

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA "LUIS RAZETTI"  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



INFORME DE ACTIVIDADES DE LA CÁTEDRA CLÍNICA  
Y TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA "C"  
SERVICIO DE CIRUGÍA III  
ENERO – DICIEMBRE  
AÑO 2010

Dr. Gustavo Benítez P.  
Jefe de Cátedra – Servicio Cirugía III



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA "LUIS RAZETTI"  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



INFORME DE ACTIVIDADES DE LA CÁTEDRA CLÍNICA  
Y TERAPEUTICA QUIRÚRGICA "C"  
SERVICIO DE CIRUGÍA III  
ENERO - DICIEMBRE  
AÑO 2.010

*Dr. Gustavo Benítez P.  
Jefe de Cátedra - Servicio Cirugía III*



---

## CONTENIDO DEL INFORME

1. Introducción .....	2
2. Personal Docente – Asistencial .....	4
3. Informe de Actividades de Enero 2010 a Noviembre 2010	
a) Actividades Docentes .....	6
b) Actividades Asistenciales .....	52
c) Actividades de Investigación y Extensión .....	59
d) Actividades Administrativas .....	72
4. Conclusiones .....	77
5. Agradecimientos .....	78
6. Anexos .....	79



## 1. INTRODUCCION

Se remite el presente Informe Anual de Actividades a las Autoridades de la Facultad de Medicina y a las Autoridades Rectorales, en el cumplimiento de lo establecido en el Artículo 5º del Reglamento Vigente de Cátedras y Departamentos, contenido en la Resolución N° 110 del Consejo Universitario de la U.C.V., de fecha 22/09/1982.

Este documento contiene en forma concreta, las actividades de la entidad que he presidido con carácter de Jefe de Cátedra – Servicio “C-III”, durante los lapsos Enero – Noviembre 2010.

Las actividades aquí reseñadas has sido efectuadas para cumplir las funciones de docencia, asistencia, investigación y extensión, buscando como objetivos el logro de las metas propuestas, **y ya expresadas en el Anteproyecto para el Concurso de la Jefatura de la Cátedra – Servicio “C-III”, año 2.004, enviado a las autoridades Universitarias y Hospitalarias en junio de 2004 y reactualizado en el 2008.**

En vista del Convenio suscrito y vigente desde junio de 1.983 entre la U.C.V. (Facultad de Medicina) y el H.U.C. (actualmente en reformulación), enviaré un ejemplar de este Informe, al Consejo Directivo del H.U.C., para su debido conocimiento y fines consiguientes.

En nombre de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C - Servicio Cirugía III”, que he presidido como Jefe y del mío propio, manifiesto ante las Autoridades Universitarias y Hospitalarias, nuestra gracias por el apoyo recibido para mí gestión, y a todos aquellos docentes que de manera positiva, coherente entendieron la necesidad de avanzar, y pusieron su pensamiento y acción para un fin común.



---

## 2. PERSONAL DOCENTE – ASISTENCIAL





---

### **3. INFORME DE ACTIVIDADES (ENERO – NOVIEMBRE 2010)**



## A) ACTIVIDADES DOCENTES

NIVEL	DOCENTE	ASIGNACIÓN
NIVEL C-I:	DR. RAMON SAADE	<b>COORDINADOR</b>
3º AÑO	DR. RAFAEL SCORZZA	
3º AÑO	DR. ELIAS NAKHAL	
3º AÑO	DRA. OMAIRA RODRIGUEZ	
3º AÑO	DR. HUMBERTO CHACON.	
3º AÑO	DR. GUSTAVO BENITEZ	

NIVEL C-III:	DR. ALEXIS SANCHEZ	<b>COORDINADOR</b>
5º AÑO	DR. GUSTAVO BENITEZ	
5º AÑO	DRA. RENATA SANCHEZ	

INTERNADO DE PREGRADO	DR. ALEXIS SANCHEZ	<b>COORDINADOR</b>
-----------------------	--------------------	--------------------

POST-GRADO (C- III)	DR. GUSTAVO BENITEZ	<b>COORDINADOR</b>
---------------------	---------------------	--------------------





## A.1. NIVEL C-I

NIVEL C-I:	DOCENTE	ASIGNACION
3º AÑO	DR. RAMON SAADE	COORDINADOR
3º AÑO	DR. RAFAEL SCORZZA	
3º AÑO	DR. ELIAS NAKHAL	
3º AÑO	DRA. OMAIRA RODRIGUEZ	
3º AÑO	DR. HUMBERTO CHACON	
3º AÑO	DR. GUSTAVO BENITEZ	

### Temario:

a) CLASES TEORICAS: LUNES A MIERCOLES DE 07:00-08:00 A.M.

#### TEMAS

1. CLASE INAUGURAL E HISTORIA DE LA CIRUGIA EN VENEZUELA Y EN LA CATEDRA DE CLINICA Y TERAPEUTICA QUIRURGICA "C" .
2. HIDRATACION
3. BALANCE HIDROELECTRICO Y EQUILIBRIO ACIDO BASICO EN CIRUGIA
4. PRE-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO
5. INFECCIONES EN CIRUGIA
6. CICATRIZACION
7. TETANOS Y CANGRENA GASEOSA
8. QUEMADURAS
9. SHOCK
10. TRAUMATISMOS ABDOMINALES
11. PATOLOGIA BENIGNA Y MALIGNA DE LA PIEL
12. CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE
13. PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVALES
14. TUMORES DE CUELLO
15. PATOLOGIA BENIGNA DE GLANDULA TIROIDES
16. CANCER DE GLANDULA TIROIDES
17. PATOLOGIA BENIGNA DE MAMA
18. PATOLOGIA MALIGNA DE MAMA
19. HERNIAS Y COMPLICACIONES
20. EVENTRACION Y EVISCERACION
21. ABDOMEN AGUDO
22. APENDICITIS AGUDA
23. PATOLOGIA BENIGNA DE ESOFAGO
24. CANCER DE ESOFAGO
25. ULCERA GASTRODUODENAL
26. C.A. GASTRICO
27. LITIASIS VESICULAR
28. LITIASIS BILIAR Y ICTERICIA OBSTRUCTIVA
29. PANCREATITIS AGUDA Y CRONICA



30. HIPERTENSION PORTAL
31. ABSCESOS HEPATÍCOS
32. TUMORES DEL HIGADO
33. OBSTRUCCION Y OCLUSION INTESTINAL
34. PATOLOGIA BENIGNA DE COLON
35. PATOLOGIA MALIGNA DE COLON
36. PATOLOGIA BENIGNA Y MALIGNA ANORECTAL
37. VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES/LINFATICOS

b) PROGRAMA PRACTICO SEMANAL

SEMANA: (1-2) HISTORIA CLINICA:  
ELABORACIÓN ENF. ACTUAL, EXAMEN FUNCIONAL, ANTECEDENTES,  
HABITOS PSICOBIOLOGICOS.

