectos técnicos y técnicos.

Cuando se planea cirugía carótidea sin arteriografía, la tomografía axial computarizada cerebral, contribuye a informar sobre el estado del argano-blanco y a descartar otras patologías, siempre y cuando éstas superen su límite de resolución (0,7 a 1 mm según los equipos). Todo hallazgo sospechoso impone la indicación de arteriografía. Sin embargo, existen datos de la bibliografía que señalan que por debajo de aquel tamaño, eventuales malformaciones vasculares o lesiones aneurismáticas no presentan incremento en su riesgo de ruptura ante la eventualidad de una cirugía carótidea.

Como conclusión, estamos de acuerdo en que la práctica de la endarterectomía carótidea sin arteriografía preoperatoria es un objetivo alcanzable, cuya razonabilidad se funda en la disminución del riesgo de exposición a complicaciones, en la reducción de costos y en la disponibilidad de recursos diagnósticos alternativos capaces de brindar información confiable.

En las lesiones severas de la carótida interna, el procentaje de estenosis es el dato más importante para convalidar la indicación quirúrgica y su determinación por angiografía o duplex scanning es precisa en la gran mayoría de los casos.

Nuestra experiencia corrobora que en tales enfermos, la patología concomitante de troncos supraaórticos o circulación intracranéana es de baja prevalencia, no invalida la indicación de endarterectomía ni compromete sus resultados en tanto carezca de significación hemodinámica.

El exhaustivo examen clínico, la tomografía axial computarizada de cerebro y el ecodoppler pueden en su conjunto perfeccionar la indicación de arteriografía, de modo de hacerla selectiva y no rutinaria.

Debe realizarse arteriografía preoperatoria en esta categoría de pacientes cuando existe sospecha clínica de lesiones proximales o sintomatología de circuito vertebral; para descartar otras patologías intracraneanas (tumores, aneurismas, malformaciones) o cuando el ecodoppler informa estenosis del 99% o occlusion total o imposibilidad de definirse por la presencia de severa calcificación.

El manejo de situaciones muy específicas, como las derivadas de contraindicaciones para el uso de medios de contraste o la necesidad inmediata de decisiones, pueden requerir la prescindencia de la arteriografía preoperatoria.

Toda valoración de los hallazgos del ecodoppler debe tener en cuenta la solvencia de la fuente de información, lo que incluye operador, equipamiento e interpretación de resultados. A este respecto, es aconsejable la revisión simultánea de los datos por observadores independientes.

Finalmente, se debe continuar diseñando estudios prospectivos para definir con precisión la indicación de cirugía carótidea sin arteriografía preoperatoria, no sólo en el grupo de pacientes sintomáticos con lesión crítica, sino fundamentalmente en las estenosis moderadas ulceradas y en los pacientes asintomáticos.

**BIBLIOGRAFÍA**


DISCUSION

Dr. Jorge Abelleiry* MAAC: En los métodos de diagnóstico, el objetivo es lograr que estos métodos sean totalmente satisfactorios y exentos de complicaciones. Yo creo que uno de los objetivos en cirugía vascular, es tener métodos de diagnóstico satisfactorios como para indicar una intervención quirúrgica sin exponer al paciente a riesgos, como sucede con los ecodoppler. Nosotros hemos vivido la época de la más amplia utilización de las punciones arteriales, la punción carotídea, hemos vivido la época de los cateterismos y hemos visto muchas complicaciones, tal cual lo ha mencionado el Dr. Etchevery.

Menciono la aparición del estudio Doppler, nosotros, en un número importante de casos, hemos intervenido, hemos hecho cirugía carotídea, endarterectomía carotídea, sin estudio angiográfico. Por supuesto nuestro plan de estudio siempre es el ecodoppler, la angiografía, y la tomografía axial computada, pero hay casos en los cuales hay contraindicaciones para hacer un cateterismo y que la clínica no indica punción arterial por otro sector del organismo, por ejemplo placas coronarias, patología de las arterias vertebrales. Cuan- do se manifiesta la necesidad de un estudio Doppler, por el examen clínico, consideramos que la lesión está localizada en la bifurcación carotídea, en muchos casos se ha hecho la operación sin recurrir a los estudios angiográficos y la correlación entre el estudio Doppler y el hago operatorio ha sido del 100%, es decir, no hemos tenido errores diagnósticos en cuanto se refiere al estudio Doppler, que se comprobó en la operación era exactamente lo que se manifestaba en el estudio Doppler, pero también coincido con el Dr. Etchevery, que es muy importante qué haga el estudio Doppler y con qué tipo de aparato cuenta.

Por todo esto creo que es muy importante el trabajo que han hecho el Dr. Etchevery y colaboradores y que debe ser tenido en cuenta para futuros casos.

Dr. Eduardo D. Pataro** MAAC: Es muy interesante que se pueda contar hoy día con métodos tendientes al diagnóstico y a la terapéutica cada vez más invasivos; así y todo, diagnosticando la real cidad sanitaria de nuestro país obliga a entender que no siempre estos métodos están disponibles en todos los centros, tal es el caso de nuestro hospital: el hospital horizontal Prof. Ricardo Finochietto en Avellaneda, que atiende una amplia población de pacientes ásios, que dispone de estudios angiográficos pero carece de la disponibilidad de ecodoppler. En estos casos el estudio debe ser efectuado por derivaciones de su obra social y teniendo en cuenta que son análisis tremendamente operador dependiente, los trastornos que hemos tenido son verdaderamente serios y nos llevan a una actitud poco confiable para llevar a cabo una cirugía únicamente basada en el mismo. Desgraciadamente esto no es patrimonio nuestro, sino que sucede en numerosos centros hospitalarios de la Capital Federal y del gran Buenos Aires, donde quiero recordarles que aún hoy día se siguen haciendo punciones carotídeas diagnósticas. Hemos encontrado toda la gama de alteraciones: desde aquellos diagnósticos producidos por ecodoppler de placas ulceradas no visualizadas por la angiografía, hasta obstrucciones del 100% por ecodoppler en la carótida interna, que no tenían concordancia ninguna con la angiografía digital, la cual mostraba una permeabilidad absoluta. Esto puede ser un caso particular nuestro, pero pienso que lo de Etchevery es importante, sobre todo si se dispone de la tecnología adecuada y de un hemodinamista de gran confianza y experiencia en el manejo de este medio diagnóstico. Nosotros seguimos utilizando la angiografía digital computarizada como elemento previo, sin la cual no efectuamos ningún tipo de cirugía de revascularización carotídea.

Dr. Carlos A. Sala* MAAC: Coincido totalmente con el estudio que han realizado Etchevery y colaboradores, que por otra parte repite resultados de muchos otros centros del mundo. Basados precisamente en esa experiencia ajena, también empezamos hace casi 2 años a operar enfermos sin angiografía convencional. Creo que el punto clave en este tema es el indicado de complicaciones que tienen los procedimientos angiográficos y poder contar con procedimientos cuyos resultados sean parecidos, sin mortalidad, ni morbilidad y sin molestias para el paciente, aunque haya alguna pequeña diferencia en esos resultados creo que justifica su empleo y eso es lo que ha inclinado la balanza a favor de esta posición de operar sin angiografía. En el momento actual el otro elemento que entra a jugar en esto, es la angiografía por resonancia, que creo que va a ser el elemento que va a dejar de lado el estudio angiográfico convencional en el futuro, porque la experiencia que uno va recogiendo con ese estudio es excelente.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. Ricardo M. Etchevery MAAC: En cuanto a la observación del Dr. Abelleira, él coincide también con nosotros en la necesidad de métodos de diagnóstico que brinden simultáneamente seguridad en el accionar y suficiencia en cuanto a lo que se pretende de ellos, que es la información adecuada para encarar la cirugía con un margen de seguridad total. Menciono que tiene un 100% de coincidencias, nosotros tenemos un 100% de coincidencia para estimación de estenosis, superior al 80%, pero si se establece el rango de 80 a 99 aparece esa franja del 99 al 100, donde aparece esa discordan- cia, que es la franja débil del ecodoppler. Tanto el como el Dr. Sala nos comentan que ya están realizando cirugía carotídea si angiografía; nosotros no la hemos realizado, nos hemos limitado por ahora a comparar, a hacer el ejercicio mental, qué hubiera sucedido en este lote de enfermos, si no hubiéramos hecho angiografía; pero todavía no la hemos hecho, no hemos operado a nadie sin angiografía preoperatoria, tenemos la sensación que hay casos donde con más seguridad que en otros, se podría proceder de esa manera, tenemos la sensación que hay casos muy concretos, los enfermos que deben ser operados de urgencia. En este sentido hay que hacer un comentario, la cirugía carotídea a veces es necesaria de urgencia. Nos hemos visto enfrentados a la situación de tener que operar a pacientes con lo que se llama elictus en evolución o con accidentes cerebrovasculares transitorios, pero se están haciendo hasta el momento mismo de trasladarlos al quirófano. En esos pacientes descubier- tos en esas condiciones, muchas veces no hay tiempo material ni de evitar el riesgo de lo que supone una angiografía, de manera que quizás haya un lote muy específico de pacien-
tes donde decididamente se deba proceder a actuar sin arteriografía.

Lo dicho por el Dr. Pataro es una realidad de muchos de nuestros establecimientos; nosotros tenemos la suerte de estar en el caso de equipamiento de ultrasonografía, de estar bien equipados, tenemos otro tipo de falencias, pero es fundamental lo que dice el Dr. Pataro, la operador-dependencia de los resultados de estos estudios, es fundamental. Creemos que quienes se lancen a efectuar cirugía carotidea sin arteriografía, tiene que previamente atravesar una etapa donde chequee la sensibilidad y la especificidad de los resultados de sus ecografistas porque es la única forma de poder dar crédito a la información confrontada con la del patrón arteriográfico.

Y por último lo que dice el Dr. Sala, es muy importante valor de la angiografía por resonancia magnética, quizá se haga un estudio que en el futuro pueda entrar en la práctica diaria en este momento el alto costo impide poder utilizárlo todo lo que uno quisiera, pero quizás en el futuro sea el método que reemplace definitivamente a la angiografía contrastada invasiva.

Sería muy interesante que aquellos grupos que ya están haciendo cirugía carotidea sin arteriografía, comuniquen sus resultados, porque creemos que es la forma de ir ganando experiencia y de ir animando a la comunidad médica, a la comunidad de especialistas cirujanos vasculares a llevar adelante este tipo de experiencias.
ANEURISMAS CAROTIDEOS EXTRACRANEALES

Dres. Miguel A. Lucas MAAC*, Luis F. Lucas MAAC y Carlos Ballester Cuenca

RESUMEN

Entre enero de 1992 y junio de 1995 se analizan, sobre 125 cirugías en 99 pacientes, 7 aneurismas carotídeos extracraneales, 5 unilaterales y 2 bilaterales. De la serie sólo hubo una mujer y la edad osciló entre los 51 y 72 años. Presentaron síntomas cerebrovasculares 4 de los pacientes y uno solo fue un hallazgo. Los exámenes complementarios realizados fueron tomografía cerebral, ecocardiograma, ecodoppler de los 4 vasos del cuello y arteriografía cínico-cerebral. Las cirugías se efectuaron bajo anestesia general y tratamiento farmacológico de protección cerebral pre y postoperatorio; el 71,4% bajo shunt.

Las intervenciones consistieron el 28,6% en resección y reemplazo protésico término-terminal de la carótida interna; el 57,1% resección parcial y angioplastia con prótesis; y en el caso restante resección y reemplazo protésico + ligadura de la carótida externa (14,3%).

La mortalidad del total de las 125 cirugías fue del 2,4% y la morbilidad del 3,2%. La cirugía de los aneurismas carotídeos extracraneales no presentó morbilidad. El protocolo sistematizado de diagnóstico en insuficientes cerebrovasculares incrementó nuestra casuística en esta patología en los últimos 3 años y la normalización de la cirugía carotídea permitió obtener buenos resultados.

SUMMARY

From January 1992 to June 1995, 7 extracranial carotid aneurysms, 5 unilateral and 2 bilateral were analysed over 125 surgeries on 99 patients. There was only 1 woman among the lot, whilst the age ranged between 51 and 72 years old. Four patients presented cerebrovascular symptoms, being an finding only of them. The complementary tests made were cerebral tomography, echocardiography, cervical arteries, ultrasonography and cervicocerebral angiology. The surgeries were done under anaesthesia and both pre and postoperative pharmacologic treatment for brain protection, the 71% was made through shunt. The 28.6% of the operations consisted of resection and replacement with prosthetic graft of the internal carotid; the 57.1% partial resection and prosthetic angioplasty, and the rest case resection and prosthetic replacement + external carotid ligation (14.3%). The mortality was a 2.4% over 125 surgeries, while the morbidity amounted to 3.2%. The extracranial carotid aneurysms surgery did not present any mortality nor morbidity. While the systemised diagnosis protocol on cerebrovascular insufficiency enlarged our casuistry on this pathology surveyed during the past 3 years. The normalization on carotidal surgery brought about good results.

Palabras clave: carótida extracraneal - aneurisma

Rev. Argent. Cirug., 1990; 70: 139-145

Los aneurismas carotídeos extracraneales, con localización en la bifurcación carotídea, son particularmente raros y poco frecuentes de hallar, en contraste con el alto índice de pacientes con enfermedad ateroesclerótica oclusiva o ulcerada de dichos vasos.

En 1979, Mc Collum en los Estados Unidos, reporta sobre un grupo de 8500 cirugías de aneurismas arteriales de todo tipo, sólo 37 casos de localización carotídea, en un período de 21 años⁴.

La patología carotídea históricamente se remonta al precursor de la Medicina, Hipócrates (460-377 a.C.), quien orientó hacia el cuadro cerebrovascular con sus «crisis desacostumbradas de adormecimiento y parestesias como síntomas inminentes de apoplejía». Se define con Broadbent⁵ en 1895 el cuadro clínico de las obstrucciones de las ramas del cayado aórtico y el carácter «segmentario» de dichas lesiones. Chiari⁶ y Hunt⁷, en 1906 y 1914 respectivamente, determinan la isquemia cerebral consecutiva a lesiones obstructivas de los vasos del cuello, con preferencia en la bifurcación carotídea y 1ª porción de la

---

* Miembro Académico Titular. Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Cardiovascular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

Comunicado en la Academia Argentina de Cirugía, fecha del 27 de setiembre de 1995.
arteria vertebral, sobre necropsias de pacientes muertos por apoplejía. Un oftalmólogo japonés en 1908, describe trastornos visuales en mujeres jóvenes con lesiones oclusivas de las ramas del arco aórtico, cuadro nosológico que luego adoptaría su nombre como Enfermedad de Takayasu23. Se publica en 1944 por Martorell y Fabre19 el primer caso de Síndrome de obliteración de los troncos supra aórticos, sin manifestación oftálmica, con síntomas cerebrales e isquemia de los miembros superiores, de etiología ateroesclerótica. En Buenos Aires, el Dr. Mahels Molins6 realiza la primera revascularización carotidea con éxito en el mundo, anastomosando la carótida externa con la interna, por el año 1951. Dicho procedimiento fue difundido por Eascott, Pickering y Rob en 1954 con el método de reconstrucción de la arteria carótida interna en un paciente con isquemia cerebral y hemiplejía intermitente6. Se inicia entonces el cam- mino de la cirugía carotidea.

Buscando antecedentes en la patología aneurismática de la carótida extracranéana, encon- tramos al médico del emperador Justiniano I de Constantinopla, Aecio de Amida, nacido en la primera mitad del siglo VI y cirujano de la escuela de Galeno, quien advierte de evitar la intervención quirúrgica sobre los aneurismas de la cabeza o cuello, porque la hemorragia es violenta e impos- sible de detener6. En 1805 Astley Cooper, comunica la primera ligadura de la carótida común por aneurisma7. Reid recopila 12 casos de aneurisma carotídeo extracranial a lo largo de 30 años de experiencia en el Johns Hopkins Hospital hasta 192218, mientras Kirby desde 1927 a 1947, descri- be sólo 5 casos durante su actividad en el Hospi- tal de la Universidad de Pensilvania19. La Mayo Clínic identifica 6 casos durante 1936 a 1963 en un trabajo de Raphael18, que fueron tratados por resección y reemplazo arterial.

Fue en 1961 donde iniciamos la experiencia en esta patología tras operar un gran aneurisma carotídeo cervical derecho en el Hospital Militar Central de Buenos Aires, asistido por Mercado, Bianchi Donaire, Lucas y Santín, en el cual se realizó resección y reemplazo protésico con Dacron.

Es objetivo de la siguiente presentación, el mostrar nuestra experiencia en un período, sobre una patología inusual para la bibliografía. Se excluyen de la serie los aneurismas falsos y seudo-aneurismas.
Sistémica 5000 U, minutos antes de la anteriotomía. Se utilizó shunt de Pruitt-Inahara double bolín en T en 5 procedimientos (71,4%). Las cirugías consistieron en resección y reemplazo protético término-terminal de la carótida interna (26,6%); resección parcial y angioplastia ( parche ) con prótesis (57,1%); y en el caso restante se realizó resección y reemplazo término-terminal + ligadura de carótida externa (14,3%). Las prótesis utilizadas fueron de polietileno tetrafluorodetenilo.

A todos los pacientes se les dejó drenaje por contrabertura con catéter K 30 durante 24 horas.

RESULTADOS

El postoperatorio fue óptimo con recuperación de las primeras 24 horas en terapia intensiva y sin complicaciones. El egreso de la institución se produjo entre el 3° y 5° día, excepto una paciente que continuó internada y se efectuó puente aorto-bifemoral por aneurisma acuídico y oclusión biliácea, con buena tolerancia quirúrgica y sin complicaciones cerebrales.

De la serie de 125 cirugías totales debemos referir que la mortalidad fue del 2,4% y la morbilidad del 3,2%, mientras que la cirugía de los aneurismas carotídeos no arrojó morbimortalidad.

La anatomía patológica mostró en los fragmentos arteriales enviados: placas ateromatosas mínimas y área de adelgazamiento parietal en 57,1%; placas ateromatosas de tipo fibrolipídico con focos calcificados y reacción histiociática periférica, sin erosión endotelial en 28,6%; y un caso de placa ateromatoso calcificada y ulcerada con sectores de adelgazamiento de la pared en el 14,3%.

