



# BOLETIN ALACE

## PUBLICACION OFICIAL DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE CIRUGIA ENDOSCOPICA

### COMITÉ EDITORIAL

DR: JOSE DE VINA TEA

DR: CARLOS BENAVIDES

DR: AURELIO GAMBIRAZIO

DR: EDGAR GONZALES

DR: DAVID ORTEGA

ING. MIGUEL PRADA

DR: GUSTAVO REAÑO

DRA: MONICA URIBE

#### SECCION EDITORIAL

SECCION CASOS  
CURIOSOS 2-3  
SECCION CON-  
TROVERSIAS

SECCION: LO QUE  
NUNCA ME  
ENSEÑARON 4  
SECCION: CIRU-  
GIA BASADA EN  
EVIDENCIAS

SECCION ANALI-  
SIS CRITICO 5

SECCION VIDEOS

SECCION IRRE-  
VERENTE 6

SECCION  
GALERIA 7-8

SECCION  
COMENTARIOS 9

### EDITORIAL

ESTIMADOS AMIGOS:

Presentamos el segundo número de nuestro Boletín ALACE, ratificando nuestro compromiso de darle la continuidad que deben tener todas las publicaciones serias. En esta oportunidad estamos incluyendo varios aportes de colegas de diferentes lugares que han decidido sacudirse de la inercia y participar en este proyecto y que se unen a este desafiantre reto, y es esta quizás nuestra primera gran satisfacción pues sentimos que hemos tocado la fibra de muchos de los cirujanos, que se animan a participar con nosotros.

La repercusión del primer número se ha notado en toda Latinoamérica, en el último congreso del ACS, donde se dieron cita importantes cirujanos de toda América Latina, el comentario fue de elogio y felicitación por el logro alcanzado.

Muchos mails también dan muestra de esta reacción, nos queda mucho por seguir aprendiendo, el Comité Editorial seguirá laborando para conseguir y analizar artículos de interés tratando permanentemente de ofrecerles lo mejor en fondo y forma, pero es en cada uno de los cirujanos en que descansa nuestra principal fortaleza, nuestra función será motivarlos para que nos envíen sus colaboraciones: opiniones, sugerencias, videos, fotos, etc.

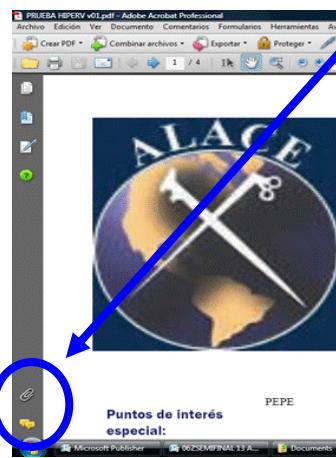
Gracias por su apoyo.

(NO DEJE DE VISUALIZAR LOS ARCHIVOS ADJUNTOS)

jvc

### GUIA DE LECTURA

Ud. esta leyendo el presente boletín en un programa de acrobat (pdf). En la columna de la izquierda del programa existe una barra descriptiva o de iconos según la versión que tenga. Una de ellas dice **ARCHIVOS ADJUNTOS** o está representado por el **ICONO CLIP**. Presione esta pestaña y se abrirá un menú con archivos. Seleccione el de su preferencia para poder leer el archivo completo deseado.



**Si desea recibir el BOLETIN**

**ALACE, escriba a:**

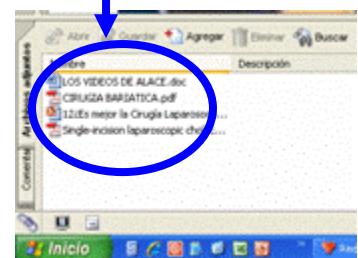
**boletinalace@gmail.com,**

**en caso contrario escriba al**

**correo poniendo en asunto: NO**

**1º CLICK AQUÍ: SE ABRE  
MENU**

**2º CLICK AQUÍ SE ABRE  
ARCHIVO ADJUNTO**





## SECCION CASOS CURIOSOS: CIRUGIA INTRA-UTERINA

Bebé de 21 semanas, aún sin nacer, llamado Samuel Armas al que se le había diagnosticado una espina bífida y nunca sobreviviría si se le extraía de la matriz de su madre.