SEMANA: (3) SÍNDROMES GENERALES:  
DOLOROSO, FEBRIL, RELACION MEDICO PACIENTE, DIAGNOSTICO  
SINDROMATICO, ASPECTOS ETICOS.

SEMANA: (4) HIDRATACIÓN Y NUTRICION:  
SOLUCIONES DE HIDRATACIÓN, INFUSIÓN IV DE LIQUIDOS, ACCESOS  
VENOSOS, EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLITICO Y ACIDO BASE,  
SOLUCIONES NUTRICIONALES.

SEMANA: (5) CABEZA:  
EXAMEN OCULAR, FONDO DE OJO, NARIZ, OIDOS, CAVIDAD ORAL,  
LARINGOSCOPIA INDIRECTA.

SEMANA: (6) CUELLO:  
SEMIOLOGIA, DIVISIÓN TOPOGRÁFICA, GLANDULAS SALIVARES, TIROIDES,  
ESTUDIO PRACTICO NODULO TIROIDEO, SÍNDROME ADENOMEGALICO,  
GANGLIOS CERVICALES, ESTUDIO PRACTICO ADENOMEGALIA.

SEMANA: (7) MAMA Y AXILA:  
EXAMEN MAMARIO, MAMOGRAFÍA Y ULTRASONOGRAFIA, ESTUDIO  
PRACTICO NODULO MAMARIO, EXAMEN AXILAR.

SEMANA: (8) TORAX:  
EXAMEN CARDIACO Y PULMONAR, SEMIOLOGIA RADIOLÓGICA DE TORAX,  
TAC.

SEMANA: (9-10) ABDOMEN:  
DIVISIÓN TOPOGRÁFICA ABDOMINAL, EXAMEN HIGADO Y BAZO, EXAMEN  
OTRAS VISCERAS ABDOMINALES Y RETROPERITONEALES, OBSTRUCCIÓN  
INTESTINAL, PUNTOS DOLOROSOS ABDOMINALES, ABDOMEN AGUDO,  
SEMIOLOGIA RADIOLÓGICA ABDOMINAL, TAC, LAPAROSCOPIA







e) ANÁLISIS DOCENTE ANUAL NIVEL C – I

1. N° de Pasantía:	( 6 )
2. N° Promedio de Alumnos Pasantía	(30)
3. N° Duración Promedio Pasantía/Semana	(36)
4. N° de Grupos Teórico/Pasantía:	( 2 )
5. N° de Grupo Practica / Pasantía:	( 6 )
6. N° Grupo Practica /Semana / Grupo:	( 2 )
7. N° Grupo Teórico / Semana / Grupo:	( 2 )
8. Total Horas Teórica / Semana:	( 6 )
9. Total Horas Practica/Semana:	(76)
10. Total Horas Docencia / Semana:	(62)
11. Total Horas Profesor / Semana para Docencia del Nivel:	(62)

12. Relación Profesor / Alumnos:	2: 15,2
----------------------------------	---------

f) COMENTARIOS FINALES SOBRE EL NIVEL C-I:

1. Mantienen motivación suficiente a nivel semiológico debido al tiempo y espacio presencial profesoral en las salas clínicas de hospitalización, ya que hoy por hoy la semiología quirúrgica la practican en el seminario docente, o en la sala de profesores.  
La Facultad de Medicina debe aplicar los correctivos necesarios que se implementan en estos casos.
2. Han rotado por Medicina Interna lo cual implica, el conocimiento de la Semiología Clínica en Medicina Interna, y por ende mejoría en el aprendizaje de la Semiología Quirúrgica.
3. La presencia de este nivel son los días Lunes, Martes y Miércoles, de 7:00 a.m. -11:00am



## A.2. NIVEL C- III

NIVEL C- III	DOCENTE	ASIGNACION
5° AÑO	DR. ALEXIS SANCHEZ	COORDINADOR
5° AÑO	DR. GUSTAVO BENITEZ	
5° AÑO	DRA. RENATA SANCHEZ	

### a) ACTIVIDADES DE 5° AÑO:

- REVISTA MEDICA DOCENTE LUN. A VIE. A LAS 7:00 AM - SAB. 8:00 AM
- REUNION MORBIMORTALIDAD MARTES A LAS 8:00 AM
- TALLER DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA VIERNES A LAS 7:00 AM
- REUNION PREOPERATORIA VIERNES A LAS 8:00 AM
- SEMINARIOS JUEVES A LAS 9:00 AM
- ACTIVIDADES DIARIAS: CONSULTA EXTERNA / HOSPITALIZACION / PABELLÓN.

\* ROTACIÓN DE GRUPOS SEMANALMENTE

### ACTIVIDADES DE 5° AÑO SECCION X3 CODIGO 5240

- REVISTA MEDICA DOCENTE DE LUNES A VIERNES A LAS 7:00 AM
- REUNION MORBIMORTALIDAD MARTES A LAS 8:00 AM
- REUNION PREOPERATORIA VIERNES A LAS 8:00 AM
- SEMINARIOS VIERNES A LAS 9:00 AM
- ACTIVIDADES DIARIAS: CONSULTA EXTERNA / HOSPITALIZACION / QUIROFANO.

\* ROTACIÓN DE GRUPOS SEMANALMENTE.