El seguimiento clínico alejado se realizó cada 6 meses, y con control de ecodoppler color carotídeo, hallando permeabilidad arterial y sin distalizaciones hasta la fecha. Un paciente presentó, 12 meses luego de la cirugía, trastornos deglutitarios de origen central debido a un foco hemorrágico cerebral hipertensivo.

Medicamos en el postoperatorio, a todos los pacientes, con ácido acetil salicilaico 250 mg cada 12 horas y nimodipina 30 mg cada 12 hrs excepto en aquellos sin contraindicaciones.

DISCUSIÓN

Basados en la definición de «aneurisma» para Rutherford como «dilatación, permanente y localizada, mayor del 50% del diámetro original o adyacente de la arteria»7, estudiamos un grupo de pacientes que presentaron signos y síntomas cerebrovasculares con localización de la lesión, en la carótida cervical.

En un primer análisis descartamos, como ya fue expresado, los aneurismas falsos y seudoaneurismas, así como las ectasias prestenoticas, considerando como tales todas aquellas dilataciones menores a una vez y media el diámetro original o adyacente a la carótida en cuestión. Dichas ectasias sumaron un total de 12 dentro de las 125 cirugías de la serie, y sólo hubo 2 seudoaneurismas con cirugía carótidea previa.

Según Ramón Berguer y Edward Kleffner15 definieron esta entidad nosológica dentro del capítulo de los «Especiales problemas quirúrgicos», de localización exclusiva cervical extracranal y extratorácica, excluyendo los procedimientos supraaórticos de revascularización carotidea por vía transórax o con zona dadora aórtica. Dicho procedimiento ha sido utilizado en numerosos casos por este grupo; lo definimos como cirugía de los troncos supraaórticos.

Hemos revisado diversas publicaciones en la literatura oscilando las cifras de esta entidad entre el 0,5 y 4% de todos los aneurismas periféricos31; y ocupan el 1 al 3% del total de revascularizaciones carotídeas en servicios con 1300 a 2800 casos en una o dos décadas de actividad16-20. Cabe destacar que en este relevamiento hemos encontrado que las cifras aumentaron progresivamente favorable a favor de los aneurismas carotídeos al igual que ha ocurrido en nuestra serie a lo largo del tiempo.

La experiencia creciente de nuestro grupo a través de la presentación de 470 casos de cirugía carotidea en 1980 en esta misma Academia19 y 505 restantes desde 1981 a 1994, con un total de 975 intervenciones carotídeas, trabajo leído en el II Congreso del cono Sul de América, en Foz do Iguaçu, nos llevó a reunir en la actualidad un total de 1025 revascularizaciones carotídeas desde 1956, observando: 17 aneurismas verdaderos y falsos, lo que arroja el 1,66%; de esto surge que sobre los primeros 900 casos ocuparon el 1,22%, y que en la serie hoy expuesta llega al 7,2%, en los últimos 3 años.

Creemos firmemente que con el advenimiento de más y mejores métodos de exámenes complementarios, como el ecodoppler color de alta reso-
lución y la angiografía digital de última generación, además de la concientización de los colegas en sus diferentes especialidades clínicas, acerca del aspecto vascular extracraneano de los accidentes cerebrovasculares, han incrementado nuestra labor en la cirugía de las arterias carótidas y vertebrales. Así, el hallazgo de patología aneurísmática inusualmente considerada como causal de ACV, se transformó en una realidad.

El sitio de localización frecuente es a nivel de la bifurcación, continuando en la carótida interna y por último la rama externa.

La mayor causa de aneurismas carotídeos cervicales es sin duda la ateroesclerosis y la displasia fibromuscular, ocupando el 75% en las series publicadas [17-22]. Luego le sigue la etiología por cirugías previas y trauma, siendo muy raras la de origen infeccioso, micótica o bacteriana con ubicación faríngea [22] o secundaria a procesos abscedados vecinos a la arteria (quistes branquial, endocarditis, estafilococccia, etc.) [12]. Deben considerarse además, aquellos defectos congénitos que motivaron casos aislados e históricamente la sífilis y la tuberculosis [22].

El cuadro clínico, rico en variedad sintomática, puede iniciarse como accidente isquémico de tipo transitorio, definitivo o «stroke», en un 50 a 74% de los casos [25-26]. Puede existir una masa palpable, con dolor local, disfagia o compresión de nervios vecinos con su consiguiente signosintoma-tología, pudiendo llegar a la hemorragia cerebral. Estos últimos se observan generalmente en los aneurismas infecciosos o traumáticos.

Como refiriéramos previamente el diagnóstico por estudios complementarios debe ser protocolizado para todos los pacientes en una tríada de tomografía axial computada cerebral, ecocardiografía y ecodoppler de los 4 vasos del cuello. Arribado al diagnóstico presuntivo se complementa con panarteriografía cérvido-cerebral adoptando profunda importancia para descartar lesiones intracerebrales y mostrarnos el estado vascular encefálico; así como una imagen dinámica del flujo dentro de la carótida [7-11]. Dicho procedimiento hoy se halla en controversia dado el vertiginoso avance tecnológico de los nuevos aparatos de ultrasonido dúplex color que reflejan imágenes y datos de flujo sorprendentes y eficaces.

Consideramos a la angiorresonancia magnética nuclear como un elemento más dentro del arsenal de diagnóstico por imágenes, reservado para los casos en que la angiografía se halle contraindicada.

Debemos distinguir en el diagnóstico diferencia en primer lugar al "kinking" o rulo carotídeo, que produce protrusión cervical similar a una mas pulsátil en el cuello [10-11]; luego continúan los tumores que desplazan al árbol arterial y los tumores del corpúsculo o glomus carotídeos [11].

Consideramos que el tratamiento quirúrgico de elección, al igual que la mayoría de los autores consultados [24], es la resección y restauración de la continuidad arterial ya sea parcial o totalmente.

Sabemos que no siempre es posible existir de alternativas como la endoaneurismera, hasta la ligadura proximal a la ectasia, más frecuente en los seudoaneurismas y aneurismas falsos o infectados.

A pesar de la rareza de los aneurismas carotídeos extracraneales, un protocolo sistematizado de diagnóstico, pesquisa en el insuficiente cerebrovascular a lo largo de 3 años, 7 casos que incrementan nuestra casuística global de 17 aneurismas cervicales en 34 años de actividades quirúrgicas.

Hemos normatizado la cirugía carotídea con protección cerebral farmacológica preoperatoria, anestesia general, heparinización sistémica preclampeo y empleo de shunt en el 71,4% de las intervenciones, obteniendo en toda la cirugía carotídea un 2,4% de mortalidad y un 3,2% de morbimortalidad, destacando la ausencia de morbilidad en este grupo singular de pacientes aneurismáticos.

El riesgo potencial de isquemia cerebral y los resultados satisfactorios, consideramos que son argumentos suficientes en favor del tratamiento quirúrgico de los aneurismas carotídeos extracraneales.

BIBLIOGRAFÍA


DISCUSION

Dr. Federico R. Pilheu* MAAC: Quiero contribuir al interesante trabajo que nos ha presentado el miembro de pasoado Dr. Lucas. Solamente para opinar sobre dos cuestiones. La primera es referente al síndrome del seno carotídeo. Los enfermos por ustedes tratados se han presentado con síndrome de seno carotídeo, es relativamente frecuente y puede ser claramente grave desde el punto de vista cardiológico y fundamentalmente si en el acto operatorio, porque nosotros cuando tenemos que disechar muy finamente la carótida, primitiva interna, generalmente tomamos la precaución de anestesiar con xilocaina la zona del seno carotídeo, porque los reflejos pueden ser muy severos. La pregunta es: ustedes tienen la misma precaución cuando resean la carótida primitiva y/o interna, en anestesiar el seno carotídeo. Y la segunda es la siguiente: creo haber oído en determinado momento de la disertación, usted Dr. Lucas se refirió a la táctica de anastomosar los cabos distales de la carótida externa con la interna para solucionar el problema cerebral vascular. A propósito quiero referirme que en los últimos meses del año 1951 y primeros del 52, en Nueva York se trataron 4 casos en enfermos con grises adrenopatías que requerían la resección de la carótida, sobre todo la primitiva o la interna, él en 4 enfermos con carcinoma de hipofaringe, de laringe y 2 de lengua, les realizo esta técnica de anastomosis de los cabos distales de la carótida externa con la interna, con muy buen resultado cerebral; se publicó en Surgery en junio de 1952 (se proyectan dispaütivos) es una copia fotográfica de dicho trabajo, donde están las figuras de las revistas, esto es un esquema, la anastomosis arriba de la carótida externa con la interna, aprovechando las ramas periféricas de la carótida externa del lado opuesto, y en el próximo dispaútivo hay una foto de uno de los enfermos. Cuando estuviésemos en Nueva York en el año 1954-55 trabajando con el Dr. Connely, él publicó este trabajo junto con George Pack, entonces tuve oportunidad de ayudarlo en uno de estos enfermos, ya llevaba como 8 ó 9; de vuelta a Buenos Aires tuve 2 enfermos con grises...
adopenopatías, uno con un cáncer de piso de boca y otro de laringe y usó de esta técnica de anastomosis de la carótida externa con la carótida interna de los pedículos superiores, de los pedículos distales, desde el punto de vista vascular tuvieron un excelente resultado, no tenían ningún problema cerebral desde el punto de vista oncológico, uno de ellos murió, el de cáncer de piso de boca. 8 o 9 meses después. No sabemos en última instancia cómo estaba el pedículo para decir sí era obra de nuestra técnica o obra de un buen pedículo. De cualquier manera de los 4 enfermos que publica Connelly, como los 2 que tratamos nosotros, eran enfermos con más de 50 años de edad, incluso más de 60 alguno de ellos.

**Dr. Rubén Siano Quirós** MAAC: Probablemente el primer caso de aneurisma no traumático de carótida interna reparado en la República Argentina, fue de Badano, publicado en esta Academia en el año 1961, era arteriosclerosis. El caso segundo de la literatura nacional es de José Luis Martínez, pero no fue reparada la carótida, sino ligada. En esa reunión se presentaron 6 ó 7 aneurismas, pero fueron todos seudo aneurismas traumáticos. No deseé profundizar en la historia, pero considero que los aneurismas post traumáticos y los postoperatorios deben ser excusados (se proyectan sitios). Los 4 primeros, éste es un seudo aneurisma infectado, éste es un seudo aneurisma a los 6 años de un reemplazo de carótida, ésta es la pieza extirpada y éste es otro seudo aneurisma también infectado. Debo convenir en que hay algunos de los aspectos que ha tocado el Dr. Lucas que se prestan a discusión, tal es el caso que se trata de dilataciones como ésta que vemos se proyectan diaprostas aquí circunscriptas, que generalmente corresponden a dos placas de ateroma, una por arriba, otra por abajo que nosotros no consideramos que sean aneurismas. Este es otro caso similar. Y éste es otro caso bilateral similar, que me hace acordar mucho a las arteriografías que pasó el Dr. Lucas y que en realidad corresponden a este tipo de lesión, ésta es la resección de la pieza anterior, se trata de estenosis en el medio proximal y distal, en medio de la placa arteriosclerótica con algunas de ellas que están ulceradas.

Hemos tenido 3 aneurismas verdaderos, éste es uno con obstrucción de la carótida externa, que fue tratado con resección y reemplazo. Aquí se está resolviendo el aneurisma, la resección con lo que queda de cara posterior y la prótesis colocada en sitio. Un segundo caso es éste, aquí la tomografía computada del lado derecho, era muy alto y penetraba prácticamente el cráneo, éstas son las arteriografías, pensemos que éste era un aneurisma para ligar, nosotros sabíamos que desde ya hace 70 años se aseguró que sólo el 25% de las ligaduras de carótida son seguidas de hemiplejía, de lesión importante, por esta razón en este paciente, lo operamos con anastomosis local, tomamos potenciales evocados, hicimos electromiografía y el hallazgo fue de 60 mm de Hg., por lo que ligamos todo y el enfermo tuvo una recuperación excelente. Sería muy extenso discutir si el shunt debe ser asociado con medidas de protección cerebral, no voy a entrar en ello, el Dr. Lucas sabe que yo no estoy de acuerdo con esta criterio.

Me asocio con el Dr. Lucas en el homenaje a Molins en iniciador mundial de la cirugía carotídea, en el diaporama que les voy a mostrar se ve la portada del trabajo original, que fue la primera publicación universal, ésta es la que publicó con Carrea, donde está el primer caso tratado en el mundo. Trabajó muchos años con Molins en el mismo hospital en dos equipos distintos, adquirió su destreza quirúrgica y sus innovadoras ideas perfeccionando procedimientos a los que no supo difundir con elocuencia dado su modo tajante y concreto de expresarse, tal vez por ello no fue conocido ampliamente en nuestro país pero sí lo fue en el extranjero, al punto que Allan presidente de la International Cardiovascular Society en 1976 proclamó una conferencia de homenaje a Molins en el XIV Congreso mundial, allí se reconoció la paternidad de sus procedimientos y le otorgó el rango de pionero antes que autores de la literatura inglesa que creen ser los iniciadores de esta cirugía.

**Dr. Roberto Pittaluga** MAAC: El Dr. Lucas presenta una proporción de aneurismas entre las patologías quirúrgicas de la carótida extracranénea que supera a la de series internacionales por el citados. Mi pregunta es cómo se objetiva el diámetro de la carótida aneurismática para asegurar que superaba en un 50% a la arteria carótida contigua. Las imágenes que mostraron los autores tanto de estudios complementarios como de actos quirúrgicos no me permiten asegurar que se trataban de aneurismas. Es más, podría decir que los diámetros arteriales presentados son semejantes al común de las patologías de carótida extracranénea que he tenido oportunidad de corregir quirúrgicamente y que no responden como aneurismas. Creo no haber escuchado la edad de los siete pacientes que motivan esta presentación, tampoco se tenían hipertensión arterial, ambos factores si son elevados se pueden acompañar de elongaciones y dilataciones arteriales. Entendiendo que el objetivo del trabajo es presentar una casuística, no discuto en esta oportunidad la técnica quirúrgica utilizada si bien difiere en algunos actos de la que acostumbro practicar.

**Dr. Dino B. Sfarlich** MAAC: La incidencia de éstos es muy baja, como lo demuestra a pesar de su vasta experiencia en el tema que nos mostró 7 casos intervenidos quirúrgicamente.

Sería importante saber qué incidencia tuvieron en relación a los aneurismas periféricos, ya que en el trabajo comparan la cirugía de los vasos del cuello con patología oclusiva.

En nuestro Servicio hemos intervenido quirúrgicamente 3 aneurismas de carótida con algunas particularidades que son interesantes comentar.

En el primer caso se trata de un aneurisma de carótida primitiva en una mujer joven, con un Takayasu, que ocupa las subclavias.

Se realizó primero una derivación aórtica subclavía. Con el tiempo ocurrió la derivación por progreso de la enfermedad que obstruye la salida de la vertebral derecha. Se realiza reinsinuración de la vertebral en la carótida aneurismática aprovechando reducir el aneurisma muy parecido al procedimiento que nos mostraron los comunicantes donde se redujo el diámetro.

El segundo caso es un paciente con un pseudo aneurisma de carótida interna que le hicimos resección y reintervención.

El último caso es muy interesante, ya que el paciente tuvo un traumatismo indirecto no penetrante que dilató toda la pared. La realizamos resección e interposición de vena autóloga como se ve en el diaporama.

Catorce años después le hicimos un control arteriográfico digital que nos mostró buena evolución y pequeña elongación de la interposición.

Una última pregunta. Quisiera saber si en las displasias pequeñas y asintomáticas, cómo algunas de las que nos sería llanto no intervenirlas y realizar controles periódicos ecográficos.

** Miembro Asociado Titular

*** Miembro Académico Titular
Dr. Miguel A. Lucas MAAC: Nosotros hemos tratado de expresar durante el tema principal, que tenemos además experiencia en síndromes del seno carotídeo y en tumores del glomus carotídeo, pero están excluidos de este trabajo. De todos modos, respondo que sí hacemos anestesia del seno carotídeo, maniobra es muy importante. Sobre todo lo hacemos al comienzo de nuestra experiencia, cuando no se manejaba bien el control de la tensión arterial por nuestros anestesiólogos. La tensión reaccional ayuda a las maniobras de liberación de la ínsima interna, era temida y se obviaba con la infiltración de anestésicos locales en el ambiente del seno carotídeo.

El primer paciente que operamos con un tumor del glomus carotídeo nos fue enviado por el Dr. Zabala (quien fue el primero argentino que operó un aneurisma de la arteria abdominal). Resección y reemplazo, empleando un segmento tubular de una camisa de nylon, preparado por su mujer. Zabala vio al paciente con el tumor del glomus en su consultorio, creyendo que era portador de un aneurisma carotídeo, pero con las maniobras de palpación del cuello asistió a una crisis de tensión arterial y taquicardia, lo que lo indujo a sospechar de la existencia del tumor del glomus. En este paciente, somos que realizar una disección alta de la carótida interna, sección completa del tumor del glomus que invadió la luz carotídea, ligadura distal de la carótida interna y puente con técnica de P.T.E. en forma terminal terminal desde la raíz a la carótida común hasta la carótida interna precraneana a centímetro de su entrada en cráneo. Hemos mostrado durante nuestra presentación del trabajo, la pieza anatómopatológica. El enfermo es un ingeniero hidráulico del sur del país, si bajo nuestro control desde 1975, vive todavía con la protésis de cuello de la arteria subyacente.

La respuesta a la anestesia del seno carotídeo es si la habíamos en la mayoría de los enfermos, en particular en los pacientes con arritmias cardíacas.

Nos une con Rubén Siano Quiroso, el recuerdo grato de Males Molins. Su nombre fue más difundido y gratificante para nuestro país. Que realmente sentimos un aprecio muy grande por su figura, debemos destacarla.

Dr. Pilheu, usted mostró una técnica efectuada en Boston, Massachusetts, similar a esa técnica empleó Molins en una lesión arteroesclerótica de la arteria carótida interna en 1951, removiendo la placa, ligando el segmento proximal de la carótida interna y secionando la carótida externa, ligando su extremo distal, anastomosó finalmente de modo terminal terial los dos cabos carotídeos: externo dador e interno receptor distal. Había descubierto la revascularización carotídea.