El Dr. Bruner, tras grandes estudios realizados en el **Centro Médico Universitario de Vanderbilt, en Nashville**, anunció que él podría llevar a cabo una operación así, con el bebé dentro de la matriz materna

Durante la intervención, el cirujano extrae el útero y practica una pequeña incisión a través de la cual es capaz de operar al pequeño Samuel.

Al tiempo que el Dr. Bruner acababa de terminar la operación con éxito, Samuel sacó su pequeñísima pero bien desarrollada mano a través de la incisión practicada y cogió la mano del atónito médico

Este pestigioso cirujano declaró haber vivido el momento más emotivo de su vida, al tiempo que sentía la mano de Samuel asiéndole uno de sus dedos, a modo de agradecimiento por obsequiarle con el regalo de la vida. Samuel salió de la operación y lleva una vida 100% normal hasta hoy..



## SECCION CONTROVERSIAS: CANCER DE ESTOMAGO

*Long –Term Oncologic Outcomes from Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer : a Single-Center Experience of 601 Consecutive Resections.*

*Sang-Woong L; Nomura, E; Bouras , G; et al . J Am Coll Surg ; vol.211 No. 1. July 2010; 33-40*

Este interesante artículo muestra la experiencia que a lo largo de ocho años y medio ha desarrollado el grupo de Cirugía Gastrointestinal del Osaka Medical College de Takatsuki, Japón. ; quienes en ese período operaron por Cáncer Gástrico a 1386 pacientes, de los cuales 601 fueron abordados por cirugía asistida por laparoscopía en los primeros 3 años y luego por cirugía totalmente laparoscópica. Es conocida la alta tasa de diagnóstico de Cáncer Gástrico Precoz (EGC) en el Japón, básicamente por los agresivos programas de detección temprana. Este trabajo es el más grande en su tipo investigando la eficacia a largo plazo de la Gastrectomía Laparoscópica (LG) en el tratamiento del cáncer gástrico en estadios clínicos I y II.

Existe evidencia de calidad que sostiene la eficacia a corto plazo de esta técnica pero los reportes de sobrevida a largo plazo, como en este trabajo, aún son infrecuentes. Además, aún está pendiente de probar la factibilidad técnica de la Linfadenectomía laparoscópica sistemática y los efectos oncológicos del neumoperitoneo en las lesiones que comprometen a la serosa.

El tipo de resección gástrica fue decidido según la localización del tumor, tamaño y profundidad de invasión. Las gastrectomías limitadas con preservación del estómago remanente se indicaron para el EGC basadas en las guías de manejo japonesas. La Gastrectomía con preservación Pilórica (PPG) y la Gastrectomía Segmentaria (SG) se indican en lesiones del cuerpo gástrico limitadas a la mucosa menores a 4 cm. de diámetro y submucosas menores a 2 cm. . Para la PPG es necesario un remanente gástrico que permita una bolsa de al menos 4 cm. para una anastomosis gastrogástrica; y para la SG se deben preservar los vasos gastroepiploicos derechos para irrigar un remanente gástrico grande. La Gastrectomía Proximal ( PG) está indicada en lesiones del tercio superior del estómago sin evidencia de compromiso seroso y ganglionar. La Gastrectomía Total (TG) está indicada en lesiones proximales localmente avanzadas o en lesiones múltiples en que el estómago distal no puede ser preservado. Finalmente la Resección Local se indica en cánceres mucosos de cualquier tipo histológico de menos de 2 cm. de diámetro con baja probabilidad de metástasis ganglionares.



## SECCION CONTROVERSIAS:

..La clave para la adecuada selección de los casos estuvo en el Estadio Preoperatorio : Estudio radiológico a doble contraste , Endoscopía y Tomografía computada de detalle. Incluyeron en el estudio todos los tumores con penetración hasta la muscularis propia no resecables por endoscopía y con compromiso ganglionar hasta N1 . La operación fue convertida a cirugía abierta si se encontraba compromiso seroso o se requería una linfadenectomía extensa. La operación más frecuente fue la Gastrectomía Distal (DG) con disección ganglionar en bloc D1 + alfa ( estaciones 7 y 8a ) en cánceres limitados a la mucosa y disección D1 + beta ( estaciones 7, 8a y 9 ) cuando había extensión submucosa.; con reconstrucciones Billroth I o Roux-en-Y , según el tamaño del estómago remanente y la tensión potencial de una gastroduodenostomía; todas las anastomosis intracorpóreas usando suturas mecánicas.