SECCION Y3	1 era Semana	2da Semana	3era Semana
GRUPO A	QUIROFANO	HOSPITALIZACION	CONSULTA
GRUPO B	HOSPITALIZACION	CONSULTA	QUIROFANO
GRUPO C	CONSULTA	QUIROFANO	HOSPITALIZACION



b) SEMINARIOS DE 5° AÑO

TITULO

- ABORDAJE DEL NODULO TIROIDEO
- DIAGNOSTICO PRECOZ Y TTO. DEL
- ESTUDIO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA SUGESTIVA SUPERIOR
- ESTUDIO DEL PACIENTE CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA
- MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
- ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCOPICA

c) RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL RENDIMIENTO ANUAL DEL NIVEL C-III

Total Alumnos: (82)

Grupos: X3, Y3 y Z3

Total Anual: (82) Alumnos: 100% → 100%

Aprobados en Definitiva:	(76)	86,36%
- Aplazados en Definitiva:	(01)	2,27%
- Perdieron Pasantía por causas diversas:	(01)	2,27%
- Por inasistencia, no presentaron exámenes, retiraron materia, alguna prelación existente:	(04)	9,09%

Total:	(82)	99,99%
--------	------	--------

Calificaciones: Del 0 - 20 = 100%

- Promedio Nota Previa:	(15,8)	79 %
- Promedio Nota Examen Final:	(15.8)	79 %
- Promedio Nota Definitiva:	(15.2)	79,1 %



---

Totales Anuales:	(82)	100%
APROBADOS:	(76)	86,36%
APLAZADOS:	(01)	2,27%
Perdieron por causas diversas:	(04)	11,36%
Total:	(82)	100%

d) ANALISIS DOCENTE ANUAL NIVEL C – III

1. N° de Pasantía:	(06)
2. N° Promedio de Alumnos Pasantía	(22,6)
3. N° Duración Promedio Pasantia / semana	(18)
4. N° de Grupos Teórico/Pasantia:	(02)
5. N° de Grupo Practica / Pasantia:	(06)
6. N° Grupo Practica /Semana / Grupo:	(06)
7. N° Grupo Teórico / Semana / Grupo:	(02)
8. Total Horas Teórica / Semana:	(04)
9. Total Horas Practica/Semana:	(36)
10. Total Horas Docencia / Semana:	(40)
11. Total Horas Profesor / Semana para Docencia del Nivel:	(40)

12. Relación Profesor / Alumnos:	2: 6
----------------------------------	------

e) COMENTARIOS FINALES SOBRE EL NIVEL C-III:

1. La presencia de este Nivel en Cirugía III, es de Lunes a Viernes de 7:00 a.m.- 12:000 p.m. y Sábado de 8:00 a.m. – 10:00 a.m.
2. Su mayor presencia en la Cátedra – Servicio Cirugía III, depende de su interés y entusiasmo. Así como el desempeño en el área quirúrgica fuera de horario docente establecido.





### **A.3. NIVEL DE ENSEÑANZA SUPERIOR (N. E. S.)**

#### **1. Comprende Internado Rotatorio de Pregrado**

- Coordinador Dr. Alexis Sánchez

#### **A.3.1.1 Análisis Docente (N. E. S)**

1.- N° de Pasantía: (08)

(04) {  
    Consulta  
    Hospitalización  
    Quirófano Central  
    Quirófano Periférico  
    Guardias

2.- N° Promedio de Alumnos Pasantía (04)

3.- N° Grupo Práctica /Semana / Grupo: (04)

4.- N° Grupo Teórico / Semana / Grupo: (22)

5.- Total Horas Teórica / Semana: (02)

6.- Total Horas Practica/Semana: (32)

7.-Total Horas Docencia / Semana: (22) \*

8.-Total Horas Profesor / Semana para  
    Docencia del Nivel: (22/6) 3,6

12.- Relación Profesor / Alumnos: (6/4)

\* Reuniones de servicio, Revista diaria con docente de guardia, o el cuerpo docente.



---

	<u>Horas</u>	
<b>TEORICAS</b> (22)	6 Revista/Semana	12
	1 Seminario	2
	1 Morbimortalidad	2
	1 Anatomía Patológica	2
	1 Reunión de Servicio	2
	1 Preoperatorio	2

### **A.3.1.2 Comentarios Finales sobre el Internado Rotatorio de Pregrado**

El internado de pregrado es una actividad docente asistencial y de aprendizaje continuo, que incluye las actividades de, sala de hospitalización, guardias, consulta externa, pabellón quirúrgico y seminarios, y así como las reuniones semanales del servicio. También son incorporados los internos de pregrado a las actividades docentes de los residentes de postgrado, tales como reunión de preoperatorios, reunión de morbimortalidad, anatomoclínica y actividades extra-servicio, como anatomía patológica, nutrición y dietética.



## 2. NIVEL DE POSTGRADO 1º, 2º Y 3º AÑO

Coordinador Dr. GUSTAVO BENITEZ P.

- Dr. Daniel Castro \* RIII
- Dr. Carlos Pedrón RIII
- Dra. Emelissa Sosa RII
- Dra. Liumariel Vegas RII
- Dra. María Fernanda Visconti RII
- Dr. Paul Millán \*\* RII
- Dr. Euden Hernández \*\*\* RI
- Dra. María Malaspina \*\*\*\* RI
- Dr. Tony De Freitas \*\*\*\*\* RI

\* Jefe de Residentes (Enero – Diciembre 2010)

\*\* Se incorporo al Postgrado de Cirugía General en junio 2009 del Hospital Vargas de Caracas.

\*\*\* Se incorporó al Postgrado de Cirugía General en febrero del 2010

\*\*\*\* Renunció al Postgrado el 15 de agosto del 2010

\*\*\*\*\* Renunció al Postgrado el 30 de agosto del 2010



### A.3.2.1 Personal Docente – Asistencial

Profesorado de la Cátedra – Servicio Cirugía C-III.

Dr. Gustavo Benítez Pérez*	Profesor Asociado
Dr. Alexis Sánchez Ismayel	Profesor Agregado
Dr. Ramón Saade Cárdenas	Profesor Asistente
Dra. Renata Sánchez Miralles	Profesor Asistente
Dr. Elías Nakhal Hakin	Instructor por Concurso
Dr. Rafael Scorzza Quiara	Instructor por Concurso
Dra. Omaira Rodríguez González	Instructor por Concurso
Dr. Humberto Chacón Valecillos	Instructor por Concurso
<u>Profesor Asesor</u>	
Dr. Antonio Paris	Profesor Titular
Dr. Edgard Sánchez Guerrero**	Profesor Asistente

\* Dr. Gustavo Benítez (Jefe de Cátedra – Servicio) (2008 – 2010)

\*\* Dr. Sánchez E. Cumple su dedicación a tiempo completo en la Coordinación de Extensión de la Escuela de Medicina Luis Razetti. Según Oficios N° ED-1097/2008 y ED-1848/2008.