Yo presenté en este foro, en 1980 nuestro primer trabajo de cirugía carotidea en lesiones bilaterales, luego lo lleve a Atenas, a Congreso de la Unión Internacional de Angiología, y tuve la suerte de estar en la misma mesa con George Rob y Eastcott, uno de ellos la presidía y allí como lo habían hecho antes en Egipto, ratificaron a Molins como el pionero, como el precursor de la cirugía carotídea, una entre tantas cosas que Males realizó en nuestro país.

No dejo de agradecerle a sus enseñanzas pues llegaste al hospital Tomé en 1975, resultó a realizar un programa de trasplantes, Molins me abrió su quirófano, me hizo pasar a ver operar y me dijo como hacer la disección de las venas carótidas... "luego las aftucenta y tendrá buena zona para anastomosar la vena renal del trasplante".

Al Dr. Rubén Siano Quiroso le digo que conocía el caso del Dr. José Luis Martinez, que fue casi simultáneo a nuestro caso operado con Mercado en 1965, de aneurisma arteriosclerótico.

Como dice Siano Quiroso, la mayoría de las experiencias corresponden a pseudoaneurismas intervenidos. Nosotros los quitamos de este trabajo ex profeso. Decidimos presentar una experiencia cierta de sólo aneurismas carotídeos verdaderos.

Hemos hecho una metodología y normalización de todos los pacientes con accidente cerebrovascular que ingresan al Instituto de Complejidad donde actuamos.

Hicimos un corte de experiencia con 125 casos de lesiones carotídeas y allí aparecieron 19 ectasias de las cuales a 7 (siete), las tabulamos como aneurismas, aquí viene también la respuesta al Dr. Pittaluga, pues su pregunta es muy critica, el tamaño de los aneurismas lo cuantificamos primero a través del ecodoppler color o blanco y negro, hacemos luego la apreciación o medición angiográfica, a fin de indicar la operación y por último el tamaño real se mide durante la cirugía. Finalmente enviamos todas las piezas a patología, donde se ratifica el diagnóstico.

Consideramos al ecodoppler casi más certero que la angiografía. Todos los casos aquí presentados en esta serie tienen la confirmación anatómopatológica, como describieron.

No son ni seudoaneurismas, ni fistulas arteriovenosas. A las ectasias no mayores de una vez y media de las arterias carótidas, sí son sintomáticas, las operamos, por lo general corresponden a dilataciones postestenóticas y van acompañadas de placas de ateromas subyacentes.

Siano, como siempre, dice cosas muy importantes que justifican el propósito de este trabajo, no hay muchas publicaciones en el mundo sobre los aneurismas carotídeos.

Una pregunta de Dino Sfarich, cuál es la incidencia de todos los aneurismas operados por nosotros. Yo no he hecho una estadística cotejada actualizada de todos los aneurismas intervenidos desde 1956 hasta ahora. Hemos superado el millar y medio de aneurismas de la aorta abdominal; de los periféricos, debemos superar los doscientos pero es importante remarcar que sólo tenemos 17 aneurismas carotídeos verdaderos operados entre 1961 y 1995.

Me voy a remontar a la bibliografía consultada, diversos autores refieren que estos aneurismas ocupan el 1 a 3% de todos los operados en el mundo. Quiere decir que su incidencia es estadísticamente muy baja; ésta fue la razón que nos impulsó a tratar con ustedes el tema.

Hubimos de seleccionar rigurosamente los pacientes con diámetro arterial mayor de una vez y media el tamaño de la carótida. Pues meditamos para poner un límite inicial de ectasia o aneurisma y allí nos dió luz la opinión de Rutheford que debe estar aumentado por encima del 50% el tamaño de la arteria afectada. Esta es una de las ideas fundamentales, que intentamos expresar.

No me queda más que agradecer los aportes y vuestra atención, nosotros no utilizamos venas autólogas en el sector carotídeo. Dos pseudoaneurismas operados en nuestro grupo inicial, fueron operaciones de mi amigo Pedro Bianchi Donaire, con mi ayuda, con angioplastia con vena yugular o safena homóloga. Una joven fue operada en San Pablo por el Profe sor Euclides de Jesús Zerbini, con un enorme aneurisma falso a los pocos años de la primera cirugía, eso nos condicionó a abandonar el empleo de la vena en angioplastia; algunos autores recurren con prótesis por encima de la angioplastia venosa.
COMUNICACIÓN

CIRUGÍA TIROIDEA. INTERNACIÓN BREVE

Dres. Juan C. Ahumada* MAAC, Sergio D. Madeo*** MAAC, Marcelo V. Clerici** y Martín I. Hauni

DIVISIÓN CIRUGÍA - UNIDAD CABEZA Y CUELLO. POLICLÍNICA BANCARIA «9 DE JULIO»

RESUMEN

Desde el 1 de enero de 1990 hasta el 31 de agosto de 1995 incluimos en un protocolo prospectivo a 101 enfermos consecutivos operados por una patología tiroidea dándoles el alta precozmente. El 80% pertenecía al sexo femenino y tenían un promedio de 49,9 años. Todos los pacientes fueron instruidos sobre las eventuales complicaciones, cómo comunicarse en caso de dudas y dónde dirigirse ante la presencia de las mismas. Se excluyeron del presente trabajo a las reoperaciones, las cirugías que requerían vaciamientos cervicales, ampliación al esternón y resección de órganos vecinos. El 80% de los enfermos presentó patología benigna. En el 79% de los casos se efectuó una tiroidectomía subtotal y en el 20% se realizó una tiroidectomía total. Tuvieron un control hospitalario por 16 horas de promedio. Se detectaron 5 complicaciones: 2 hematomas sofacantes, 1 hemATOMA DE HERIDA, 1 hipocalcemia bioquímica y 1 infección de herida. Hubieron 2 reoperaciones en los pacientes con hematomas sofacantes y una reintervención en el paciente con la herida supurada. Salvo la infección de herida, el resto de las complicaciones se diagnosticaron durante la internación abreviada. Entre los 7º y 10º días confeccionamos una encuesta que demostró un alto grado de satisfacción, el 89% de los enfermos.

Concluimos que la cirugía tiroidea puede realizarse sin aumentar la morbilidad ni la mortalidad con una internación abreviada, cuyos principales pilares son una adecuada relación médico-paciente, una técnica quirúrgica minuciosa y un sistema asistencial que responda rápida y eficazmente.

SUMMARY

Since January 1st, 1990 to August 31st, 1995, have been including in the prospective protocol 101 patients operated of thyroid pathology, giving them in a soon hospital externation. An 80% were female, with an average of 49,9 years old. All of the patients were told about the probable complications and how to contact the physicians if they need it. Reoperations, cervical emplines surgeries and neighbours organs resections had been excluded. A 80% of the patients had benign pathology; subtotal thyroidectomy was practiced in a 79%, and total thyroidectomy in a 21% of them. Hospital control was of 16 hours average. A 5 complications had been detected: two sofacants hematomas, one wound infection, one wound hematom and one lab hipocalcremia. There were two reoperations of the patients with sofacant hematomas, and one rehospitalization of the patient with the wound infection. Excluding the wound infection, all the complications had been diagnosed during hospitalization period. A 89% of the patients showed a high degree of satisfaction, regarding the hole surgical procedure, between the 7º and 10º postoperative day.

We conclude, that the thyroid pathology can be done with a brief hospital standing period without increasing the morbimortality index, based in a optimal relationship with the patient, a very nit surgical technique and an assistational system preparad to deal with any complication.

Palabras clave: glándula tiroides - cirugía - internación abreviada - costo-beneficio


El avance constante de la tecnología médica, el mayor entrenamiento y perfeccionamiento de los cirujanos y el alto costo del quehacer médico nos están llevando a implementar métodos y técnicas o a cambiar alguna de ellas para mejorar la esxución costo-beneficio7-8-10-12-13-15-16-19.

Con el desarrollo de la moderna cirugía estamos observando el desplazamiento al médico ambulatorio o con hospitalización mínima a gran número de procedimientos quirúrgicos que anteriormente tenían estadías prolongadas7.

Es sabido que el índice de complicaciones quirúrgicas, cuando opera un equipo entrenado, está muy bajo4-9-10-12-14. Evaluada esta situación en base...
a nuestra experiencia, nos encontramos con un grupo de pacientes, cuya internación hospitalaria tras la intervención quirúrgica se justifica por la sola vigilancia de su evolución. Si se puede efectuar un autocontrol en el domicilio del paciente, habremos conseguido eliminar la causa que prolonga el posoperatorio intrahospitalario, sin pensar que existan motivos para esperar más complicaciones que en los pacientes hospitalizados.

El nódulo solitario palpable de tiroides posee una prevalencia aproximada del 3% en los EEUU y la incidencia anual de nuevos nódulos es del 0.2%.\(^5\)\(^\text{12}\)

La cirugía tiroidea ocupa un sitio importante en el trabajo diario del cirujano especializado en patología de cabeza y cuello y en los últimos años no recibió, como en otras áreas, un gran aporte de la tecnología médica, aplicada a la técnica quirúrgica. Algunas modificaciones a la que efectuábamos habitualmente nos facilitó proceder a la intervención abreviada, cuya experiencia es motivo de esta comunicación.

**Material y Métodos**

En la Policlinica Bancaria «9 de Julio» y en nuestra práctica privada desde el 1/1/1990 hasta el 31/VIII/1995, tuvimos la oportunidad de operar 101 enfermos que presentaban una patología tiroidea pasible de una internación abreviada. De ellos 20 (20%) pertenecían al sexo masculino y 81 (80%) al femenino, con una promedio de 49.9 años de edad, con rango de 13 a 83.

El criterio de inclusión comprendió a aquellos pacientes que tenían que intervenirse quirúrgicamente por patología tiroidea y aceptaban el protocolo de trabajo, adoptando como de exclusión a los que debían tener una reoperación tiroidea, o agregar procedimientos como vaciamientos cervicales, ampliación al esternón o a otros órganos vecinos y a los que no aceptaran el protocolo o no tuvieran las condiciones psicológicas adecuadas para comprender éste.

A todos los pacientes que consultaron por patología tiroidea se les realizó un examen clínico semiológico completo, un laboratorio que incluía T3, T4, TSH, anticuerpos, ecografía, centellografía tiroidea y citología por punción con aguja fina.

Una vez decidida la terapéutica quirúrgica se explicó al paciente las ventajas de una internación abreviada, éstos comprendieron emocional e intelectualmente el plan postoperatorio, las eventuales complicaciones hemorrágicas, infecciosas, fisiológicas y metabólicas y se los incluyó en el protocolo.

A todos los pacientes los operamos con una anestesia general, efectuándoles una cervicotomía transversal de Kocher, de 6 a 7 cm de largo, arciforme de concavidad superior centrada en la línea media a una altura variable de 1 a 2 cm del mango externo.

Se disecaron colgajos superior e inferior por debajo del músculo cutáneo del cuello. Se ingresó al espacio visceral por la línea media de los músculos infrahioides sin seccionarlos, salvo en los grandes bocios intratorácicos.

Se disecaron las ramas vasculares del polo superior y se las ligó por separado y en forma sistemática se investiga y diseña el nervio recurrente y las glándulas paratiroides. Luego se efectúa la ecatomía de la glándula, contando siempre con el examen anatómopatológico por congelación y según su resultado se realizó el tratamiento adecuado (tiroidectomía subtotal o total). La síntesis de la línea media se efectuó con un surget de ácido poliglicolico o de polidioxanona, sin dejar drenejos. Los pasos siguientes sobre el plano dermocutáneo se efectúan según arte.

El control posoperatorio, se efectuó con el paciente internado por un lapso breve con movilización precoz y a la externación, se controlaba que el mismo y/o sus familiares recordaran las explicaciones y recomendaciones efectuadas en el preoperatorio.

Entre el 7º y 10º día asistía a una consulta ambulatoria en donde se evaluaba el posoperatorio y a través de un interrogatorio, el grado de satisfacción del método.

**Resultados**

Todos los pacientes aceptaron la inclusión en el protocolo de trabajo. El promedio de internación fue de 16 horas con un rango entre 6 y 48. Se destaca que 3 pacientes fueron dados de alta en el mismo día y sólo uno se negó a la externación abreviada hasta que «lo creyera oportuno» decidiendo retirarse del sanatorio a las 48 horas.

La anatomía patológica demostró que el 80% correspondía a patología benigna y el resto a maligna. (Gráfico 1).
LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EFECTUADAS FUERON EN EL 79% (79) COMO UNA TIRIOECTOMÍA SUBTOTAL Y EN EL 20% (21 CASOS) UNA TOTAL.

SE REGISTRARON 4 PACIENTES CON COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA: 2 HEMATOMAS SOFOCANTES, UNA HIPOCALCÉMIA CON LEVE SINTOMATOLOGÍA Y UN HEMATOMA DE HERIDA. LOS 2 CASOS DE HEMATOMA SOFOCANTE FUERON REINTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE. EN UNO, NO SE EVIDENCIÓ LA CAUSA DEL SANGRADO, PERO EN EL OTRO LA ETIOLOGÍA SE DEBIÓ AL DESPRENDIMIENTO DE UNA LIGADURA ARTERIAL.

SÓLO 2 PACIENTES EFECTUARON UNA CONSULTA TELÉFÓNICA PARA REQUERIMIENTO INFORMATIVO Y UNO DE ELLOS FUE ASISTIDO POR GUARDIA POR PRESENTAR UN PRESUMIDO SÍNTOMA DE HIPOCALCÉMIA, QUE LUEGO DE DESCARTADO, SE LE PERMITIÓ REGRESAR A SU DOMICILIO. UN PACIENTE SE REINTROÓ DENTRO DE LA SEMANA DEL POSTOPERATORIO CON UNA HERIDA SUPURADA, QUE DEBIÓ SER DRENADO, SIENDO EXTERNO AL DESPRENDIMIENTO DE 24 HORAS SIGUIENTES.

EN LA CONSULTA EXTERNA NO SE DETECTÓ NINGUNA COMPLICACIÓN.

EN TOTAL LA MORBILIDAD OPERATORIA ALCANZÓ EL 5% Y SALVO UNA COMPLICACIÓN SÉPTICA LEVE DE LA HERIDA OPERATORIA TODAS SE MANIFESTARON DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. NO SE REGISTRÓ MORTALIDAD.

EL GRADO DE SATISFACCIÓN ALCANZADO CON EL PROCEDIMIENTO FUE ALTO EN 89%, MODERADO EN 10 Y BAJO EN 1. EL 98% DE LOS PACIENTES DEL GRUPO ALTO UTILIZARÍA EL MISMO SISTEMA EN CASO DE SER REINTERVENIDOS.
por parte del paciente, pero la profilaxis durante la cirugía es fundamental. Nosotros la hemos tenido en un paciente (1%), pero en otras series\textsuperscript{9,10,12-14} esta es una complicación más frecuente, oscilando entre el 1 y el 30% de las tiroidectomías totales\textsuperscript{15}. El hipoparatiroidismo crónico que puede llegar el 8%, no apareció en nuestra casuística.

Steckler\textsuperscript{18} en un análisis de costos efectuado en 1986 en EEUU encontró una reducción de los gastos hospitalarios del 22%, lo que representó para este autor aproximadamente 1100 U$S por paciente.

Del análisis de nuestra investigación surge como conclusión, que la cirugía tiroides es un procedimiento sencillo, que puede realizarse con un mínimo de internación posoperatoria, con un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, con un importante ahorro de recursos para las instituciones sin agregar morbilidad adicional. Los pilaros de esta metodología pasan por mantener una buena relación médico-paciente, una técnica quirúrgica adecuada y un sistema asistencial que responde rápida y eficazmente ante una eventual complicación.

**BIBLIOGRAFÍA**

DISCUSIÓN

Dr. Federico R. Pilheu* MAAC: He escuchado con suma atención el trabajo que nos ha mostrado el Dr. Ahumada; es sumamente interesante, pero no soy tan absoluto, creo que hay que ser un poco más precavido. Suponiendo que interve-nimos a un enfermo a la mañana en un servicio hospitalario, o a la tarde en servicios sanitarios, las complicaciones frecuentes que hay que tener en cuenta son: el hipotiroidismo, que no aparece sino recién a los 8-10 días, porque la cantidad de hormonas tiroides acumuladas en el organismo es suficiente para 8-10 días, en cambio a la mañana siguiente se pueden tener signos de hipoparatiroidismo, de modo que en ese momento hay que hacerse un examen de cálculo, y en caso de que esté por debajo de los valores normales, administrar el calcio correspondiente. Si en el acto operatorio se cumple el requisito, al efectuar el retiro de la cápsula traqueal por parte del anestesista, y él tiene la precaución de observar las cuerdas vocales que se mueven, por lo menos una, estamos tranquilos, pero si hay parálisis de las dos cuerdas vocales, ese enfermo no debe irse a su casa. Pero hay una complicación gravísima muchas veces mortal: el hematoma sofocante; si yo opero hoy un enfermo, sobre todo si es un Basadov que tuvo un hipertiroidismo muy alto y está muy vascularizado, se ha hecho una tiroidectomía subtotal, y ese enfermo operado hoy se va a la casa a las 4-5 de la tarde, con un buen vendaje en el cuello, y esa noche a la 1-2-3 de la mañana hace un hematoma, nadie se da cuenta, ningún familiar y posiblemente ningún médico familiar; con el vendaje generalmente muy apretado desgraciadamente ese hematoma sofocante es suficiente para comprimir la tráquea, producir un edema de glotis, y el enfermo se muere esa madrugada. Por ello es que aconsejamos cuando hay un hematoma grande reabrir la herida de inmediato, si se ve el vaso se lo liga y si no se lo ve se evacua el hematoma y se coloca drenaje. Nosotros recordamos un enfermo operado por un hábil cirujano en el Hospital Vicente López, que a la madrugada del día siguiente hizo un hematoma sofocante; los médicos que estaban eran residentes bastante capaces, pero no lo reconocieron, y el enfermo se murió. De modo que en aque-

los enfermos con bocio difusos hipertiroidos, no es justo acuerdo en darles de alta el mismo día. Cuidado, después a menudo en el caso de una cirugía de alta, y en esos casos hasta pueden ir presos los médicos que se encontrarán que pagar una fuerte suma de dinero junto con el hospicio o el sanatorio, donde estuvo internado el enfermo.