La morbilidad operatoria fue de 17.6 % ( hay reportes en la literatura entre 2.5 a 26.7 % ) y mortalidad operatoria de 0.3 % . Tuvieron conversiones a cirugía abierta por razones oncológicas y por problemas intraoperatorios ( el más frecuente sangrado ) sin asociarse esto a peores resultados. Hubo pacientes con inflamación pancreática de diversos grados al parecer asociado al uso de instrumentos con energía térmica en la disección ganglionar radical. Un problema particular fue el Sub-estadio en 8.8 % de casos ( 53 de 601 ) ; éstos con enfermedad histológicamente avanzada tuvieron pobres resultados ; entonces se debiera evitar la aplicación de la LG - existiendo aún la duda acerca de la seguridad oncológica de la manipulación laparoscópica- en la enfermedad que compromete a la serosa; enfocando los esfuerzos en prevenir el sub-estadio preoperatorio e intraoperatorio para poder, en estos casos, aplicar las medidas abiertas convencionales de prevención de la diseminación peritoneal en la enfermedad avanzada.

La sobrevida global a 5 años para los 511 pacientes con EGC fue de 93.4 %, comparable con los reportes de cirugías abiertas.

Basados en esta evidencia y ( sobre todo ) cuando el experto lo permita , la Gastrectomía Laparoscópica se debiera considerar como un tratamiento primario en pacientes con EGC; estando aún pendiente de evaluar su rol en la enfermedad avanzada.

**Dr. Aurelio Gambirazio Keller, FACS.**

**En los Archivos Adjuntos, podrá leer el artículo completo:**

**Long-Term Oncologic Outcomes from Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer: A Single-Center Experience of 601 Consecutive Resections**

**Sang-Woong Lee, MD, Eiji Nomura, MD, George Bouras, MRCS, Takaya Tokuhara, MD,  
Souichiro Tsunemi, MD, Nobuhiko Tanigawa, MD, FACS**



## SECCION: LO QUE NUNCA ME ENSEÑARON

### Ayudantía:

- La clave para ser un buen ayudante es involucrarse en el caso.
- Debe mantener la concentración y dedicación durante toda la operación.
- El ayudante debe hacerse sentir indispensable para el cirujano.
- El ayudante debe sufrir tanto como el cirujano principal si las cosas salen mal y disfrutarlo tanto como él si

las cosas salen bien.

- Presentar, aspirar, exponer de tal forma que me gustaría que me lo hicieran.
- Que se hagan las cosas sin necesidad de ser pedidas.
- Tener una cuota muy inteligente de iniciativa.
- Debe ser un elemento de equilibrio y de estímulo

*Dr Jose De Vinatea*



Si Ud. Desea participar en esta sección podrá enviarnos sus aportes personales originales que le impactaron al siguiente correo: [boletinalace@gmail.com](mailto:boletinalace@gmail.com)

## SECCION: CIRUGIA BASADA EN EVIDENCIAS: CANCER RECTAL

*DR: David Ortega Checa*

*¿Es el abordaje laparoscópico más eficaz que el convencional en pacientes con cáncer rectal?*

El abordaje laparoscópico del cáncer rectal ha demostrado ser factible, seguro.

Desde el punto de vista oncológico se obtienen adecuados márgenes de resección proximal, distal y circumferencial, y número de ganglios resecados, manteniendo todo el rigor oncológico exigido (A, Ia)

Los beneficios de la laparoscopia son evidentes en el intraoperatorio y post operatorio mediato (A, Ia)

Faltan más ensayos clínicos aleatorios para asegurar los resultados

Oncológicos a largo plazo, aunque ya existen meta-análisis que apoyan este

abordaje sobre todo en tumores del tercio superior (A, Ia) y en el procedimiento abdominoperineal  
**Conclusión**  
Nivel de Evidencia 1 A  
Grado de Recomendación A



**En los Archivos Adjuntos,  
podrá leer el artículo completo:  
CA RECTO LAP. O ABIERTO  
DR: JUAN A. HERRERA  
H.N. LNS PNP**

**Les invitamos a enviar su opinión , comentarios o las críticas que crean convenientes.  
Email :  
[boletinalace@gmail.com](mailto:boletinalace@gmail.com)**