**A.3.2.2 Las Actividades que con Carácter Docente – Asistencial Realizaron los Integrantes del N.E.S. Se resume en los siguientes cuadros:**

**CUADRO N° 1**

**Cronograma de Actividades Semanales (N.E.S.)  
Período Anual**

LUNES	V. ASIST. SALAS 7:00 – 7:30 AM	CONS. EXT- CONSULTORIO 7:30 –12:00 M	HOSP. SALAS 7:30 –11:30 M	INT. QUIR. QUIRÓFANO 7:30 AM- 6:00 PM	
MARTES	V. DCTE. SALAS 7:00 – 8:00 AM	CONS. EXT. CONSULTORIO 8:00 – 11:30 AM	HOSP. SALAS 8:00 – 11:30 AM	MORBIMORTALIDAD 9:00 – 10:00 AM	V. ASIST. 2:00–3:00 PM
MIÉRCOLES	SEMINARIO DE POSTGRADO 7:00 – 8:00 AM	REVISTA. DOCENTE CON POSTGRADO 8:00 – 9:00 AM	R. CLIN. DPTO. AUDITORIO HUC 9:00 – 10:00 AM	ANAT.PATOLO. 10:30 – 11:30 AM	V.ASIST. 2:00–3:00 PM
JUEVES	V. ASIST. SALAS 7:00 – 7:30 AM	CONS. EXT. CONSULTA 7:30 – 11:30 AM	CONS. EXT. CONSULTORIO 7:30 – 11:30 AM	INT. QUIR. QUIRÓFANO 7:30 AM –6:00 PM	
VIERNES	TALLER DE LAPAROSCOPIA SALAS 7:00 – 8:00 AM	CONS. EXT. CONSULTA 8:00 – 10:00 AM	HOSP. REV. SALAS 8:00 – 10:00 AM	DISC. PREOP. SEMINARIO 8:00 – 9:00 AM	FICHA BIBLIOG. 10.00 – 11:00AM V. ASIT. 2:00 – 3:00 PM
SABADO	V. ASIST. SALAS D. de G. 8:00 9:00 AM				
DOMINGO	G. D. A. (24) HORAS	G. D. A. (24) HORAS	G. D. A. (24) HORAS	G. D. A. (24) HORAS	

V. ASIST.:	VISITA ASISTENCIAL
V. DCTE.:	VISITA DOCENTE
R. CLIN DPTO.:	REUNIÓN CLINICA DEPARTAMENTAL
CONS. EXT.:	CONSULTA EXTERNA
HOSP.:	HOSPITALIZACION
ANAT. PATOL.:	ANATOMIA PATOLOGICA
INT. QUIR.:	INTERVENCIONES QUIRURGICAS
DISC. PREOP.:	DISCUSION PREOPERATORIO
D. de G.:	DOCENTE DE GUARDIA
RES. E INT.:	RESIDENTES E INTERNOS
FICHA BIBLIOG.:	FICHA BIBLIOGRAFICA
G.D.A.:	GUARDIA DOCENTE ASISTENCIAL



## CUADRO N° 2

### ESTADÍSTICA DE CONSULTA EXTERNA (Enero - Noviembre 2010)

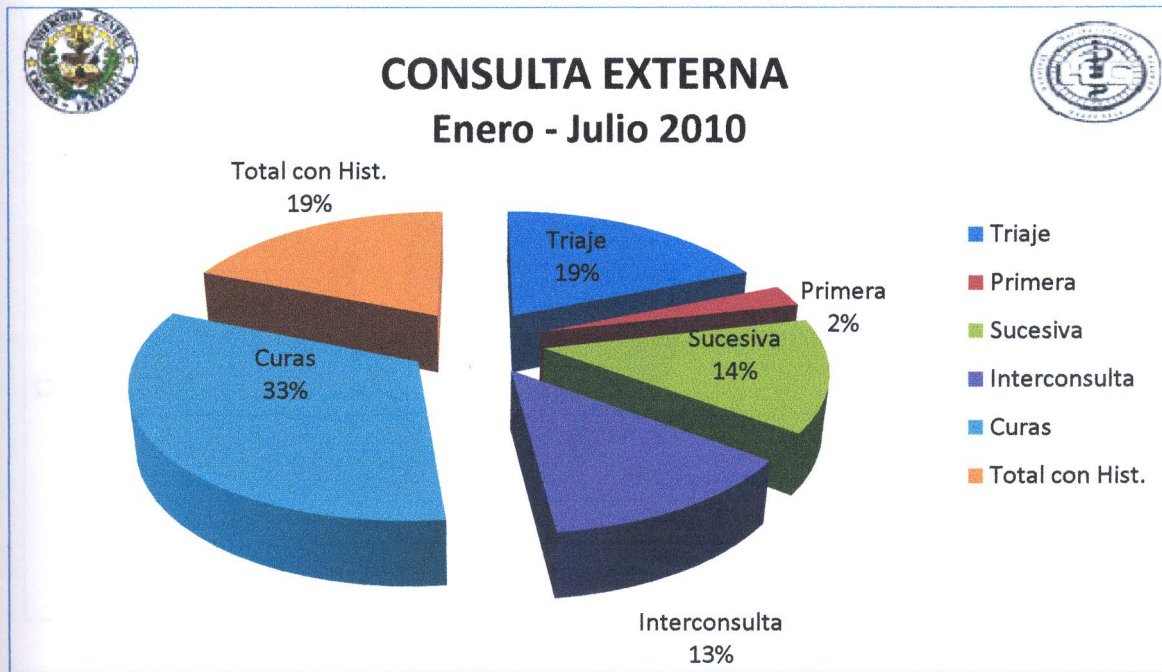
FECHA	TOTAL CON HISTORIA	PACIENTES VISTOS CON HISTORIA			CUIDADO AVANZADO DE HERIDAS (CURAS)*	TRIAJE
		P	S	IC		
					-	-
ENERO	70	3	62	5	134	105
FEBRERO	85	9	72	4	172	132
MARZO	117	14	92	11	246	37
ABRIL	109	15	84	10	196	140
MAYO	140	22	109	9	219	159
JUNIO	120	17	119	10	230	167
JULIO	70	34	65	7	249	82
AGOSTO	-----	-----	-----	-----	196	-----
SEPTIEMBRE	-----	-----	-----	-----	153	-----
OCTUBRE	-----	-----	-----	-----	143	-----
NOVIEMBRE	-----	-----	-----	-----	171	-----
<b>TOTAL:</b>	<b>711</b>	<b>115</b>	<b>603</b>	<b>569</b>	<b>2109</b>	<b>822</b>