Dr. E. Roberto Vidal** MAAC: El Dr. Ahumada nos presenta un tema muy interesante de la cirugía del momento en la implicancia de cirugía ambulatoria y de atención domiciliaria. Yo creo que a través de todo esto también está la cirugía laparoscópica, porque mucho de lo que está ocurriendo actualmente el juicio por mala praxis está muy a la orden del día y en esos casos hasta pueden ir presos los médicos que tendrán que pagar una fuerte suma de dinero junto con el hospital o el sanatorio, donde estuvo internado el enfermo.

* Miembro Honorario Nacional

** Miembro Académico Titular
CIRUGÍA TIROIDES - INTERNACIÓN BREVE

Mayo 1996

Dr. Federico J. Gruart** MAAC: Hay que tener mucha cautela y cuidado en la indicación de un alta precoz; se debe condicionar la misma a lo siguiente: 1°. El cirujano debe tener una formación completa en este tipo de Cirugía que no es sencillo (se plantean las mismas exigencias que en la Academia hemos establecido para los cirujanos que se dedican a la cirugía laparoscópica, tener una preparación adecuada para poder solucionar cualquier complicación que se presente). 2°. Hay que explorar minuciosamente el cuello en toda cirugía tiroides llevando a cabo una hemostasia correcta y explorar los nervios recurrentes evitando que la sección de uno de ellos pueda demorar el alta del paciente, por ello afirmaremos que para promover un alta precoz se debe asumir totalmente con lo requerido, un cumplimiento cuidadoso de todos los parámetros quirúrgicos.

Dr. Mario Acosta Pimentel* MAAC FACS: Creo que el trabajo del Dr. Ahumada tiene el valor de su experiencia, y sinceridad quizás muy relativo de controversias. Coincido con los pronósticos en cuanto a la cautela de esta cirugía y de la Cirugía en general. En la sala XV del Hospital Rawson a cargo de nuestro Jefe el Dr. Diego Zavaleta, operábamos cantidades y cualidades de pacientes con bocio, y la gran mayoría con anestesia local inofensiva, pero ningún de ellos se iba antes de las 48 horas, porque teníamos al conjunto de complicaciones mencionadas por otros preocipitantes y que en el caso del suscripto más de una vez, como cirujano de urgencia, observamos de madrugada en pacientes bien intervenidos por cirujanos de experiencia. También realizamos 2 comunicaciones con Zavaleta y Perera sobre «Técnica de la tiroidectomía» y «Lesiones recurrenciales durante la cirugía tiroides». En general coincidimos con la cuidadosa técnica que ha manifestado el doctor Ahumada en su comunicación. Nosotros hemos observado que muchas crisis aparentemente por hipocalcemia eran por hipomagnesemia en las grandes resacciones de glándula tiroides. A más de leído, lo hemos vivido, eran hipomagnesemias verdaderas. También creemos en la utilidad de los drenajes, que nos obligó a medir magnesio en el preparativo de tales pacientes proyectivamente. También creemos en la utilidad de los drenajes, que sugieren teniendo vigilancia en cualquier tipo de cirugía, aún en la cirugía laparoscópica actual. El drenaje es una operación que se agreaga a la operación primitiva, no puede cumplir una verdadera función si se lo aplica como un paso más al final de determinadas intervenciones quirúrgicas. Deben ser colocados en el sitio indicado, respetando la anatomía y confiando en ellos en forma relativa. Me preocupa al seguir actuando como cirujano que existe una verdadera carrera horaria para la extensión rápida de los pacientes. Respetando desde todo punto de vista a los cirujanos jóvenes, entre los que se encuentra mi propio hijo, reflexionaré sobre la mala praxis. La misma está a la orden del día y paradójicamente parecería que nosotros con determinadas actitudes, estamos dejando de preservar nuestra propia auditoria. Tal rapidez no constituye un costo-beneficio saludable para el ejercicio profesional. Porque? Por lo siguiente, a mi entender:

a) El paciente disconforme tiene derecho —equivocado o no— a practicar su anunciada versión judicial hacia el Cirujano actuante.

b) La entidad estatal, Obra Social estatal o Privada y/o empresas de salud no se hacen cargo de la defensa del mismo profesional.

--- ** Miembro Académico Titular
--- *** Miembro Asociado Titular
--- ** Miembro Emérito
Dr. Jorge L. Manrique* MAAc: A la par que se habló de cirugía tiroidea puntualmente, se discutieron varios temas interesantes. Como cirujano general, alejado de la cirugía tiroidea actualmente, me parece aceptable la propuesta de la intervención abreviada, abonada por los resultados obtenidos con 101 casos consecutivos tratados de esta manera. El Dr. Ahumada, se dedica fundamentalmente a esta cirugía y por lógica sus resultados deberían ser mejores que los obtenibles por profesionales no especializados. Podría afirmarse, tal como lo hemos oído más de una vez en esta Academia, que la cirugía del tiroide que fuera, debiera reservarse en grandes núcleos poblacionales, sólo a los expertos. Respecto a los usos y costumbres de cada cirugía, vale destacar que los cirujanos somos sumamente conservadores: si nos casamos con los drenajes, los colocamos a ultranza pero cuando nos descasamos, aborrecemos su uso y no hallamos indicación racional para su empleo. En la experiencia del Dr. Cabeza y Cuello del Servicio de Cirugía del Hospital Eva Perón donde siempre se dejan drenajes, no he observado que ésta haya evitado hematomas sufocantes. Debíamos concluir que con o sin drenaje la posibilidad de esta complicación es la misma. Cabría preguntarse si el drenaje del drenaje podría advertir sobre la presencia del hematomas o sólo drenará colecciones de diversos volumen que no llegarán nunca a constituirse en tales. Potencialmente, la conducta debe ser similar para proceder a drenar cualquier otra cavidad orgánica, real o virtual y así, en mi opinión este tema deberían discutirlos quienes practiquen con asiduidad la cirugía de la tiroidea y ofrecemos sus resultados. No conozco respecto de esta tema mi opinión estatisticamente fundada, pero de existir, no cabría discusión al respecto; obtenido sobre no sirve. Respecto del tiempo de internación adecuado para la cirugía tiroidea, mi opinión como lego, en base a un razonamiento analógico me permite preguntarme: cómo aceptar que hasta hace unos 10 años no se concibiera coexistencia sin indicación de sonda nasogástrica, internación por una media de cinco días, dieta estricta, etcétera y hoy para la misma cirugía el alta se concede en menos de 72 horas, no se use la sonda nasogástrica y se libere rápidamente la dieta? Este cambio es más evidente cuando se compara la intervención convencional con la laparoscópica, donde la internación promedia ronda las 24 horas. En esta cirugía, no existe diferencia respecto de la técnica resectiva ni anestésica, sino en la magnitud de la inclusión de los planos cutáneos y musculoaponeuróticos que permite a cada técnico, alcanzar el órgano a resecar. Si se acepta esta aseveración como verdadera, qué posibilita ahora el alta temprana? Cuál es el cambio que provoca la cirugía laparoscópica? Además de menor daño parietal en la cirugía laparoscópica, no existe un cambio evidente de la conducta? Los resultados no son buenos? Cómo se puede conceder el alta antes de las 24 horas con tranquilidad y sin inconvenientes demostrados en intervenciones más invasivas que las del cuello (con todo el respeto que el cuello merece) como la cirugía biliar utilizada como ejemplo, pasible de complicarse con colecciones hemática, biliar y entérica sumada a la posibilidad de ileo? Si se pueden cambiar conductas en la cirugía abdominal, por qué en la cirugía tiroidea no? Que determina la extensión de la intervención, la costumbre o la necesidad terapéutica? Hemos tratado estos temas y se incluye a la mala praxis en el sombro de cualquier cambio de conducta, me siento muy concertado. No estoy incómodo en la promoción de la propia sobreprotección de la cirugía (para cubrir el estímulo de conductas médicas y terapéuticas que podrían incluirse entre las prácticas «protectivas») (del cirujano y del paciente), incurriendo en la imposibilidad de generar una aceptada y aceptable, científicamente comprobada y empíricamente aplicable que ofrezca un standard de cuidado lógico al paciente y para el médico? Queda la impresión, luego escuchado esta noche, que la propuesta de internación abreviada genera un riesgo y que este riesgo no se debe comenzar a observar los datos presentados, debe aceptarse como una propuesta de la propuesta de internación abreviada. Negar los resultados que abonan esta conducta, no es justo. Habría que pensando en cuenta las opiniones escuchadas, que son las que me han sido dadas por el Dr. Ahumada estos resultados son posibles. Creo que el fundamento de cualquier cambio de conducta quirúrgica debe ir a la búsqueda de una respuesta a la que se nos presenta la propuesta de internación abreviada, si el estudio de una persona que propone una circunstancia y demuestra con su experiencia resultados mejores es alcanzado con otra conducta igual o menores costos de riesgo o mejor internación. Sí la muestra del Dr. Ansell pareciera escasa para sustentar el cambio de conducta, la cirugía sugeriría ampliar el número de observaciones para que las conclusiones como válidas. Es esto real? Cuando nos fomentamos a algún cambio en la cirugía, el santo temor a conocida o no practicado (basado en lo artesanal de nuestra práctica) integrado con el horror a la posibilidad de acciones rídiculas conduce a una parálisis de los mecanismos de cambio. El bloqueo de la capacidad de decisión impide la pereza de normas que creo muchos estamos esperando que así no se produzcan nunca. La norma debe conducir a un cambio fundada cuál es la conducta adecuada para cada circunstancia. Hasta ahora, hemos escuchado a respuestas de las especialistas en cirugía tiroidea, a cualquiera de los cuales yendo a Ahumada, confiaría mi cuello y en realidad no me da claro cuál es la manera correcta de proceder; Internación abreviada, sin o con drenaje o internación clásica con o sin drenaje? Pasando a otro tema también discutido, la cirugía ambulatoria no tomando en cuenta en el que he tenido alguna experiencia, diría con los que opinan que es igual la convalecencia en un internación en ambulatoria. Estoy convencido que esto no es beneficio para cada paciente lo ofrecemos una opción de hablar de los animales buscan su cueva para descansar, que se burde u ocultar sus penas. Considero que la cueva puede ser más confortable que cualquier lugar, aunque sea de lo que ese sentir la cirugía ambulatoria ofrece grandes ventajas y no hace poco tiempo, estábamos todos encantados con esta disponibilidad. Qué pasó con el entusiasmo? Era una moda? En una instancia, cuando se está a cargo de un servicio hospitalario, no es mi caso, existe una obligación formal de cumplir las camas de la manera más racional posible. La demanda crece en forma inusitada y la posibilidad de atenderla desnuda en la medida en que falta espacio de internación. En el Hospital Eva Perón, la lista de espera supera los dos años de pacientes, totalmente estudiados. Si pudieramos ahorrar costumbres para acelerar el alta, ofreciendo seguridad y costos más los mismos resultados, la internación abreviada la cirugía ambulatoria- toría serían opciones a considerar, a continuación de solucionar problemas actuales electivos y emergentes. Personalmente tomaría esta conducta de mil amores y al mismo tiempo cumpliría con una obligación de Estado: el rendimiento del servicio.

Dr. Roberto De Rosa* MAAc: Queremos contribuir a un interesante trabajo del Dr. Ahumada, con la experiencia del División A de cirugía del Hospital Ramos Mejía. Coincidimos...
Dr. Juan C. Ahumada MAAC: El Dr. Piheu, que ha sido mi maestro en la cirugía y en especial en la del campo que ahora nos ocupa, hace hincapié en que hay que ser precavidos para evitar complicaciones, en este aspecto le aseguro que lo hemos sido al asumir este estudio prospectivo perfectamente pautado, al elegir cuidadosamente a nuestros pacientes, a cada uno de los participantes de este grupo de trabajo, en la elección del tipo de patología que tenían los pacientes sometidos a este protocolo y en la técnica y táctica quirúrgica. También, al igual que otros Sres. Académicos, se preocupa por el hematoma sofofacante posoperatorio que puede ser causa de muerte; al respecto, nosotros también la tuvimos en cuenta y es por ello que no estamos siguiendo una cirugía ambulatoria sino una internación abreviada, que tiene un promedio de internación de 16 hs. lo que hace que cualquier tipo de complicación de esta naturaleza se haga evidente, ya que por lo general se producen dentro de las primeras 48 hs. de posoperatorio. Respecto del hipoparatiroidismo como complicación de la tiroidectomía total, consideramos que éste se presenta tardíamente y que no interfere con la conducta postoperatoria. Parálisis recurrenciales no las hemos tenido y si hubiera existido, la sección unilateral que no altera la mecánica respiratoria no sería causa para excluir al paciente del protocolo. Los vendajes compresivos tipo corbatita suiza, los he mantenido y solamente dejamos una pequeña gasa por dos delgados esparadrapos adhesivos que se retirarán después del alta del paciente dejando la herida descubierta. El Dr. Vidal está de acuerdo en líneas generales con este enfoque y le preocupa el hematoma sofofacante para lo cual me referiré en mi respuesta al Dr. Piheu. En cuanto a la hipocalcemia, que puede hacer su aparición después de las 72 hs. le explicamos adecuadamente al paciente cuáles son los síntomas precoces, qué debe hacer al respecto y comunicarse con un miembro del equipo o concluir rápidamente en nuestro Centro Asistencial. Todos los pacientes operados de tiroides fueron informados de la posibilidad de una posoperatoria en un radio dentro de la Capital Federal para evitar los trámites de traslado a los que hace referencia el Sr. Académico.

Dr. Pataro le contestó que no hacemos cirugía ambulatoria, no efectuamos anestesia local ya que considera que la general es en la actualidad sumamente segura y la comodidad durante el acto quirúrgico al paciente y al mismo tiempo no compartimos el hecho de tener internados pacientes, como los que presentamos en esta serie, durante más de tres días.

Dr. González Aguilar manifestó que este procedimiento es un servicio de cirugía de cabeza y cuello, que hace ya que en estos centros hay pacientes que requieren períodos de internación muy prolongados, lo que se acomodarán plenamente. Se manifiesta preocupado por el hipoparatiroidismo pero considera que lo contestado al Dr. Piheu también es inquietud. Respecto de si se debe o no dejar drenajes, él se manifiesta muy a favor de dejarlos; en la literatura mundial esto está totalmente en revisión y hay opiniones encontradas en este sentido, a nosotros nos fue muy bien sin dejar drenajes, salvo en aquellos casos de bocicos endotárticos muy grandes en los que no queda una cavidad virtual luego de la síntesis de los tejidos sino una real. En estos casos dejamos drenaje pero el paciente al otro día puede retirarse con el drenaje colocado que será extraído en la primera consulta ambulatoria.

El Dr. Guerra habla respecto de la capacidad de los cirujanos y de la complicación que significa la sección del nervio recurrente, conceptos que compartimos plenamente pero que no impiden el alta precoz.

Al Dr. Acosta Pimentel le contestamos ya algunas de sus inquietudes al responder a otros Sres. Académicos. La hipomagnesemia, es un problema metabólico por nosotros conocido, que requiere el aporte de magnesio, pero que es de manifestación tardía y no interfere en la internación abreviada que proponemos; con respecto a los problemas de índole legal, quiero señalar que me parece que el alto precoz nada tiene que ver con ellos siempre que se hagan las cosas en forma adecuada, con esto quiero decir que si la técnica y la técnica quirúrgica, la evolución del paciente y la relación médico paciente es buena, es seguro que el cirujano no tendrá problemas de índole. Por el contrario, si existen múltiples lesiones como resección de un segmento de tráquea que no debe resecarse, que el paciente quede hipotiroidio cuando no debiera o se produzca una sección uni o bilateral del nervio recurrente, este paciente aunque esté internado por períodos muy prolongados, seguramente puede hacer un juicio de mala praxis y a lo mejor con todo derecho.

Al Dr. Manrique le agradezco los conceptos vertidos y comparto plenamente el hecho de que cada día que un paciente permanece internado sin que deba, empeora su posoperatorio, su confort y lo hace presa de las infecciones intrahospitalarias.

Agradezco la colaboración del Dr. Da Rosa, que comparte los conceptos vertidos en esta comunicación con algunas restricciones. Respecto del enfermo hipertiroidico debo decir, al igual que al Dr. Vidal, que últimamente no recibimos pacientes con Enfermedad de Basedow, pero si los tuviéramos, seguramente no los excluimos de este protocolo ya que en ellos el riesgo sería una crisis tirotónica, que no ocurre en los pacientes preparados adecuadamente con metimercaptoudsíl y solución de Lugol en el pre y posoperatorio.

Para finalizar diría, que la cirugía tiroides efectuada tal como la han planteado los Sres. Académicos, efectuada con mucho cuidado, por cirujanos entrenados y con conocimiento de todas sus posibles complicaciones, se ha transformado en una cirugía sencilla y benigna, sin repercusión sistémica en el posoperatorio, situación que favorece que el paciente pueda irse de alta precozmente.
PRESENTACIÓN DE CASO

PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLE UBIKADA POR VÍA PERCUTÁNEA EN UNA FÍSTULA BILIODIGESTIVA ESPONTÁNEA

Dres. Rodolfo Mazzariello MAAC FACS y Oscar L. Novas MAAC

HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

El caso que presentamos tiene un doble interés ya que se trata de una fístula hepatoduodenal espontánea, posterior a una cirugía por traumatismo hepatoobiliar y en segundo lugar porque se utilizó dicha comunicación para elaborar un "by pass" que creemos cumplirá satisfactoriamente la derivación biliodigestiva, transitoria o definitiva.