## SECCION: ANALISIS CRITICO: COLECISTECTOMIA PRECOZ EN PANCREATITIS BILIAR LEVE

La pancreatitis de etiología biliar es una de las patologías más frecuentes en los servicios de emergencia en nuestro medio. Su manejo y pronóstico depende de una adecuada estratificación del paciente, en cuanto a su severidad. El tiempo en que debe realizarse la colecistectomía después del inicio de una pancreatitis no está claramente establecido. En la pancreatitis grave se recomienda esperar por lo menos 2 o 3 meses después de resuelto el evento agudo. De lo contrario la morbitmortalidad postoperatoria ha demostrado ser excesiva. En la pancreatitis leve sin embargo, existe el consenso de esperar que el cuadro clínico y los exámenes de laboratorio (enzimas pancreáticas y hepáticas) se normalicen para realizar la extirpación de la vesícula durante la hospitalización. El dar de alta al paciente sin colecistectomía expone al paciente a una pancreatitis recurrente la cual puede ser grave. Sin embargo, la tendencia es de prolongar al máximo el tiempo de espera para la colecistectomía probablemente por extrapolación de los conceptos formulados para la pancreatitis grave. El resultado es una larga estancia hospitalaria y en algunos casos, el alta hospitalaria del paciente para manejo posterior con los mencionados riesgos. Aboulian y cols., en este ensayo prospectivo aleatorizado plantea un quiebre de este paradigma proponiendo realizar la colecistectomía laparoscópica precozmente (dentro de las primeras 48 horas) independientemente de la resolución o no de los síntomas o la bioquímica sanguínea. Sus resultados demuestran una disminución de la estancia hospitalaria a una mediana de 3 días sin evidenciar aumento en las dificultades técnicas, porcentaje de conversiones o complicaciones postoperatorias. Para la aplicación de este nuevo concepto debe, sin embargo, enfatizarse que deberemos estar seguros de estar frente a una pancreatitis leve y que no existan cálculos en la vía biliar. Es probable que la precocidad del procedimiento nos lleve también a un elevado porcentaje de coledocolitis en la colangiografía intraoperatoria con la consecuente mayor utilización de CPRE postoperatoria. Resulta por lo tanto atractivo replicar esta experiencia en el contexto de estudios controlados en las diferentes instituciones que manejen esta patología.

**Dr. Gustavo Reaño**

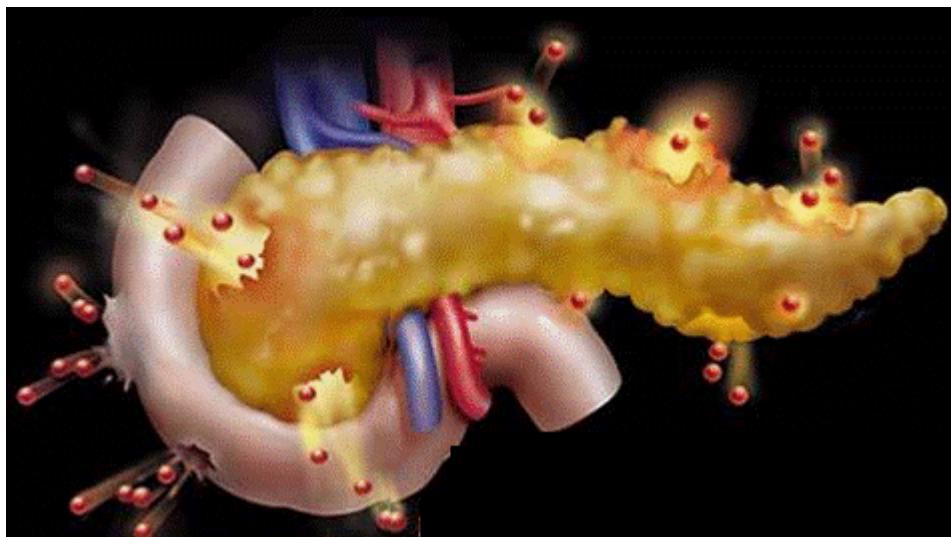
Early Cholecystectomy Safely Decreases Hospital Stay in Patients