(P) PRIMERA

(S) SUCESIVA

(IC) INTERCONSULTA

## GRÁFICO N° 1



El registro estadístico correspondiente a los meses Septiembre-Noviembre de la consulta externa no estaba disponible para el momento de la elaboración de este informe por falta de técnico de consulta externa

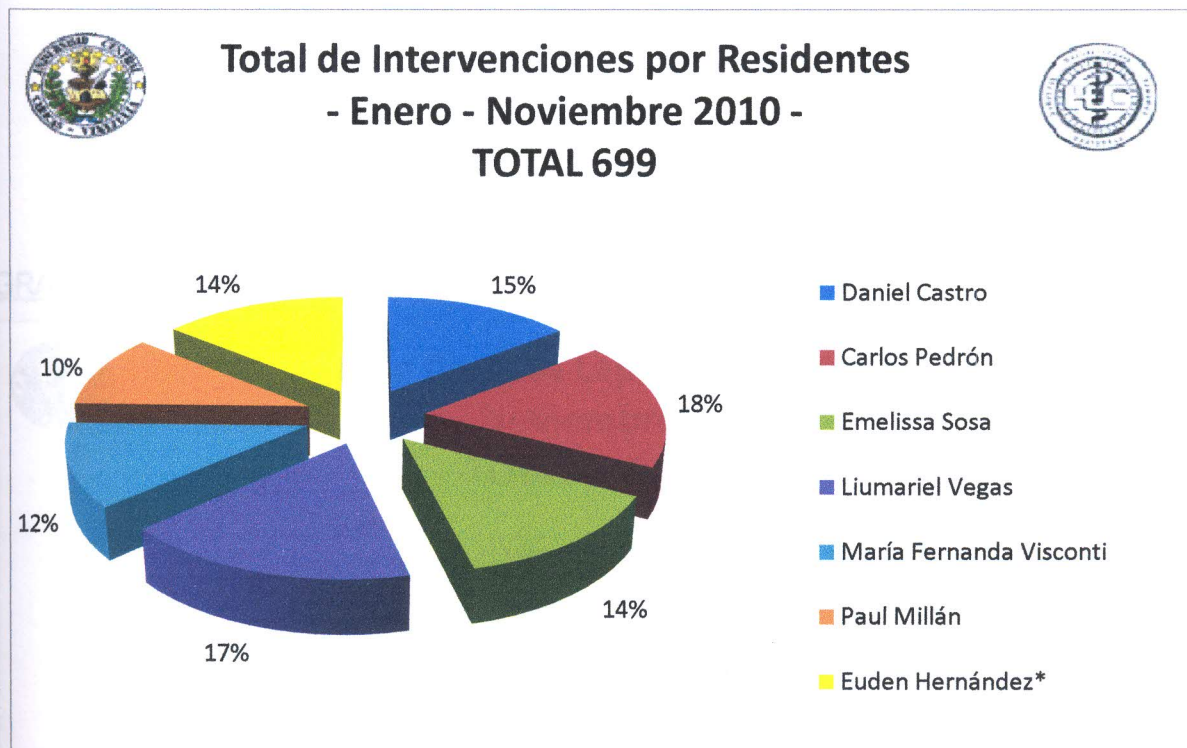


### CUADRO N° 3

#### TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR RESIDENTES 2010 (Enero – Noviembre)

Residente		Nº de Operaciones
Daniel Castro	RIII	101
Carlos Pedrón	RIII	127
Emelissa Sosa	RII	95
Liumariel Vegas	RII	121
María Fernanda Visconti	RII	83
Paul Millán	RII	73
Euden Hernández*	RI	99
<b>TOTAL</b>		<b>699</b>

### GRÁFICO N° 2



\* Se incorporó al Postgrado de Cirugía General en febrero 2010.



### CUADRO N° 4

#### TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR DOCENTES 2010 (Enero – Noviembre)

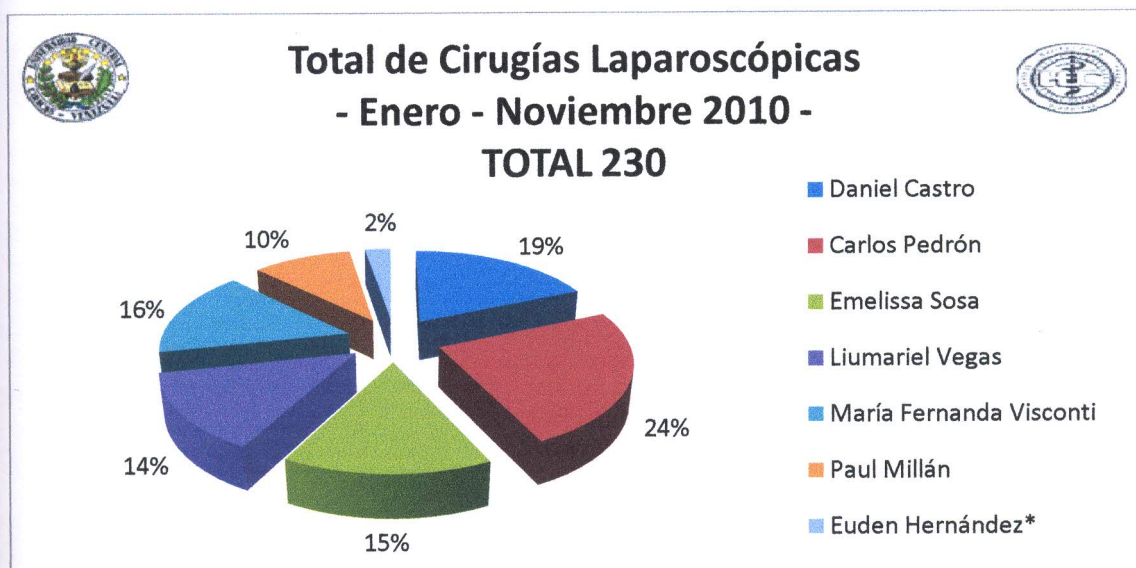
Adjunto Docente	Nº de Operaciones
Dr. Alexis Sánchez	6
Dra. Omaira Rodríguez	5
Dra. Renata Sánchez	1
Dr. Elías Nakhhal	2
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>

### CUADRO N° 5

#### TOTAL DE CIRUGIAS LAPAROSCÓPICAS 2010 (Enero – Noviembre)

Residente	Nº de Operaciones
Daniel Castro	43
Carlos Pedrón	56
Emelissa Sosa	34
Liumariel Vegas	32
María Fernanda Visconti	36
Paul Millán	23
Euden Hernández*	06
<b>TOTAL</b>	<b>230</b>

### GRÁFICO N° 3



\* Se incorporó al Postgrado de Cirugía General en febrero 2010.