En ocasión de hablar de fístulas y de lesiones de vías biliares, hemos mencionado un hecho que no es comúnmente citado y es la posibilidad de que los acúmulos de bilis busquen salida, generalmente al duodeno, por probable maceración y perforación de su pared. Ello explicaría la aparente mejora de algunas lesiones yatrogénicas o su larga evolución, que finalmente van a la estenosis definitiva

Por otra parte ya hemos demostrado la eficacia de la aplicación de las prótesis metálicas autoexpandibles en el tratamiento de las estenosis de las anastomosis biliodigestivas, al punto de considerarlas actualmente el tratamiento de elección. Si bien no es el caso estricto en este paciente, la similitud de su patogenia nos indujo a aplicarlo por la misma vía, teniendo en cuenta que la cirugía presentaba serios reparos, al menos en esta etapa de su grave evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre de 24 años, que a principios de 1993 sufrió un accidente de carretera severo que obligó a una cirugía abdominal inmediata, siendo el enfermo operado en Comodoro Rivadavia. No pudimos obtener un boletín operatorio detallado, pero en la epicrisis se menciona una lesión traumática del hígado y un estallido de la vía biliar.

Operado con una amplia toracolaparotomía, se efectuó según informe, hepatectomía del 7º y 11º segmentos hepáticos y colecistectomía. Cursó con fístula biliar externa que cerró espontáneamente desarrollando un cuadro típico de estenosis por operatoria de la vía biliar.

A los 5 meses se presentó ictericia y comenzó con prurito, hipocolia y coluria, y hepatograma francamente obstructivo.

En noviembre de 1993 se le efectuó una colangiografía retrograda endoscópica que muestra un stop total en el colédoco (proyección). Siguiéndamente se le efectúa una colangiografía transparóticohepática que revela escasa dilatación de las vías biliares, estenosis en el ileo hepático pero con continuidad de conductos y ausencia de relajación en el vía biliar principal. Un pequeño lago de continuación de la estenosis se proyecta con un trayecto fistuloso que desemboca en la rodilla duodenal (proyección).

En esas condiciones y con sepsis biliar recibimos al paciente al que le repetimos colangiografía TPH que vuelve a exhibir el trayecto fistuloso desembocando en duodeno, de unos 5 cm de largo, con un pequeño lago central. La vía biliar está escasamente dilatada (proyección). Se intenta el tratamiento percutáneo consiguiendo pasar un mandril y catéter al duodeno, primero de 8 Fr y en una segunda sesión de 10 Fr (proyección). Conseguida la tunelización a través de la fístula se ubica a los 10 días una serie de 4 prótesis encañonadas. Se utilizan las de zig-zag de 2 cm cada una para que sobrepasen en ambos extremos y se fijen previniendo su desplazamiento (proyección). Los controles demuestran su abertura total y buen paso del contraste (proyección). La evolución fue muy buena en estos 20 meses.

Presentado en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 09 de agosto de 1995.
DISCUSIÓN

No podemos establecer con certeza si la lesión de la vía biliar fue concomitante con el traumatismo, que también lesionó la vesícula; o como consecuencia de la cirugía hepatobilíar. Pero esta discriminación es secundaria con respecto a la resolución terapéutica. Tuvimos varios casos con concomitancia de fístula interna y externa, en donde como en este caso se cerró la primera y siguió funcionando la segunda. A veces estas fístulas permiten que mejore el cuadro clínico de estos enfermos. Inclusive cuadros de colangitis por retención biliar pueden mejorar rápidamente con antibióticos, ilusionando, con esta evolución, pero finalmente la severa estenosis obliga generalmente a la resolución quirúrgica.

En un trabajo de conjunto futuro presentaremos una experiencia más amplia sobre esta patología.

En este enfermo, vimos oportuno evitar una gran cirugía, lograda la intubación del trayecto fistuloso. Las condiciones de su herida aún no eran favorables, agregados a su mal estado general y sepsis (proyección). La reaparición significaba una muy laboriosa y arriesgada disección. El accidente dejó algunas secuelas psíquicas al paciente, que le producían gran temor a ser reintervenido quirúrgicamente, pidiendo no ser operado. Pensamos finalmente que nada perdíamos con este tratamiento. Si con el correr del tiempo se obstruyera, son prótesis que pueden retirarse y tratar de resolver quirúrgicamente con una anastomosis que debería ser bien alta, convenciendo también al enfermo de que no habría otra alternativa; estando el mismo en esta oportunidad en mejores condiciones clínicas para afrontar la gran operación. Pero si se repiten con el tratamiento que hicimos, los resultados que obtenemos en las estenosis de las anastomosis biliodigestivas quirúrgicas, de las que tenemos ya efectuadas 27, con evolución favorable hasta los 6 años, es un factor más que justificaría nuestra conducta.

BIBLIOGRAFÍA


PRESENTACIÓN DE CASO

EVLUCIÓN ALEJADA DE «BY PASS» AORTOBIILÍACO. ANEURISMAS MÚltIPLES

Dres. Dino B. Sfarcich* MAAC y Ricardo Etchevery MAAC

Hombre de 76 años de edad, que consulta por presentar claudicación intermitente a los 100 m en miembro inferior izquierdo.

Como antecedentes importantes fue interveni- do quirúrgicamente por nosotros en marzo de 1978 con un aneurisma de aorta abdominal de 12 cm de diámetro. Se le realizó resección y reemplazo aorto biliarpor por presentar ambas ilíacas primi- vas aneurismáticas con prótesis de «dacron knitted» de 20 x 10 con buena evolución.

En el estudio angiográfico por cateterismo braquial se visualiza una dilatación de la prótesis aórtica de 3 cm de diámetro que se observa bien en la parte inferior sobre la bifurcación. Ambas ilíacas externas presentan aneurismas. En el lado derecho tiene una dilatación de 15 cm de diáme- tro. En el lado izquierdo de 3 cm de diámetro. En la zona inguinal presenta además dilatación fusiforme de ambas femorales comunes.

Junto a la dilatación de ilíaca externa izquierda presenta severa arteriopatía obstructiva.

Además tiene una oclusión de femoral superior derecha con recanalización en poplítea. La femoral superior izquierda y poplítea están ocluidas, recanalizandose el tronco tibioperoneo.

Se intervino quirúrgicamente con diagnóstico de aneurismas múltiples y suboclusión ilíaca izquierda.

Se realizó apertura del saco aneurismático de- recho y cierre a lo Matas obliterate de los cabos proximal y distal. Exclusión de aneurisma ilíaca izquierda y ambas aneurismas femorales y revascularización con puente aorto bifemoral, in- teral en aorta resecando 1 cm de pared protésica en su cara anterior y terminal en ambas femorales sobre la división femoral.

La presentación de este caso es para mostrar:
1º Dilatación protésica 17 años luego de implan- tada.
2º Dilataciones múltiples en arterias ilíacas y femorales.
3º Oclusiones severas ilíaca izquierda y femorales.
4º Solución con «by pass» aorto bifemoral con exclusión de los aneurismas. En ilíaca derecha con un procedimiento de Matas obliterate.
En ilíaca izquierda y femorales exclusión y cie- rre de cabos.

Las dilataciones aneurismáticas múltiples avalan la teoría de la deficiencia en la colagenasa que produce una alteración del colágeno en esta patología y que se transmite por vía genética. Esto explicaría la aparición múltiple de aneurismas en un mismo paciente con aparición en varias perso- nas de un mismo grupo familiar.

* Presentado en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 13 de setiembre de 1995.
LINFOMAS DEL INTESTINO DELGADO Y CIRUGÍA

Dres. Fernando Galindo MAAC, Pablo Fernández Marty MAAC, Zulema Kogan, Sonia Díaz, Mario E. Barugel y Ricardo Dos Santos
Relator: Dr. Dardo Chiesa MAAC

HOSPITAL MUNICIPAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. CARLOS BONORINO UDAONDO, BUENOS AIRES

RESUMEN

Se presentan 45 casos de linfomas primarios de intestino delgado estudiados entre 1983 y febrero de 1995, de los cuales 2 correspondieron a la variedad Hodgkin (4,4%) y 43 a linfomas No Hodgkin (95,6%), incluyendo en éstos tres casos de enfermedad linfoproliferativa del intestino delgado. Se destaca que la localización más frecuente fue el yeyuno (51,2%), seguida del ileón y el duodeno encontrándose localizaciones múltiples en 23,2%. Las complicaciones obstruktivas, perforativas y hemorrágicas fueron en el 93% de los pacientes lo que motivó la indicación quirúrgica.

Se pone énfasis sobre la necesidad de la laparotomía exploradora con el fin de lograr el estudio histopatológico correcto, estadificar la lesión y evaluar la posibilidad de resección con criterio curativo o paliativo.

Se analiza la supervivencia global de los linfomas No Hodgkin, que demuestra una diferencia significativa entre los operados con criterio paliativo y curativo, 26% para los primeros y 47% en los segundos a los 70 meses, marcando también una significativa diferencia cuando existe o no compromiso ganglionar, 27% contra 52% a los 5 años.

SUMMARY

Forty five cases of primary small bowel lymphomas were studied between 1983 and february 1995, two of them were Hodgkin (4,4%) and 43 were Non Hodgkin lymphomas (95,6%) which included 3 cases of small bowel lymphoproliferative disease.

The most frequent localization was in yeyunum (51,2%), then in ileum and duodenum, finding multiple localizaciones in (23,2%).

They were operated because of intestinal occlusion, peritonitis and bleeding complications in 93% of the cases.

The convenience of explorative laparotomy to obtain the correct histopathological diagnosis and staging, and to evaluate the possible resection with a curative or paliative criteria was analyzed.

Estimated survival in Non Hodgkin lymphomas and we prove a significative difference between patients operated with paliative or curative criteria being 26% in the first case and 47% in the 2nd case in 70 months was studied. There is also a significative difference if nodes are involved or not: 27% against 52% in 5 years.

Palabras clave: Intestino delgado - linfomas primarios

Los autores pertenecen a un equipo multidisciplinario del Hospital Municipal de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo y presentan trabajos cuyo objetivo es analizar la contribución de la cirugía en el estudio y tratamiento de los linfomas Hodgkin y no Hodgkin que afectan en forma primaria al intestino delgado, evaluando sus formas de presentación, diagnóstico preoperatorio, indicaciones quirúrgicas y la estadificación de la lesión de acuerdo a su extensión e histología, tratamiento quirúrgico y sobrevida. Incluyen en la serie los casos observados de enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado, variedad del linfoma no Hodgkin conocido como EIPID ya que consideran que requieren de la cirugía para su diagnóstico, estadificación y tratamiento. En esta Academia se han ocupado del tema Casiraghi y colaboradores6, Hülskamp y colaboradores21 y Garriz y colaboradores17.

Relatado en la Academia Argentina de Cirugía, sesión de 02 de agosto de 1995.
MATERIAL Y MÉTODOS

Los autores estudiaron 45 casos de linfomas de intestino delgado asistidos entre 1983 y febrero de 1995, dos de los cuales fueron linfomas Hodgkin y cuarenta y tres de la variedad no Hodgkin, incluyendo en estos últimos tres formas difusas o enfermedad linfoproliferativa de intestino delgado. Todos reunían los requisitos necesarios para ser catalogados como linfomas primarios del tubo digestivo, ya que presentaban manifestaciones clínicas digestivas y abdominales con ausencia de adenopatías periféricas, recuento de glóbulos blancos normales, ausencia de compromiso mediastinal en la radiografía de tórax, a lo que se le agregó después de la cirugía la constatación de hígado y bazo normales excepto por la extensión directa de la enfermedad desde un foco contiguo.

De los 45 pacientes, 26 eran mujeres siendo su edad promedio de 54,5 años para las mujeres con un rango de 27 a 86 y de 45,2 años para los hombres con un rango de 20-68.

La extensión de las lesiones fueron clasificadas según la clasificación de Ann Arbor adaptada a los dividieron en cuatro estadíos: estadio I, en el que hay sólo compromiso del órgano sin diseminación linfática; estadio II, cuando existe compromiso del órgano y de una u otras regiones ganglionares pero del mismo lado del diafragma; estadio III cuando están afectados los ganglios de ambos lados del diafragma acompañado de compromiso localizado de un órgano o sitio extraganglionar (estómago, bazo o ambos) y el estadio IV en el que existe compromiso difuso de uno o más órganos con compromisos ganglionares.

Los estudios histopatológicos fueron realizados con técnicas convencionales (hematoxilina, eosina, PAS y reticulina) y de inmunohistoquímica (citokeratina, antígeno común leucocitario, Pam B, Pam T y para investigación de cadenas pesadas y livianas) por el Servicio de Patología. Los linfomas fueron encuadrados según la propuesta de clasificación para uso clínico «Working Formulation» en tres grandes grupos: 1) baja malignidad; 2) grado intermedio; 3) alta malignidad.

La exploración quirúrgica se efectuó en todos los casos evaluando la extensión y diseminación de la enfermedad gastrointestinal y en los grupos ganglionares. Siempre se obtuvo material para estudio histopatológico y en los casos irreseccables no se cerró la laparotomía sin la confirmación del patólogo sobre la suficiencia y representatividad de la muestra. Siempre se practicó biopsia de ambos lóbulos hepáticos y de médula ósea en cresta ilíaca.

En los pacientes con patología intestinal no definida y en especial aquellos con enfermedad linfoproliferativa de intestino delgado los autores realizaron biopsia de toda la pared intestinal, con resección de 10 a 15 cm de yeyuno y anastomosis término/terminal cuando la lesión estaba limitada al mismo. Cuando consideraron necesario biopsiar otros sectores se recurrió a la resección cuneiforme complementada en todos los casos con biopsias ganglionares a distintos niveles.

Todos los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos. Las variables estadísticas se agruparon en tablas de contingencia de 2x2 y se compararon con el test del chi cuadrado o de Fisher (celdas con menos de cinco unidades).

La supervivencia se graficó mediante el método del límite del producto Kaplan-Meier. La diferencia en la distribución de las curvas se evaluó utilizando el test long-rank.

RESULTADOS

Dos mujeres de 93 y 37 años, con linfoma Hodgkin fueron intervenidas por obstrucción intestinal con diagnóstico presuntivo de carcinoma y tuberculosis respectivamente. No se detectaron adenopatías periféricas en el preoperatorio y las radiografías de tórax eran normales. En un caso se efectuó resección segmentaria del yeyuno y del mesenterio vecino con adenopatías, con sobrevida conocida hasta los cinco meses; en el otro caso sólo pudo realizarse un «by pass» intestinal ya que la lesión se acompañaba de grandes adenopatías y retracción mesentérica; vive a los dos meses de su intervención.

Cuarenta y tres pacientes (24 mujeres y 19 hombres) fueron intervenidos por linfomas no Hodgkin de intestino delgado.

El diagnóstico preoperatorio de linfoma confirmado por biopsia se obtuvo en 7 casos (16,3%); en 6 con biopsia por vía endoscópica, tres de localización duodenal y tres por biopsia yeyunal y en el restante por punción transparietoabdominal. Diez y nueve pacientes (44,2%) fueron operados con diagnóstico presuntivo de linfoma, basados en
LINFOMAS DEL INTESTINO DELGADO

Los antecedentes clínicos y estudios iconográficos; 6 presentaron suboclusión intestinal, 7 enfermedad celíaca con estenosis o tumor, 3 perforación intestinal y 3 tumor abdominal. La laparotomía exploradora fue realizada en 17 pacientes (39,5%), un diagnóstico de linfoma, por presentar 13 de ellos con cuadro suboclusivo intestinal, uno hemorragia digestiva, 2 perforación y uno tumor de intestino delgado fistulizado en colon.

La indicación de la cirugía estuvo determinada por complicaciones del linfoma: suboclusión intestinal en 30 casos (69,7%), peritonitis por perforación libre o bloqueada en 9 (21%), hemorragia digestiva grave en un caso (2,3%) y tumor abdominal en 3 (7%).

Topográficamente las lesiones se ubicaron en el duodeno, 3 casos (7%); en el yeyuno 22 (51,2%); en el ileon 8 (18,6%); en 10 casos la lesión invadió varios sectores del tracto gastrointestinal (23,2%).

De acuerdo a la extensión de las lesiones estadiadas fueron estadiificadas de acuerdo a la clasificación de Ann Arbor como pertenecientes al estadio I en 6 casos (14%) y al estadio II 37 casos (86%).

El tratamiento quirúrgico lo realizaron con resecciones con criterio curativo en 13 pacientes (32,2%), resecciones con criterio paliativo en 21 enfermos (48,8%) y operaciones paliativas sin resección en 9 (20,9%).

Siete pacientes debieron ser reoperados en el mesoperatorio alejado: dos de ellos, en los que habían efectuado resecciones con criterio curativo, debido a cuadro obstructivo por bridas en un caso y por estenosis cicatrizal del intestino en otro, con respecto a los cinco restantes, con resecciones paliativas, en uno se resecó una lesión de yeyuno sin adenopatías, en otro una lesión cicatrizal estenosante del intestino, en un tercero se liberaron adherencias, y en los últimos dos se halló una progresión de la enfermedad que sólo permitió en un caso paliar una recidiva próxima al ángulo duodenoyeyunal mediante una gastroenterostomía.

El estudio histopatológico siguiendo la clasificación denominada Working Formulation, mostró que 7 linfomas correspondían a bajo grado de malignidad, 22 a grado intermedio y 12 de alto grado. Dos linfomas no pudieron ser tipificados.

De los siete linfomas de bajo grado de malignidad, seis correspondieron al grupo A, linfoma difuso de pequeños linfocitos y uno al grupo B, linfoma folicular a pequeñas células hendidas. No hubo casos del grupo C folicular mixto de células pequeñas y grandes. En los 22 casos de malignidad intermedia no hubo linfomas del grupo B folicular a células grandes, 4 pertenecieron al grupo E linfoma difuso de células pequeña hendidas, 4 al grupo F (linfoma difuso mixto) y 14 al grupo G (linfoma difuso a células grandes). Los correspondientes a alto grado de malignidad, 11 al grupo H (linfoma a grandes células inmunoblasticas) y uno al linfoma grupo I de células pequeñas no hendidas.

Terapéutica asociada

Se realizó quimioterapia en los casos en que había compromiso neoplásico de la serosa y/o ganglios. En las operaciones con criterio curativo (13 casos) se efectuó quimioterapia en 11 enfermos, en 7 de los cuales había compromiso ganglionar y en 9 de la serosa,

En los pacientes con operaciones no curativas (30 casos) en 20 se efectuó quimioterapia por tener compromiso seroso y/o ganglionar. Diez pacientes no recibieron quimioterapia por fallecimien to o abandono.