With Mild Gallstone Pancreatitis

A Randomized Prospective Study

Armen Aboulian, MD,\* Tony Chan, MD,\* Arezou Yaghoubian, MD,\* Amy H. Kaji, MD, PhD, †‡

Brant Putnam, MD,\*‡ Angela Neville, MD,\*‡ Bruce E. Stabile, MD,\*‡ and Christian de Virgilio, MD\*‡



**Podrá ver el artículo completo en los Archivos Adjuntos como:**  
**“EARLY CHOLECYSTECTOMY SAFELY DECREASES HOSPITAL STAY IN PATIENTS”**  
**Dr. ARMEN ABOULIAN et al**



## SECCION: LOS VIDEOS DEL BOLETIN ALACE

Estimados lectores, en esta sección podrán ver los videos a través de los Archivos Adjuntos. Encontrará un archivo en **Word** donde estarán los links de los videos colgados en la cuenta de ALACE en **YOUTUBE**. Deberá utilizar las teclas:

**CONTROL+CLICK**

Si Ud está interesado en compartir su video, cuélguelo en **YOUTUBE** y envíenos el LINK a:

[boletinalace@gmail.com](mailto:boletinalace@gmail.com).

Acompañe el título del video, nombre del autor, nacionalidad y un breve resumen del caso presentado.



## SECCION: IRREVERENTE

### HUMOR

*Dr Aurelio Gambirazio*

Un día fueron a cazar patos un médico familiar, un internista, un anestesiólogo, un cirujano y un patólogo.

El médico de familia vio volando a un pato, y dijo "Pues parece un pato, pero no estoy muy seguro... tendré que pedir una interconsulta" y el pato se alejó volando.

El internista vio volando a otro pato, y dijo "Pues se ve como pato, hace como pato, vuela como pato, pero aún no estoy seguro... habrá que hacer más pruebas" y el pato se alejó volando.

El anestesiólogo ve al mismo pato y dijo:"pues parece pato, vuela como pato, hace como pato.. pero mientras Medicina Interna no haga una nueva revaloración y nuevos exámenes, no estoy seguro", y el pato voló..

El cirujano vio al pato volar, y sin dudar un segundo le disparó y dijo "no me importa que demonios haya sido eso, ya el patólogo me dirá si es un pato o no"

El patólogo fue a recoger el pato muerto, lo vio y dijo:  
"Parece un pato, pero la muestra es insuficiente..."





## GALERIA FOTOGRAFIAS MEDICAS: NEUMATOSIS INTESTINAL

Mujer de 26 años, ingresa para colecistectomía laparoscópica, sin comorbilidades, se convierte al no identificar vía biliar principal, por plastrón vesicular, diagnóstico pos operatorio colecistitis aguda calculosa, con bilícultivo positivo a *E. coli* y *Bacteroides fragilis*, recibe cobertura antibiótica.

Quinto día abdomen agudo quirúrgico= Peritonitis fecal por Perforación Sigmoideas, paredes enfisematosas: Sigmoidectomia y colostomía Hartmann. Evoluciona favorablemente.

Patología: pared colonica revestida por células gigantes multinucleadas, gran componente inflamatorio.

**Dra. María A. Cáceres Bedoya. Cirujano General. CMP 34119 RNE 18156,**

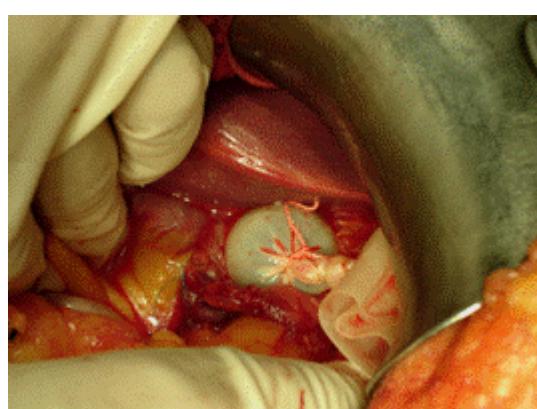
**Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2010 Lima, Perú**



### SEGUNDO CASO

TIP en caso de sangrado esofágico masivo: Se coloca dren penrose desde la boca hasta el esófago abdominal. Se amarra ambos extremos luego de insuflar aire para que por compresión ceda el sangrado. Como una sonda de Sengstaken casera