CUADRO N° 6

**TOTAL DE CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS R3**

Residente	Nº de Operaciones
Daniel Castro	43
Carlos Pedrón	56
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>

GRÁFICO N° 4





## CUADRO N° 7

### TOTAL DE CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS R2

Residente	Nº de Operaciones
Emelissa Sosa	34
Liumariel Vegas	32
María Fernanda Visconti	36
Paul Millán	23
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>

## GRÁFICO N° 5



## CUADRO N° 8

### TOTAL DE CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS R1

Residente	Nº de Operaciones
Euden Hernández	06
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>

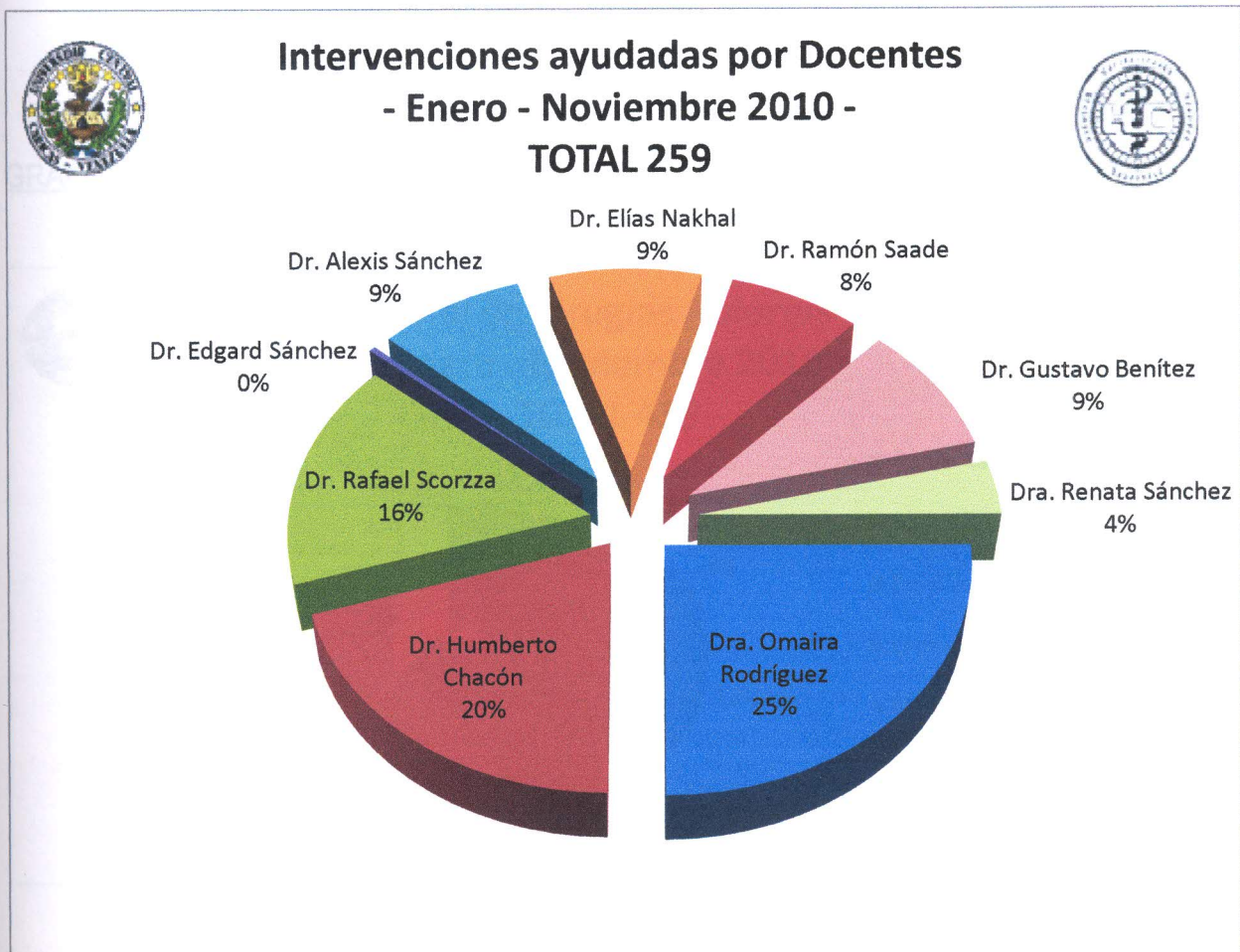


**CUADRO N° 9**

**AYUDADAS POR DOCENTES 2010 (Enero – Noviembre)**

Docente	Nº de Operaciones
Dra. Omaira Rodríguez	65
Dr. Humberto Chacón	52
Dr. Rafael Scorzza	42
Dr. Gustavo Benítez	24
Dr. Elías Nakhal	23
Dr. Alexis Sánchez	22
Dr. Ramón Saade	20
Dra. Renata Sánchez	10
Dr. Edgard Sánchez	01
<b>TOTAL</b>	<b>259</b>