Mortalidad - Supervivencia

La mortalidad operatoria global por linfoma no Hodgkin fue de 4,4%, 2 pacientes sobre 43, debido a accidente cerebrovascular en uno y en el otro, sometido a tratamiento quimioterápico después de una resección paliativa, por perforaciones intestinales múltiples siendo reoperado sin éxito.

La supervivencia a los diez años de los linfomas no Hodgkin fue del 32% y la mediana de 24 meses (Figura 1).

La supervivencia tomada respecto del sexo en un plazo de 90 meses fue del 23% para el sexo masculino y 40% para el femenino, no estadísticamente significativa (P = 0,1046).

La supervivencia relacionada con la edad menor o igual a 52 años y mayor de 52 años en un lapso de 10 años fue de 39 y 24% respectivamente, tampoco estadísticamente significativa (P = 0,8227).

La supervivencia según la clasificación de la Working Formulation a los 70 meses fue para los
tumores de baja malignidad de 28\%, con una media de 36 meses, los de grado intermedio sobrevivieron el 33\%, con una media de 44 meses, y los de alto grado de malignidad el 33\%, con una media de 5 meses. Estas cifras tampoco son estadísticamente significativa (P = 0.5478). (Figura 2).

En cambio, la supervivencia en relación a la existencia de ganglios comprometidos o no, el 120 meses fue de 21 y 54\% respectivamente, siendo la diferencia estadísticamente significativa (P = 0.0135) así como la de la supervivencia en pacientes tratados con cirugía con criterías...
FIGURA 3
Supervivencia estimada y compromiso ganglionar en linfomas no-Hodgkin.

FIGURA 4
Supervivencia estimada en cirugía con criterio curativo y paliativo en linfomas no-Hodgkin.

curativo y paliativo que fue del 60% a los 60 meses y del 26% respectivamente, y a los 70 meses del 47% y 26% (P = 0.0131). (Figuras 3 y 4).

Discusión
El aparato digestivo es el sitio más común de localización extraganglionar de los linfomas, que constituyen del 1 al 2% de las enfermedades malignas gastrointestinales. Su ubicación más frecuente en los países occidentales es la gástrica, mientras en el este la localización intestinal es la más frecuente. Los linfomas del intestino delgado constituyen el 20 a 30% de los linfomas digestivos siendo la mayoría linfoma no Hodgkin y excepcionales la variedad Hodgkin.
El Hospital de Gastroenterología, donde perte-
necen los autores, quizá por ser un centro de deri-
vación la frecuencia de linfomas de intestino delga-
do ha sido más elevada que los de localización gástrica: 45 y 23 casos respectivamente en el mis-
mo período.

En esta serie el linfoma Hodgkin como entidad 
anatomoclinica primaria de intestino delgado fue 
infrecuente y representó el 4,4%. El diagnóstico 
preoperatorio no pudo establecerse y la laparoto-
mia se impuso por tratarse de formas obstructivas, 
permitiendo diagnosticar, estadificar y tratar la le-
sión y su complicación.

En los linfomas no Hodgkin el diagnóstico pre-
operatorio con confirmación histológica sólo se rea-
lizó en el 16,3%, siendo esto posible en la locali-
zación duodenal y primeras asas del yeyuno acce-
sibles a la biopsia endoscópica, aunque también 
es posible llegar por vía colónica al ileon terminal. 
A la limitante de la imposibilidad de llegar a la zona 
afectada por la endoscopia se agrega las caracte-
rísticas de estas tomas pequeñas y superficiales 
siendo las lesiones más profundas estando respe-
tada la mucosa. El diagnóstico por punción percu-
tánea fue realizado en un sólo caso con masa 
tumoral palpable.

Se hizo diagnóstico presuntivo de linfoma de 
intestino delgado (44,2%) en base a los anteceden-
tes clínicos de enfermedad celíaca, HIV, y/o sín-
drome de mala absorción, asociados a cuadros 
collection oclusivos y estudios radiológicos, tomografía 
computada o ecografía demostrativa de tumor o 
adенопатías. La radiología no presenta imágenes 
patognomónicas pero sí sospechosas como forma-
ciones nodulares, engrosamientos de la mucosa, 
ulceraciones, dilataciones aneurismáticas, etc.

Los autores han observado linfomas en pacien-
tes con Sida, asociación cada vez más frecuente, 
resaltando que el recto es la localización más fre-
cuente en los sidóticos. Los linfomas aparecen en 
as fases avanzadas de la enfermedad y son de 
pobre pronóstico relacionado con la enfermedad de 
base. Los autores señalan también un aumento de 
linfomas en pacientes inmunosuprimidos, como los 
receptores de transplantes entre los 12 a 44 me-
ses de iniciada la inmunosupresión.

El desarrollo de un linfoma en enteropatías 
malabsortivas es claramente conocido. Se observó 
antercedentes de enfermedad celíaca en el 
23,3% de los casos (10/43) con predominio de 
mujeres (8/2). Existirían ciertos factores constitu-
cionales en los celiacos que pueden ser útiles para 
identificar a los que podrían desarrollar un linfoma.

La mayor parte de los pacientes (93%) fueron 
operados por complicaciones: obstrucción intestinal, 
peritonitis o hemorragia.

Los pacientes sometidos a tratamiento resectivo 
pertenecían a los estadios I y II de la clasificación 
de Ann Arbor. Clínicamente no es posible estable-
cer los estadios con precisión pero sí separar los 
casos con lesiones extendidas a otros lugares. La 
existencia de ganglios hiperplásicos no permite en 
el preoperatorio diferenciar los estadios. La nece-
sidad de la laparotomía se impone por las siguien-
tes razones: 1) obtener buen material para estu-
dio histológico; 2) evaluar bien la lesión para su 
estadificación; 3) resecar la lesión en lo posible 
o paliarla; 4) con la resección prevenir las compli-
caciones perforativas o hemorragicas debidas 
al tratamiento quimioterápico o radioterápico; 5) la 
cirugía contribuye al tratamiento de las complica-
ciones como obstrucción, hemorragia o perfora-
ción.

El cirujano debe diagnosticar la lesión, 
estadificarla y evaluar las posibilidades terapéuti-
cas. El balance lesional será completo, incluyen-
do: biopsias ganglionares, exploración del bazo, 
biose hepática y de la médula ósea (cresta ilíaca) 
que los autores realizan con escoplo o con agua 
de Tanshidi. El material obtenido para estudios 
histopatológicos en la operación es fundamental 
para el diagnóstico y seguimiento terapéutico.

Resaltan los autores que cuando no es la pieza 
quirúrgica la que se envía para su estudio, por ser 
irresecable, extraen biopsia del tumor y/o de las 
adенопатías y aconsejan esperar el informe del 
patólogo de que el material enviado es adecuado 
y suficiente antes de cerrar la laparotomía ya que 
una adenopatía macroscópicamente patológica no 
lo es histológicamente y el paciente puede 
sin diagnóstico correcto.

La cirugía resectiva debe realizarse en todos 
los casos que sea posible, con criterio curativo o 
paliativo, considerando que tiene criterio curativo 
cuando involucra la lesión con márgenes no me-
nes de 5 cm y el mesenterio con los ganglios me-
lucrados. La resección, aun con criterio paliativo, 
brinda mejor sobrevida, reduce la masa tumoral y 
previene de complicaciones de la quimio y de la 
radioterapia.

En las lesiones duodenales frecuentemente 
acompañadas de compromiso ganglionar descu-
La posibilidad de una duodenopancreatectomía mesentérica.

En las perforaciones aconsejan y preconizan la resección de la lesión pese que algunos autores como Shenk señalan la sutura simple de la perforación como una opción favorable. La continuidad intestinal la reconstruyen con anastomosis término-terminal o término-lateral. Cuando el tumor no es resecable o queda masa ganglionar residual seccionan la zona con clips radiopacos para su posterior tratamiento radiante.

La asociación de linfomas de intestino delgado con otros tumores ha sido señalada, los autores han observado dos casos, en uno el linfoma estaba asociado a un adenocarcinoma vegetante bien diferenciado estando ambas lesiones incluidas en la resección segmentaria del yeyuno. Otro paciente que había sido operado 12 años antes de un linfoma de yeyuno presentó un carcinoma de duodeno que sólo permitió una gastroenteroanastomosis paliativa.

Sato señala un caso de feocromocitoma asociado a linfoma y carcinoma prostático.

La enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado conocida como EIPID se descubrió principalmente en Medio Oriente y Norte de África. El mayor número de casos corresponden a árabes y judíos de la Cuenca del Mediterráneo, de allí que se la denominara como linfomas del Mediterráneo denominación que los autores consideran incorrecta por hallarse la misma en muchas otras áreas. Se caracteriza por presentarse en individuos jóvenes, con cuadros de diarrea crónica y malabsorción y tener una infección difusa y extensa de la mucosa intestinal con células plasmáticas y linfoides malignas asociada con atrofia de las velocidades intestinales que compromete todo el intestino delgado y como consecuencia la capacidad absorbiva del mismo que se exterioriza por la diarrea crónica, la malabsorción y la pérdida de peso.

Pueden estar asociados a una gammapatía monoclonal detectable en el suero o en las biopsias por técnicas de inmunohistoquímica.

Existirían dos tipos: los secretantes llamados ACD-IPSID (alpha-chain-desease), difuso de localización preferencial en intestino delgado proximal, duodeno y yeyuno y rara vez en el ileon; y los no secretantes NS-IPSID (no secreteing) pueden comprometer el estómago con invasión ganglionar mesentérica más frecuente y existir lesiones localizadas.

Han observado tres casos de EIPID en la serie presentada. Lo que dicen demuestra su escasa frecuencia en nuestro medio, sin embargo consideran que un mejor conocimiento de estas enteroaplasias acrecentará su número en el futuro. Estos pacientes tenían diagnósticos preoperatorio de EIPID realizado por la clínica y la biopsia peroral del duodeno o yeyuno alto. La indicación de laparatomía se impone y es recomendada por la Organización Mundial de la Salud con fines diagnósticos y terapéuticos, comprendiendo el examen de todas las vísceras abdominales y ganglios. En ausencia de masa tumoral de intestino delgado recomiendan una resección de 10 cm de yeyuno en las primeras asas yeyunales y de ganglios de distintos sectores. Esto les ha permitido estadificar el tipo de linfoma en dos casos, y en un tercero, en el que existían grandes adenopatías cavítadas y múltiples que han sido halladas en enteroaplasias no tumurales, sólo se precisó el diagnóstico de EIPID. Todos fueron formas no secretantes.

Resaltan los autores que la reconstrucción del tránsito yeyunal se efectúa con cabos enfermos, no obstante lo cual no han tenido dehiscencias presumiblemente porque la serosa y la muscular no están comprometidas. Tampoco han encontrado en la revisión bibliográfica complicaciones por esta resección intestinal.

El seguimiento posoperatorio de los linfomas fue llevado en forma conjunta con la sección oncológia quien instituyó los tratamientos quimioterápicos, como complemento de la cirugía en todas las lesiones avanzadas y cuando había compromiso ganglionar o seroso en las resecciones con criterio curativo. El tratamiento conocido por las siglas CHOP (ciclodofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) ha demostrado una asociación útil. Las reintervenciones son consideradas necesarias por los comunicantes ya para el tratamiento de recurrencias o de estenosis cicatrizales por quimioterapia; la realizaron en siete oportunidades siendo útil en todos los casos, aun en pacientes considerados irregulables en la primer laparatomía, en cuatro casos hubo recidiva tumoral, en dos lesiones cicatrizales que obstauran el intestino y en uno adherencias peritoneales.
La supervivencia global de la serie fue del 38% a los 5 años y 32% a los 10 años. No encontraron diferencia de sobrevida en relación al sexo y edad.

La supervivencia fue superior en los pacientes operados con criterio curativo a aquellos operados con criterio paliativo, 60 contra 26% a los 5 años (P = 0,0078).

No obstante algunos autores consideran que la resecabilidad no es un factor pronóstico independiente.

El estudio de la supervivencia en relación a la existencia o no de ganglios comprometidos mostró una diferencia altamente significativa a favor de los casos en que eran negativos. En cambio el compromiso de la serosa en relación a la supervivencia no fue significativo.

En conclusión,  
1) la laparotomía exploradora en los linfomas de intestino delgado considerados primarios es necesaria para el diagnóstico, estadificación y como primera opción de tratamiento;
2) el linfoma más frecuente en intestino delgado es el no Hodgkin (95,6%) mientras el linfoma Hodgkin como forma primaria es poco frecuente (4,4%);
3) el diagnóstico histopatológico preoperatorio de linfoma sólo fue posible en el 16,3%;
4) la perforación es una complicación frecuente, 27,9%. Su tratamiento es la resección de la zona afectada.
5) el linfoma de células grandes (G) seguido por el de grandes células inmunoblásticas (H) de la clasificación del Working Formulation fueron los más frecuentes. No se encontró relación entre sobrevida y grado histológico, posiblemente por la mayor eficacia de la quimioterapia en grados avanzados.
6) la cirugía con criterio curativo se efectuó en el 30,2% de los linfomas no Hodgkin, con una sobrevida del 47% a los cinco años y en las paliativas el 26% siendo la diferencia significativa.
7) las resecciones paliativas son útiles para reducir masa tumoral, posibilitar el tránsito intestinal y disminuir las posibilidades de perforación y sangrado con la quimioterapia. Las reoperaciones contribuyen a mejorar la supervivencia;
8) en los linfomas no Hodgkin operados con ganglios negativos la supervivencia fue del 54% a los 120 meses mientras que cuando están comprometidos es del 21%;
9) los linfomas no Hodgkin difusos (EIPD) son frecuentes en nuestro medio, es posible esperar un incremento. La laparotomía se impone para estadificar la lesión, la que debe involucrar una resección segmentaria de yeyuno, ganglios, biopsia hepática y de médula ósea;
10) el estudio, tratamiento y control de estos pacientes debe realizarse en forma multidisciplinaria con intervención de internistas, cirujanos, oncólogos y patólogos para obtener los mejores resultados posibles.

**BIBLIOGRAFÍA**

13. Ferren A.: Linfoma no Hodgkin primitivos del aparato gastrointestinal. Revisión Latinoamericana de


DISCUSIÓN

Dr. Pedro Hülkskamp* MAAC: Nuestra experiencia del Hospital Alemán no es ni por lejos, tan numerosa como la relatada. Los autores señalan con absoluta precisión cuáles son las condiciones que debe reunir un linfoma para ser considerado del tubo digestivo, ausencia de adenopatías palpables periféricas, una fórmula leucocitaria sanguínea normal y una tomografía computada sin adenopatías en mediastino y el resto del abdomen. Con esta limitación se puede hablar cuando se habla de linfoma, cuando uno cita: por costumbre la clasificación de Ann Arbor y divide los linfomas en cuatro grados, en realidad es una contradicción, el primer grado de Ann Arbor lesión intestinal propiamente dicha, estamos de acuerdo; el segundo grado, lesión intestinal más adenopatías del meso, también estamos de acuerdo, pero ya los grados tres y cuatro, son en realidad enfermedad linfoma, porque ya habla de adenopatías regionales más alejadas o incluso de grupos ganglionares periféricos y a eso va mi intervención. Nosotros hace años nos hemos ocupado de los linfomas; nuestra impresión es que el linfoma del intestino y casi dudar de todo el tubo digestivo, es una forma inicial de la enfermedad de linfoma, por qué decimos eso, porque en el 60% de los casos de estos linfomas del tubo digestivo que nosotros hemos seguido a través de los años, a la larga siempre aparecen adenopatías en lugares alejados y ganglios periféricos axilares, inguinales, etc., mencionar que también es frecuente años después de la localización a nivel de la médula ósea, metástasis cerebrales o localizaciones cerebrales, lo que yo quiero expresar es que nuestra impresión a través del control evolutivo alejado de estos tumores, estos linfomas del tubo digestivo, es que en realidad no se trata de otra cosa que una enfermedad sistémica, nosotros hemos operado en cierto momento en su espal local.

CIERRE DE LA DISCUSIÓN

Dr. Fernando Galindo MAAC: El tema que hemos traído es el resultado de una experiencia importante basada en el estudio de muchos casos y en donde hay cambios importantes que han sido señalados por el Relator. Al mismo tiempo se indican aspectos, que quedan entre líneas y que son motivos de investigación. Voy a citar, en forma breve sólo tres de estas líneas de trabajo.

El primero se refiere al concepto de linfoma primario, al que el Dr. Hülkskamp se ha referido. Entre los requisitos figura que el linfoma no debe tener compromiso hepático. Los casos presentados en el trabajo reúnen las condiciones señaladas, pero hay pacientes con infiltración hepática linfomatosa que tienen buena supervivencia. Tenemos casos que han superado los 5 años. Esto nos lleva a pensar que los linfomas con infiltración leve o microscópica hepática no deberían ser excluidos de los linfomas primarios.

* Miembro Académico Titular

Un segundo tema se refiere a la clasificación conocida como «Working Formulation». Esta es la más utilizada en Estados Unidos y se la propuso con fines clínicos para valorar el riesgo de la enfermedad considerando tres grandes grupos: de alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo. Nosotros no hemos encontrado correlación entre los grados de la clasificación «Working Formulation» y sobrevivencia. La falta de correlación se mantiene cuando hemos sumado los linfomas gástricos. Creemos que está falta de correlación se debe a la mayor sensibilidad de la quimioterapia en los linfomas clasificados como de mayor riesgo. Consideramos que es necesario mejorar esta clasificación de los linfomas para que guarde una más estrecha relación con la supervivencia.