**Dr Jose De Vinatea De Cárdenas Lima Peru**



**SI DESEA COMPARTIR SUS FOTOGRAFIAS, ENVIARLAS AL CORREO:**

boletinalace@gmail.com

**DEBE INCLUIR TITULO DE LA SERIE, BREVE RESEÑA DEL CASO, NOMBRE DEL AUTOR, NACIONALIDAD**

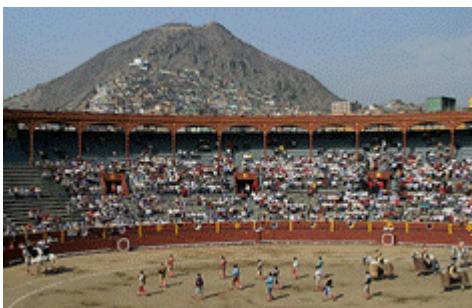


## GALERIA FOTOGRAFIAS NO MEDICAS LIMA DE OCTUBRE MES MORADO

Dr Carlos Benavides



Procesión del Señor de los Milagros o Cristo de Pachacamilla la mas concurrida de Sudamérica



Sahumadoras en la Procesión

Bicentenario Plaza de Toros de Acho y Cerro San Cristóbal

Feria Taurina del Sr. De los Milagros



Rejoneadora Conchita Cintron (Peruana)

Matador

Pase de toreo a Puerta Gayola



Turrón de Doña Pepa  
postre de octubre



Club Alianza Lima con camiseta blanquimorada



Figura estilizada

SI DESEA COMPARTIR SUS FOTOGRAFIAS, ENVIARLAS AL CORREO:

boletinalace@gmail.com

DEBE INCLUIR TITULO DE LA SERIE, NOMBRE DEL AUTOR Y NACIONALIDAD



## SECCION COMENTARIOS: CASOS, OPINIONES Y CRITICAS CURSOS Y CONGRESOS

### Cirugía bariatrica.

**Manuel Eduardo Valdez Muelle (Lima Peru)**

Formulo algunas más que replicas, comentarios , que se originan más que en la evidencia en la subjetividad en que esta puede ser usada .....

Leer el articulo completo de las opiniones del Dr. Eduardo Valdez Muelle en el **ARCHIVO ADJUNTO** denominado:  
**Comentarios acerca del artículo : VALDEZ.**

### SIMPATECTOMIA POR TORACOSCOPIA

**Ramon Rivera Lopez (.....)**

Fue mi primer caso después de regresar del curso de Dr. Ricardo Torres de Hands On en San Jose Costa Rica.....

Leer el articulo completo de las opiniones del Ramon Rivera Lopez en el **ARCHIVO ADJUNTO** denominado:  
**PARA BOLETIN ALACE**

### El Foro latinoamericano de Cirujanos Generales por e-mail

**Jose Di Sarli (venezuela)**

Envio información en power point anexo, para ver la posibilidad de publicitar este grupo de interés quirúrgico. gracias

Ver la presentacion completa del Dr. Jose Di Sarli en el **ARCHIVO ADJUNTO** denominado: **Jose Di SARLI Venezuela**

### SYMPORIUM

**Del 20 al 23 de febrero 2011se realizara en CLEVELAND CLINIC OF FLORIDA, el 10 th Surgery of the Foregut symposium.**

**Invitacion enviada por Raul J. Rosenthal MD, FACS, FASMBS**

Professor of Surgery and Chairman, Section of Minimally Invasive Surgery, and The Bariatric and Metabolic Institute

Program Director, Fellowship in Minimally Invasive Surgery

Cleveland Clinic Florida 2950 Cleveland Clinic Blvd. Weston, Florida 33331 Phone 954 659 5228 Fax 954 659 5256

E-mail [rosentr@ccf.org](mailto:rosentr@ccf.org)

**10th Surgery of the Foregut Symposium**

**Feb. 20 th-23 rd, 2011. please check our website at**

Ver invitacion completa del Dr. Raul Rosenthal en el **ARCHIVO ADJUNTO** denominado: **Binder1**

**SI DESEA COMPARTIR SUS FOTOGRAFIAS, ENVIARLAS AL CORREO:**

**boletinalace@gmail.com**

**DEBE INCLUIR TITULO DE LA SERIE, NOMBRE DEL AUTOR Y NACIONALIDAD**