**GRÁFICO N° 6**





### CUADRO N° 10

#### AYUDADAS POR JEFES QUIRURGICOS DE CIRUGÍA III 2010 (Enero – Noviembre)

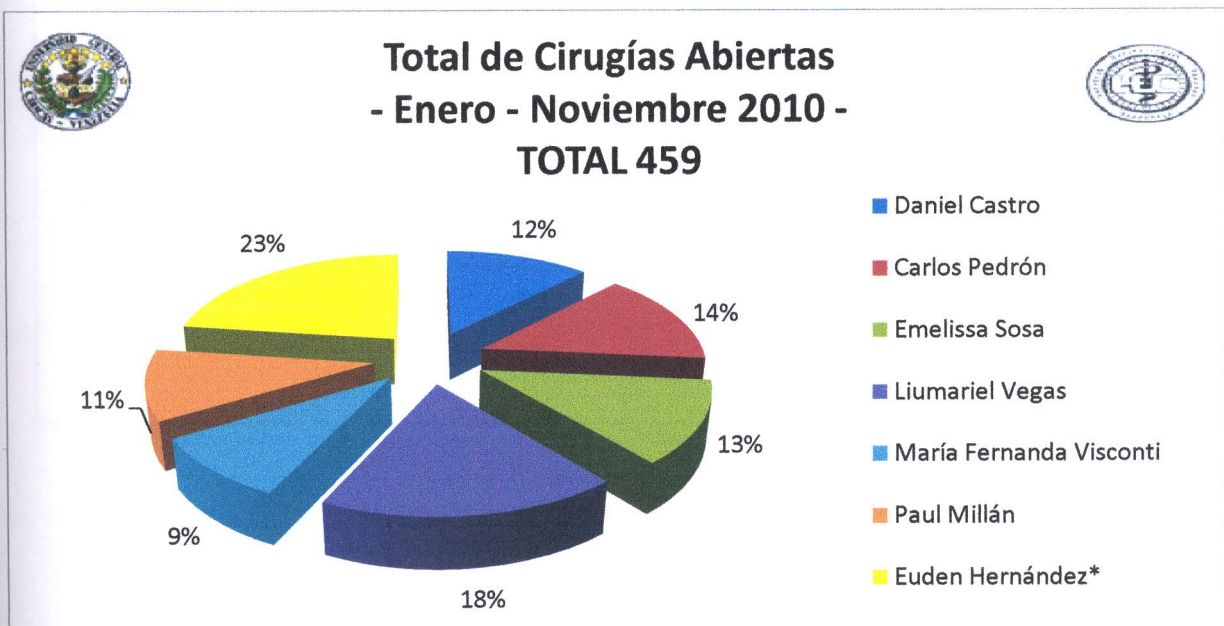
Jefe Quirúrgico	Nº de Operaciones
Dra. Omaira Rodríguez	30
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

### CUADRO N° 11

#### TOTAL DE CIRUGIAS ABIERTAS 2010 (Enero – Noviembre)

Residente	Nº de Operaciones
Daniel Castro	56
Carlos Pedrón	65
Emelissa Sosa	57
Liumariel Vegas	82
María Fernanda Visconti	43
Paul Millán	49
Euden Hernández*	104
<b>TOTAL</b>	<b>459</b>

### GRÁFICO N° 7



\* Se incorporó al Postgrado de Cirugía General en febrero 2010.

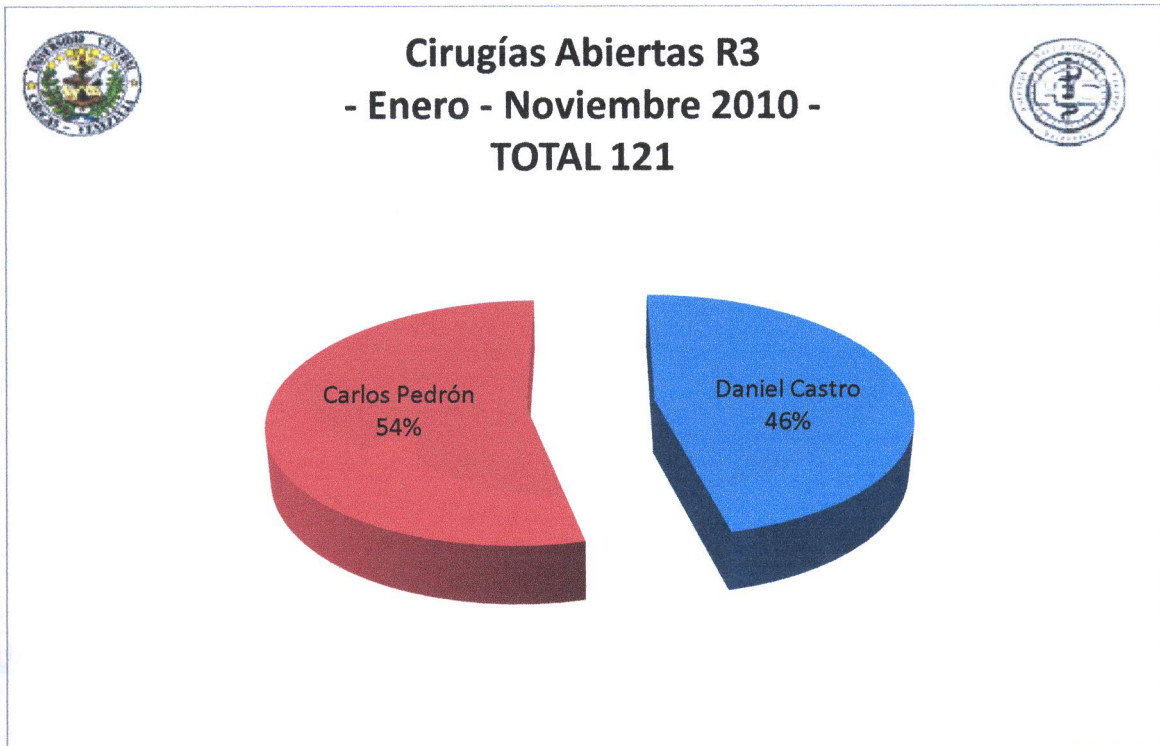


CUADRO N° 12

**TOTAL DE CIRUGIAS ABIERTAS R3**

<b>Residente</b>	<b>Nº de Operaciones</b>
Daniel Castro	56
Carlos Pedrón	65
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>