Por último, un tercer punto que nos mueve a seguir investigando, es la necesidad de una resonancia de yeyuno (10 cm) para el estudio de los linfomas difusos (I.P.S.I.D.). Esta conducta fue recomendada por una Comisión de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. Nosotros creemos que esta biopsia es excesiva pero nuestra experiencia se limita a pocas ocasiones. Por otra parte esta biopsia debe ser evaluada dentro de un contexto más general, porque todavía hay enteropatías que...
Dr. Dardo Chiesa MAAC: Yo quiero contestar al Dr. Hülskamp, su colaboración, nosotros conocemos muy bien su trabajo y cuando el doctor Hülskamp en el año 1985 presentó su trabajo, presentó 3 casos de linfoma primario en intestino delgado, pero en la sesión se presentaron casi 25 casos, 35 casos si sumamos los posteriores que presenta Garriz; presentó Grandval 8 casos; Siano Quiro 7 casos y el doctor Maramon habló de 10 casos de linfomas intestinales, pero no identificó si se trataban de intestino delgado, sumados a los del doctor Garriz y a una publicación que aparece en el 25 Congreso Argentino de Cirugía, del doctor Sáenz Briones, se suman 45 linfomas, publicados como tales en la bibliografía nacional. La publicación más grande que existe es la de Salem de la Universidad de Beirut, que suma 75 casos en 20 años, con 31 casos de ELIPD; tenganmos en cuenta que es justamente en este donde existen mayor cantidad de estas lesiones. Lo que dice el doctor Hülskamp es muy cierto, cuando uno ve la clasificación de Ann Arbor a uno le llama poderosamente la atención, que la pongan dentro de las clasificaciones primarias, las del grupo 3 y grupo 4, es en realidad la enfermedad linfomatosa. Indiscutiblemente que es muy probable que el impacto primario de intestino sea la iniciación de la enfermedad linfomatosa, pero también es cierto que últimamente toda esta serie de clasificaciones hacen que todos podamos hablar tanto desde el punto de vista histológico, como desde el punto de vista de la clasificación, más o menos el mismo idioma, con muy pequeñas modificaciones. Si uno lee todas las clasificaciones que tienen los linfomas ya sea la de Gallan, sea la de Salem, algunos que las clasifican como lesiones benignas o prelinfomatosa, cada uno un idioma totalmente diferente y resulta muy difícil así poder agrupar los casos. De manera que la ventaja tanto de la Ann Arbor como de la Working Formulation, es más o menos estadificar los grupos y poder hablar un mismo idioma. Es muy probable que las modificaciones en la supervivencia, que habla uno de los autores, el Dr. Fernando Galindo, se deba como bien dice en el trabajo, a la acción que tiene actualmente el gran avance de la quimioterapia. La quimioterapia si bien lleva algunas serias complicaciones a estos pacientes, también les ha dado una sobrevida importante, y si nosotros observamos las curvas de sobrevida de los tipos corresponden a baja malignidad y a los de malignidad intermedia, el porcentaje de supervivencia es mayor en los de malignidad intermedia, que en los que tienen baja malignidad, y eso se debe indiscutiblemente a la acción benéfica que ha tenido la quimioterapia.
SESIÓN PÚBLICA SOLEMNE

17 de Abril de 1996

Dr. Eduardo R. Trigo MAAC FACS

En este año 1996 la Academia Argentina de Cirugía cumple 85 años y hoy concluye el período presidencial con el que fui honrado.

Sean mis primeras palabras para recordar a todos los que nos precedieron y agradecerles su legado.

Un especial reconocimiento a todos los asociados que participaron en las sesiones científicas y a los médicos que concurrieron a ellas demostrando, con su presencia, la capacidad de convocatoria para todos los cirujanos argentinos que tiene esta benemérita institución.

Las reuniones de los miércoles a las 19 horas son la mejor expresión de nuestra vida académica. En ellas se discuten el valor y resultado de procedimientos clínico-quirúrgicos, propuestas docentes, de investigación, de organización de las instituciones quirúrgicas, los problemas de la ética médica y se escuchan las conferencias de prestigiosas personalidades mundiales vinculadas a la Cirugía.

Acceder a Miembro de la Academia Argentina de Cirugía es un privilegio y un honor que comporta un compromiso: exponer y discutir la experiencia adquirida en el ejercicio profesional o en el laboratorio en pos del conocimiento quirúrgico en nuestro país.

No se trata de un antecedente que ilustre el currículum y amerite puntos en un concurso; implica, necesariamente, la presencia y la opinión en todos los eventos de esta Institución.

Estas ideas generaron el impulso para actualizar nuestros estatutos y reglamentos. Todos los integrantes de la Academia Argentina de Cirugía, sin excepción, expusieron sus puntos de vista y proyectos para conformar el nuevo Estatuto y Reglamento, que fue aprobado en una Asamblea Extraordinaria el 1º de Noviembre de 1995 y legalizado por la Inspección General de Personas Jurídicas el 3 de enero del año en curso.

El objetivo fue actualizar las condiciones de Admisión, los Derechos y las Obligaciones de todos los Miembros; posibilitar el acceso a la titularidad de los Correspondientes Nacionales, crear una Comisión integrada por todos los Ex-Presidentes como Consejo Asesor de la Comisión Directiva, reglamentar el premio Academia Argentina de Cirugía, otros premios y becas.

Por invitación de las autoridades del 66º Congreso Argentino de Cirugía organizamos una mesa redonda sobre «Ética en la difusión de los procedimientos quirúrgicos» coordinada por el Dr. Jorge Manrique y en la que participaron dos Ex-Presidentes y tres médicos periodistas de renombre que expusieron diversos puntos de vista sobre el tema que fueron acertadamente resumidos en la Revista de la Fundación Facultad de Medicina.

Con el apoyo económico de dos conocidas fundaciones, se otorgaron 4 becas a jóvenes cirujanos del interior de nuestro país para concursar al Congreso Argentino de Cirugía e integrarse durante un mes a distinguidos servicios quirúrgicos de Buenos Aires.

Quiero remarcar especialmente la colaboración de todos los integrantes de la Comisión Directiva que brindaron con entusiasmo su tiempo y esfuerzo para lograr lo que nos propusimos al comenzar nuestro mandato: mantener la tradicional jerarquía de esta tribuna científica.

Nuestro Secretario Anual Dr. Miguel Angel Ciardullo hará en su informe, un resumen de todas las actividades de nuestra Asociación.

Gracias Carmen, por su eficaz y cordial colaboración; y a Vicky el apoyo a todos los trámites que demandó el nuevo Estatuto y Reglamento.

Durante el año transcurrido se pudo verificar el beneficio de las nuevas instalaciones de audio y la importancia del video en la ilustración de numerosos trabajos, colaboraciones y presentaciones que emplearon este método. Ha sido el fruto de
la voluntad mancomunada con la Asociación Méc
tica Argentina, en la figura de su Presidente Dr.
Luis González Montaner y su Vice Presidente el
Dr. Elías Hurtado Hoyu que brindaron el apoyo
material y su tradicional hospitalidad para instalar
recursos de tanta importancia docente para la Ci-
rugía.

Congratulaciones a los ganadores del Premio
Academia Argentina de Cirugía y Dr. Hernán
Taubenschlag. Deseo que estas distinciones sean
un incentivo para continuar vuestra brillante carre-
ta.

Tengo la satisfacción de entregar su diploma
al nuevo Miembro Honorario Dr. Manuel Casal, a
quien acompañé en su Honorable Presidencia y
compartí durante muchos años su brillante desem-
pañor en nuestra Sociedad a cuya marcha, sin
duda, seguirá contribuyendo con sus consejos y
experiencia.

A los Académicos Eméritos Dres. Giani, Otero
y Waisman la merecida compensación a toda su
trayectoria.

Un fraternal abrazo a los Miembros Correspond-
dientes Extranjeros Dres. Nin Vivó y Dr. Rossi, ge-
nuinos representantes de la cirugía uruguaya y
chilena. La Academia se siente honrada y feliz de
incorporarlos en su seno. Su jerarquía y trascen-
dencia internacional serán un aporte valioso a
nuestro acervo societario.

El Dr. Vicente Gutiérrez asume la Presidencia.
Es el digno representante de una tradición de la
cirugía argentina. Sus antecedentes académicos,
nacionales e internacionales, su jerarquía docen-
te y su calidad de cirujano son cualidades que
garantizan su gestión.

A los nuevos integrantes de la Comisión Direc-
tiva les auguro el mayor éxito en sus funciones.

Por último reciben mis felicitaciones los nuevos
Académicos, Asociados y Correspondientes Nacio-
nales a los que les pido que no desfallezcan en la
tarea que les espera, para bien de la Cirugía Ar-
gentina y de esta Institución.

INFORME DEL SR. SECRETARIO ANUAL

Dr. Miguel A. Ciardullo MAAC FACS: En mi
calidad de Secretario Anual de esta Academia,
cumplí en elevar el resumen de las actividades
desarrolladas en el octogésimo tercer período de
actividad que hoy finaliza. Se llevaron a cabo ade-
más de la Sesión Pública Solemne una Asamblea
Extraordinaria para reformar los estatutos y otra
Ordinaria, 14 reuniones de Comisión Directiva, 4
Sesiones Secretas y 34 Sesiones Científicas, que
contaron con una asistencia promedio de 54
miembros. Se presentaron 45 trabajos científicos
donde se abordaron todos los temas del queha-
cer quirúrgico como la cirugía vascular, torácica
y abdominal, trasplante de órganos y ética profesio-
nal, debiéndose destacar la presentación de 12 vi-
deos como complemento de las exposiciones fa-
cilitado por las nuevas instalaciones de audio y
video inauguradas en este período. Los académi-
cos aportaron sus opiniones sobre los trabajos en
166 oportunidades efectuándose 13 aportes a pro-
pósito «del acta anterior». Se efectuaron además
6 presentaciones de casos clínicos de interés.
Asistimos a 4 conferencias de invitados extranje-
ros.

Accedieron al cargo de Académicos Titulares
los Dres. Conrado R. Cimino, Carlos M. Paladino,
Dardo M. Chiesa, Tomás A. Angelillo Mackinlay,
Guillermo R. Artusi, Orlando Pardo, Eduardo de
Santibañes. Fueron incorporados como Miembros
Asociados los Dres. Alberto E. Iñón, Fernando
Galgondo, Bartolomé C. Vasillo, Carlos J. Arozam-
ena, Juan C. Albertengo. Se designaron como
miembros correspondientes nacionales a los Dres.
Jorge R. Rodríguez y Marcos Tomasiní; Miembros
Eméritos a los Dres. Camilo A. Giani, Hipólito
Waisman y Attilio Otero. El Dr. Manuel Casal fue
designado Miembro Honorario Nacional. Esta Aca-
demia eligió como Miembros correspondientes
Extranjeros a los Dres. Ricardo Rossi y Jorge Nin
Vivó.

Sufrimos la dolorosa pérdida del Miembro Aca-
démico Dr. José Espatola; en su memoria esta
Academia rindió el correspondiente homenaje.

Cumpliendo con disposiciones estatutarias se
otorgó el Premio «Academia Argentina de Cirugía»
a los Dres. Jorge Corbelle (h), Daniel Molinari,
Daniel Mautisi, Eduardo Sauret y Rodolfo Ricana
por su trabajo «Peritonitis postoperatorias. Análisi-
s de la mortalidad por el método de regresión
logarítmica», el premio «Académico Dr. Hernán
Taubenschlag» a los Dres. Mario Pisoni, Roque R.
Leone, Ricardo Pugliese, Daniel O. Caña, Jorge
Maya Arriazu, Adrián Schneider y Rosa A. Pache
por su presentación «Actitudes bioéticas del ciru-
jano ante la muerte en pacientes terminales».
ELOGIO DEL DR. MIGUEL ANGEL GÓMEZ MAAC FACS FCCP

Dr. Dino B. Sfarcich MAAC

El homenaje al Dr. Miguel Angel Gómez revis- te características especiales, ya que es la prime-
ra vez que un Secretario General fallece en ple-
no ejercicio del cargo. Además, cesaba en sus fun-
ciones el día de hoy y como es costumbre en esta
Academia debía haber sido designado Vicepresi-
dente de la entidad para asumir la Presidencia el
año próximo.

Me correspondió reemplazarlo, tarea no tan fácil, por tratarse de un miembro brillante, ins-
cansable trabajador, respetado y querido por todos sus
parientes.

Representa para mí un alto honor y una dis-
tinción especial, ya que nos unieron muchos años
amistad, de afectos comunes y tareas conjun-
tas, donde pude apreciar sus cualidades excepcio-
nales, que marcaron toda su vida.

Recordaremos siempre su figura característica.
Alto, delgado, con anteojos oscuros, serio en sus
expresiones, poco afecto a la risa, pero afectuoso
en el trato, acompañado siempre de su portafolios,
donde ordenaba los escritos de todas sus activi-
dades que fueron muchas. Allí también tenía su
máquina fotográfica cuando concurría al Hospital
o estaba de Guardia, para poder documentar todo
lo observado.

Esto le sirvió para dar testimonio a sus viven-
cias a través de diversas publicaciones científicas
o en las numerosas clases dictadas. Poseía mil-
des de diapositivas para ilustrarlas.

Siempre decía que la máquina fotográfica de-
bía estar permanentemente lista, porque los epi-
sodios no se vuelven a repetir.

Quiso compartir siempre lo vivido en nuestra
profesión, como lo hacen los grandes maestros
que naturalmente enseñan.

Incansable trabajador, escribía hasta altas ho-
as de la noche, junto a su computadora, a pesar
de levantarse muy temprano. Fue un estudioso de
la computación, que le sirvió para aplicarla a la
actividad asistencial y docente. Leía constantes
mente revistas sobre el tema, adquiridas en su
mayoría frente a esta casa, cuando salía de las
Sesiones Científicas.

Nuestro homenajeado nació el 10 de enero de
1938, en el barrio de Barracas, donde vivió pocos
años, ya que su familia se trasladó a la calle Gual-
del barrio de Pompey, antes de que comenzara
sus estudios primarios.

De descendencia hispánica, sus padres Jacin-
to Gómez y Juana Renée Santa se conocieron en
Buenos Aires, donde se casaron y tuvieron dos hi-
jos. Miguel Angel el mayor y Alicia la menor que
falleció joven dejando dos hijos. Uno de ellos fue
criado en la casa de Miguel Angel cuando consti-
tuyó su hogar.

Heredó de la descendencia hispánica la tenaci-
cidad y la capacidad de trabajo de aquellos que
por distintas razones vinieron a nuestro suelo,
afincándose en nuestra patria.

Sus estudios secundarios los realizó en el Co-
legio Comercial N° 5 de la zona, recibiendo de
Perito Mercantil. Sobresalía en matemáticas, sob-
tre todo en matemáticas. Como manifestara
Piaget, educador y epistemólogo, ese pensamiento
lógico-matemático, indujo y ordenó su aprendiza-
je, que le sirvió siempre, sobre todo cuando
estructuró trabajos de investigación, empleando
una correcta metodología científica.

De hogar humilde, realizó desde muy pequeño
laboros en marroquería, ayudando económi-
amente a sus padres.

Quiso estudiar en la Facultad de Ciencias Eco-
nómicas, pero inducido y aconsejado por un gran
amigo, ingresó a la Facultad de Medicina de la
Universidad de Buenos Aires, donde forjó su ver-
dadera vocación.

Para poder estudiar en la Universidad, se cos-
teó sus estudios trabajando como vendedor en un
negocio de corbatas, donde además llevaba la
contabilidad. Esto no fue inconveniente para que
se recibiera a los veintitrés años, con medalla de
oro de su promoción y con un promedio general
de 9,65.

Dadas sus brillantes calificaciones fue nombra-
do practicante en el Hospital Nacional de Clínicas
entre los años 1960-1963. En ese mismo período
concurrió también a la Guardia del Hospital Pedro
Fiorito. Allí fomentó su interés por la cirugía de
urgencia, que fue una de sus pasiones. Esto lo
marcó de manera importante, por lo que se dedi-
có más tarde al pasionante campo del Trauma.
Al finalizar sus estudios universitarios decide incorporarse al grupo del Prof. Dr. Julio Uribe en el Servicio de Cirugía de la antigua sala 11 y 12 del Hospital Parmenio Piñero, al ganar por concurso una beca de perfeccionamiento quirúrgico, beca otorgada por la Universidad de Buenos Aires.

Al lado de este maestro realiza su residencia, entre 1963 y 1966. Va forjando su perfil académico en esa 5ª. Cátedra de Cirugía incorporándose a la enseñanza de pre y post-grado.

Siempre fue generoso en sus actitudes. Cuando era Residente avanzado, concurría al Hospital por las noches para ayudar a los nuevos Residentes a realizar una autopía o para aliviar la tarea asistencial sobrecargada.

Todos estos gestos, que los hizo toda su vida, fueron naturales en él, realizados sin ostentaciones, ni para ganar posiciones. Se caracterizó siempre por su humildad y espíritu de Servicio.

Cuando termina su residencia y por su constante afán de progreso, gana otra beca, también de la Universidad de Buenos Aires, para perfeccionamiento en Cirugía Torácica.

Se incorpora así al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Zonal Antonio Cetrángolo de Vicente López cuyo Jefe era el distinguido académico Dr. Angel Bracco.

Junto al maestro aprende la cirugía torácica, desarrollando la especialidad, dedicándose por entero a ésta. Pudo conjugar así los dos temas de su interés, la Cirugía de Urgencia y la Cirugía Torácica.

Los Traumatismos Torácicos fue uno de sus temas favoritos. Publicó innumerables trabajos referentes a esto y comprendió toda su experiencia en un libro que es una importante guía para todos los que quieran abocarse a esta patología.

Fue Relator del 53° Congreso Argentino de Cirugía con el tema «Tórax Agudo Traumático».

Su paso por el Cetrángolo fue definitivo en la elección de la especialidad. A partir de esa fecha se hace cargo de la Sección de Cirugía Torácica en el Hospital Piñero y continúa como Médico Interno en la Guardia del Hospital Cetrángolo. Aconsejado por Bracco comienza su tarea de investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, abocándose al tema de la vascularización miocárdica.

Junto a Uribe y a Bracco aprendió no sólo la cirugía sino el respeto a la verdad, acompañado de una profunda ética que lo acompañó toda su vida.

En 1969 trabaja como Médico Extranjero en el Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular del Hospital Broussais de París, junto al Prof. Charles Dubost, primer cirujano en el mundo que realizó la resección de un aneurisma de aorta abdominal, con revascularización.

Completa allí no sólo su formación asistencial, sino en investigación, concurriendo simultáneamente al Centre d'Investigation et Recherches Scientifiques en el mismo Hospital Broussais.

Aprovechó su estadía en Francia, para visitar casi todos los países europeos. Concurrió asiduamente a los diversos museos, viendo sobre todo pintura. Era afecto a los pintores de la Escuela Holandesa, en especial de Johannes Vermeer.

La luminosidad y claridad de los cuadros de los pintores holandeses se identificaron con la claridad en el pensamiento que tenía Miguel Angel Gómez.

Al regresar al país continuó en las dos instituciones con las cuales se sentía identificado.

El 4 de diciembre de 1979 un acontecimiento marcó su vida; fue el casamiento con Inés Margarita Fernández. Inés, como fiel esposa de médico, pudo hacerle conjugar sus obligaciones profesionales con sus obligaciones familiares. Lo acompañó siempre y supo darle la cuota de tranquilidad necesaria para desarrollar su tarea.

Dos hermosas hijas galanaron su hogar, María Inés y Lucía Alicia a quienes quiso entrañablemente.

En 1989 culmina su trayectoria asistencial ganando el concurso de jefe de División en el Hospital Piñero. Allí desplegó su actividad asistencial y docente.

Su carrera docente culmina ganando el concurso para Profesor Titular de Cirugía, que por razones burocráticas, como sucede muchas veces en nuestro país, no le llegó la designación correspondiente y donde figuró primero por sus méritos.


En la Asociación Argentina de Cirugía se desempeñó como Secretario y luego Coordinador de la Comisión de Trauma. Fue el propulsor incan-
sable del curso de Trauma, conocido como ATLS. Al pronunciar esas siglas siempre se recordará a Gómez durante mucho tiempo.

Ocupó además el cargo de Secretario del Comité de Educación Médica Continuada.

Fue Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular y presidió el 51º Congreso de la especialidad en 1985.

Fellow del College of Chest Physicians, de la International Academy of Chest Physicians and Surgeons y del American College of Surgeons, del cual fue Chairman del Capítulo Argentino de la Región XIV del Comité de Trauma.

Trece sociedades argentinas y extranjeras lo contaron entre sus miembros. Innumerables fueron sus trabajos científicos, que junto a los de investigación suman más de 200. Cuatro libros completan su obra y múltiples capítulos escritos, muestran su interés por la enseñanza.

Dictó 70 cursos para graduados y participó en más de 200 por invitación en nuestro país y en el extranjero.

Además del relato al 53º Congreso Argentino de Cirugía ya mencionado, fue relator del 14º Congreso Argentino de Tisiología y Neumonología en 1993 sobre «Traumatismos de la región diafragmática».

Ocho premios distinguieron sus trabajos. En 1976 recibió el de «Academia Argentina de Cirugía».

El 22 de enero de 1995 bruscamente fallece tras una muy breve enfermedad, que se manifestó durante la clásica recorrida de sala. Así es como quiso terminar sus días, junto a los enfermos y enseñando.

La desaparición del Dr. Miguel Angel Gómez fue una pérdida importante para la cirugía argentina, sobre todo por la perspectiva que significaba para ella.

La docencia perdió un maestro. Jamás se negó a dar una conferencia, a pesar de disponer de poco tiempo o estar cansado.

Siempre estuvo dispuesto para ayudar a quien lo precisaba. A pesar de decirse agnóstico, su vida fue un reflejo de virtudes cristianas.

Quisiera terminar esta semblanza con las palabras que escribió Beveraggi en el homenaje de la Asociación Argentina de Cirugía: «Querido Miguel Angel, Maestro, los cirujanos argentinos agradecemos todo lo que nos enseñaste y diste».

**DISCURSO DEL SR. PRESIDENTE ENTRANTE**

**Dr. Vicente P. Gutiérrez MAAC FACS**

En nombre de los Académicos muchas gracias a todos, por acompañarnos en esta Sesión Solemne. Es un honor compartir el estrado con máximos representantes de las instituciones que contribuyen al progreso de la ciencia y al bienestar de los habitantes de nuestro país.

Hoy hacemos un alto en las reuniones científicas para un especial agradecimiento a nuestro Presidente Eduardo Trigo y a la Comisión Directiva que finaliza su mandato, por haberlos guiado en un fructífero año académico, con admirables capacidad y entrega, que deberá colmarlo de satisfacción.

Compartimos el júbilo de quienes recibieron premios y la alegría de sus familiares, apoyo inestimable en la vida de todo médico.

También el de Manuel Casal, cuya designación como Miembro Honorario premia una vida dedicada a la cirugía. El de los Miembros Eméritos que durante años se brindaron a la Academia. El de los nuevos Académicos, de los Miembros Asociados y de los Correspondientes Nacionales, que han de llevar adelante el legado de los Académicos de ayer.

La cálida semblanza de Miguel Angel Gómez, el tan querido «Cachito», hizo que hoy su espíritu estuviera otra vez entre nosotros.

Hace 50 años, en este mismo salón, concurrimos por primera vez a una Sesión de la Academia en la que mi padre asumió la presidencia, comparte ese día momentos de alegría, hoy los comparto con mi mujer y mis hijos. Aquellos eran años de tensión en los que se vislumbraba la intervención de las Academias. Cuán distinta es la época que vivimos hoy y cuán importante es gozar del respeto y de la libertad.

Apenas completada mi formación como cirujano, las sesiones de los miércoles pasaron a ser una disciplina. La influencia de Andrés Santas hizo que muchos de sus seguidores eligiéramos la vida
académica como una forma de contribuir al desarrollo de la Medicina y a la educación de nuestros médicos.

Cuando Daniel Cranwell convocó en su casa a los 25 fundadores de la que hoy es nuestra Academia de Cirugía, París era la meca de los intelectuales porteños y de ahí que la Société de Chirurgie de París fue el modelo en que se basó nuestro primer estatuto.

Aquellos pioneros coincidieron en la necesidad de reunirse periódicamente porque en esos años no había ateneos en los hospitales, los cirujanos se educaban anárquicamente y las publicaciones de avanzada no se hacían en castellano.

Las primeras sesiones reflejadas en los anales Boletines parecían más de anécdotas médicas que de intercambio científico. Siguió la etapa de los discursos grandilocuentes y de las interpretaciones subjetivas que más de una vez confundieron discusión académica con crítica personal y hasta motivaron los llamados a la «cordialidad y tolerancia».

En los primeros tiempos las reuniones eran mensuales y después semanales, a la 5 de la tarde, hora en que los académicos finalizaban sus actividades asistenciales. Eran tiempos en que se almorzaba en familia y en que los médicos regresaban a sus casas antes de las 8 de la noche.

Los cambios de la vida moderna motivaron que las sesiones se trasladaran a la 7 de la tarde. Si esta gran ciudad sigue su ritmo actual, si los barrios residenciales se alejan cada vez más del área céntrica y si los horarios de trabajo se prolongan más aún, habrá que pensar en otros cambios, en la medida en que los cirujanos del futuro aspiren a dedicar tiempo a sus familias, a la cultura y a sus personas.

Desde el punto de vista médico estamos en una era de vertiginosos avances. En los hospitales abundan tanto las reuniones, que se llegó a la denominada en EEUU «meeting manía». Los cirujanos se forman en residencias severamente acreditadas, son cirujanos certificados por sus pares y se recertifican periódicamente. El inglés y el francés médico son leídos por casi todos los cirujanos. Las publicaciones internacionales llegan a las computadoras al instante y por vía satélite. Los viajes a los centros quirúrgicos de avanzada son cada vez más fáciles.

Estos son algunos motivos más por los cuales tendremos que replantear los objetivos de nuestros fundadores y adecuarlos al próximo siglo. Ello se hará de hacer pausadamente, sobre la base de la reflexión y el intercambio de ideas, teniendo presente que las innovaciones tienen corta vida sin un profundo estudio.

Mientras pensamos en los cambios para el futuro, como es tradición, cada miércoles nos hemos de reunir para aprender de las presentaciones realmente científicas, en las que la discusión ejercita el pensamiento y las hace aptas para ser publicadas. Si una meta es que los trabajos sean difundidos y así contribuir al progreso de la ciencia, deben ser escritos siguiendo normas internacionales. Por ello apreciamos poder publicar en la Revista Argentina de Cirugía, cuyo prestigio se mantendrá en base a la capacidad y la seriedad de quienes juzgan los trabajos.

En las sesiones científicas se debe mostrar a las nuevas generaciones y a los futuros cirujanos académicos cómo se trabaja y se discute, con el único fin del progreso de la cirugía en bien de los enfermos.

Cada semana hemos de cultivar la fraternidad de aquellos que enseñan, investigan y asisten a sus pacientes con una máxima dedicación; es la fraternidad de los verdaderos cirujanos académicos.

Por último procuraremos siempre mantener el culto a los maestros, como tan bien lo hicieran los ex Presidentes convocados por Miguel Figueroa en la reciente «Historia de la Academia Argentina de Cirugía».

Señores Académicos:
Agradezco a ustedes que me honran con este cargo. Lo compartiré con una selecta Comisión Directiva.
Trabajaremos unidos cumpliendo los ideales de quienes nos precedieron desde 1911.
Seguramente nos hemos de equivocar muchas veces. Ruego critiquen nuestros errores y luego nos sepan disculpar.

Señoras y Señores:
La Academia Argentina de Cirugía entra en sus 85 años de vida al servicio de la ciencia y, de este modo, al servicio del ser humano.
Pido entonces a Dios bendiga su noble misión.
Ejercicio anual Nro. 83, iniciado el 1 de Marzo de 1995

BALANCE GENERAL AL 28 DE FEBRERO DE 1996
Expresado en moneda histórica de cierre (pesos)

ACTIVO

Cap. I - Muebles e Inmuebles
Muebles y Utiles - neto 68,—
Equips e Instal. - neto 14.550,40 14.618,40

Cap. II - Efectivo
Caja Chica 250,—
Banco Popular - cta. cte. 10.919,46
id. - caja ah. divisas 7.281,27 18.450,73

Cap. III - Créditos
Asociados - cuotas a cobrar 2.520,—
Débitos a imputar 200,86
Depósitos Plazo Fijo - Dólares 25.100,— 27.820,86

Total del Activo 60.889,99

PASIVO

Capítulo I - Fondos Sociales
Capital Social 0,01
Reserva pro-fondo 0,01 0,02

Capítulo II - Deudas
Acreedores Varios 2.233,15

Capítulo III - Cuentas varias
Superávit anterior 58.905,73
Déficit del ejercicio 248,91 58.656,82

Total del Pasivo: 60.889,99

Dr. Enrique S. Caruso Dr. Eduardo R. Trigo
Tesorero Presidente

Dr. Roberto Monti
Ciencias Económicas
Contador público nacional (U.N.L.)
C.P.C.E. Tº XX Fº 69
ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

Balance General al 28 de Febrero de 1996

CUENTA DE GASTOS Y RECURSOS
Expresado en moneda histórica de cierre (pesos)

GASTOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción</th>
<th>Monto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 - Amortización de Bienes de Uso</td>
<td>2.736,10</td>
</tr>
<tr>
<td>2 - Gastos Generales</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Comisiones por cobranzas</td>
<td>6.120,--</td>
</tr>
<tr>
<td>papelera general</td>
<td>5.879,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Correos y Comunicaciones</td>
<td>1.045,85</td>
</tr>
<tr>
<td>Trámites - trabajos de terc.</td>
<td>6.025,--</td>
</tr>
<tr>
<td>Viáticos urbanos</td>
<td>647,30</td>
</tr>
<tr>
<td>Comisiones y gastos banco</td>
<td>757,88</td>
</tr>
<tr>
<td>Atenciones y agasajos</td>
<td>348,85</td>
</tr>
<tr>
<td>Diversos</td>
<td>1.180,94</td>
</tr>
<tr>
<td>Remuneraciones profesionales</td>
<td>1.783,--</td>
</tr>
<tr>
<td>Subsidios otorgados</td>
<td>6.328,--</td>
</tr>
<tr>
<td>Revista Social</td>
<td>5.000,--</td>
</tr>
<tr>
<td>Servicios varios de terceros</td>
<td>3.460,--</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total de gastos</strong></td>
<td><strong>41.306,78</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

RECURSOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción</th>
<th>Monto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>II - Cuotas de asociados</td>
<td>32.460,--</td>
</tr>
<tr>
<td>III - Donaciones recibidas</td>
<td>8.000,--</td>
</tr>
<tr>
<td>Intereses bancarios</td>
<td>382,46</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuperio de gastos</td>
<td>215,41</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total de recursos</strong></td>
<td><strong>41.057,87</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Déficit del ejercicio:

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>248,91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dr. Enrique S. Caruso  
Tesorero

Dr. Eduardo R. Trigo  
Presidente

Dr. Roberto Monti  
Ciencias Económicas  
Contador público nacional (U.N.L.)  
C.P.C.E. T° XX F° 69
NOTAS A LOS ESTADOS CONTABLES

Nota 1 - **Cap. I - Muebles e inmuebles**
Muebles y útiles, Equipos e Instalaciones: se contabilizan a sus valores de origen deducidas las amortizaciones.

Nota 2 - **Cap. II - Efectivo**
Caja Chica: saldo del fondo fijo establecido.
Bco. Popular - cta. cte.: Saldo a balance en pesos.
Bco. Popular - cta. caja ahorros en dólares, saldo que incluye acreditaciones por renta de cuenta; se ha utilizado el cambio de $ 1,— por dólar.

Nota 3 - **Créditos**: Débitos a imputar: intereses devengados a balance en operación Depósito a Plazo Fijo en dólares.
Plazo Fijo en Dólares: operación vto. 9/4/96
Bco. Popular Argentino, u$s 25.000,—

Nota 4 - **Acreedores Varios**
Estudio Monti .......................................................... $ 1.680,99
Gastos a Pagar .......................................................... $ 552,16

$ 2.233,15

Nota 5 - **Resultados**: por lo devengado

Nota 6 - **Metodología de ajuste**:
Los estados contables no fueron ajustados atendiendo al hecho de que la estabilidad monetaria imperante hace carecer de relevancia cualquier ajuste que se practique.
El resultado del ejercicio es la diferencia entre el patrimonio neto existente al inicio y al final del ejercicio.

Dr. Enrique S. Caruso  
Tesorero

Dr. Roberto Monti  
Ciencias Económicas
Contador público nacional (U.N.L.)
C.P.C.E. T° XX F° 69

Dr. Eduardo R. Trigo  
Presidente
### ESTADO DE EVOLUCION DEL PATRIMONIO NETO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Conceptos</th>
<th>Saldos al inicio ej.</th>
<th>Resultados del ejerc.</th>
<th>Saldos al final ej.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Capital Social</td>
<td>0,01</td>
<td></td>
<td>0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Res. pro Fondo</td>
<td>0,01</td>
<td></td>
<td>0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Res. no asignados</td>
<td>58.905,73</td>
<td>(248,91)</td>
<td>58.656,82</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totales:</strong></td>
<td>58.905,75</td>
<td>(248,91)</td>
<td>58.656,84</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### BIENES DE USO
Anexo I

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cuentas</th>
<th>Anter.</th>
<th>Altas</th>
<th>Bajas</th>
<th>Totales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M. y Util. Equipos</td>
<td>135,25</td>
<td>9,088,—</td>
<td></td>
<td>135,25</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9.100,—</td>
<td>9.088,—</td>
<td></td>
<td>18.188,—</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M. y Util. Equipos</td>
<td>58,75</td>
<td>8,50</td>
<td>67,25</td>
<td>68,—</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>910,—</td>
<td>2.727,60</td>
<td>3.637,60</td>
<td>14.550,40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>968,75</td>
<td>2.736,10</td>
<td>3.704,85</td>
<td>14.618,40</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

Dr. Enrique S. Caruso  
Tesorero

Dr. Roberto Monti  
Ciencias Económicas  
Contador público nacional (U.N.L.)  
C.P.C.E. T° XX F° 69  

Dr. Eduardo R. Trigo  
Presidente
Informe del Auditor

(PARA SER PRESENTADO A TERCEROS)

Señor Presidente de la
ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGÍA

En mi carácter de Contador Público independiente, informo sobre la auditoría que he realizado en los estados contables detallados en el apartado I siguiente. Los estados citados constituyen una información preparada y emitida por la Administración de la entidad en ejercicio de sus funciones exclusivas. Mi responsabilidad es expresar una opinión sobre dichos estados contables, basado en mi examen de auditoría, con el alcance que menciono en el párrafo II.

I - ESTADOS CONTABLES

a) Balance General al 28 de Febrero de 1996.
b) Cuadro de Recursos y Gastos del ejercicio cerrado el 28 de Febrero de 1996.
c) Estado de Evolución del Patrimonio Neto (capital, reservas y otros resultados acumulados) por el ejercicio iniciado el 1 de marzo de 1995 y cerrado el 28 de Febrero de 1996.
d) Notas 1 a 6 a los estados contables y Anexo I.

II - ALCANCE DE LA AUDITORIA

He realizado mi examen de acuerdo con normas de auditoría vigentes. Estas normas requieren que el auditor planifique y desarrolle su labor para formarse opinión acerca de la razonabilidad de la información significativa que contengan los estados contables considerados en su conjunto, preparados de acuerdo con normas contables profesionales. Tal auditoría incluye examinar, sobre bases selectivas, los elementos de juicio que respaldan la información expuesta, y no tiene por objeto detectar delitos o irregularidades intencionales. Incluye asimismo evaluar las normas contables utilizadas, y como parte de ellas, la razonabilidad de las estimaciones de significación hechas por la Administración.

III - DICTAMEN

En mi opinión, los estados contables citados presentan razonablemente en todos sus aspectos salientes la situación patrimonial de la entidad al 28 de Febrero de 1996, los resultados de sus operaciones y las variaciones de su patrimonio neto por el ejercicio cerrado en esa fecha, de acuerdo con normas contables.

IV - INFORMACION REQUERIDA POR DISPOSICIONES LEGALES

a) Los estados auditados concuerdan con los registros contables de la entidad, los que han sido llevados atendiendo a las normas legales.
b) Al 28 de Febrero de 1996 y según constancias de dichos registros, la entidad no adeuda importe alguno al Sistema Nacional de Recaudación Previsional, devengado o exigible.

Buenos Aires, 19 de Marzo de 1996

Dr. Roberto Monti
Ciencias Económicas
Contador público nacional (U.N.L.)
C.P.C.E. Tº XX Pº 69