GRÁFICO N° 8



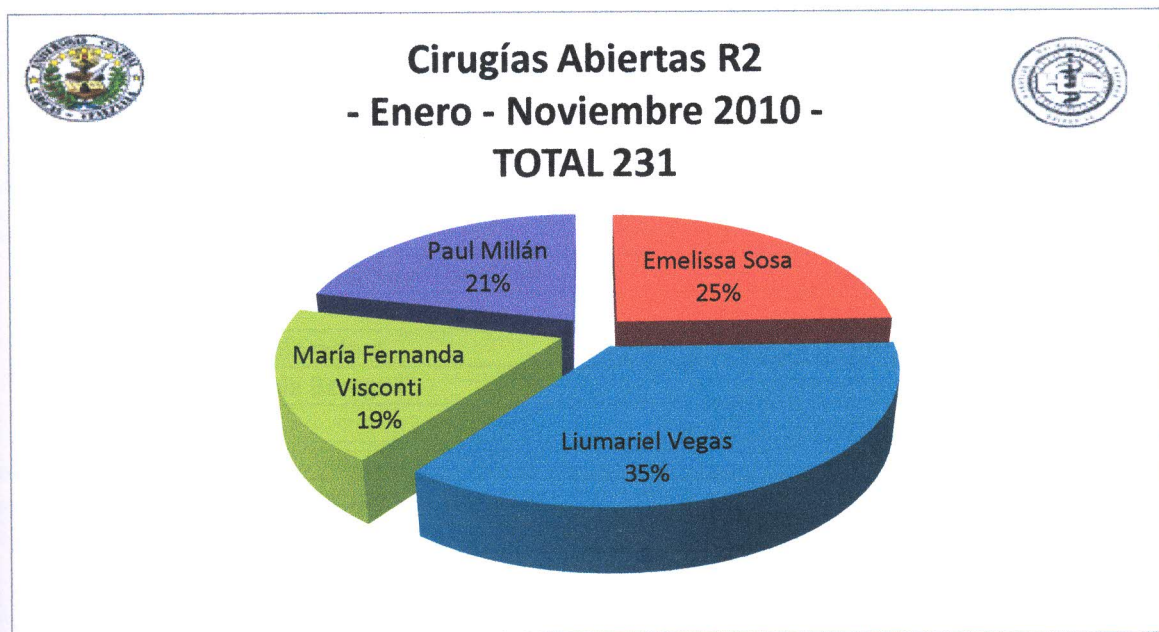


**CUADRO N° 13**

**TOTAL DE CIRUGIAS ABIERTAS R2**

Residente	Nº de Operaciones
Emelissa Sosa	57
Liumariel Vegas	82
María Fernanda Visconti	43
Paul Millán	49
<b>TOTAL</b>	<b>231</b>

**GRÁFICO N° 9**



**CUADRO N° 14**

**TOTAL DE CIRUGIAS ABIERTAS R1**

Residente	Nº de Operaciones
Euden Hernández*	104
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>

\* Se incorporó al Postgrado de Cirugía General en febrero 2010.



## CUADRO N° 15

### TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS 2010 (Enero – Noviembre)

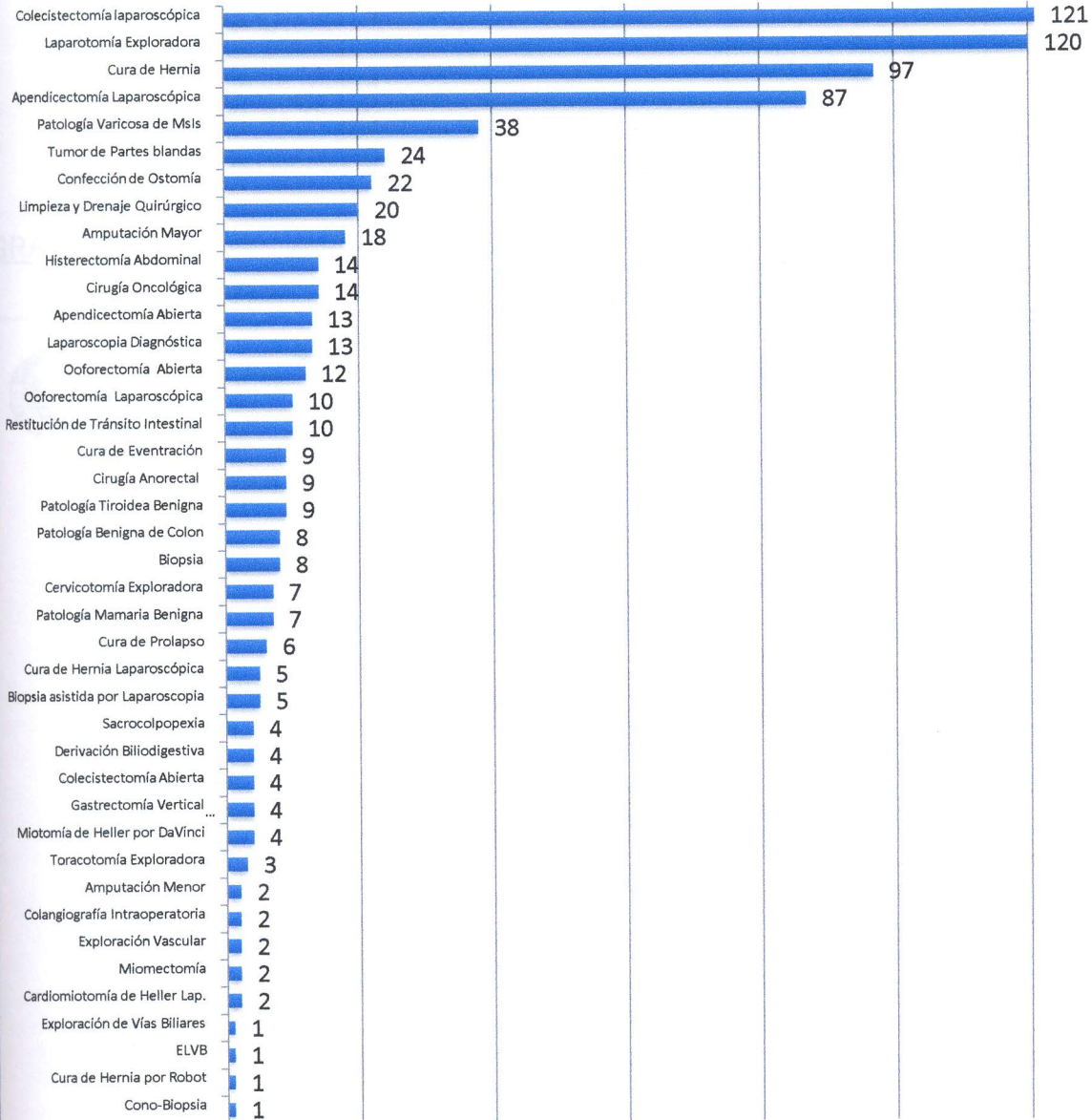
Tipo de Intervención Quirúrgica	Nº de operaciones
Colecistectomía Laparoscópica	121
Laparotomía Exploradora	120
Cura de Hernia	97
Apendicectomía Laparoscópica	87
Patología Varicosa de Miembros Inferiores	38
Tumor de Partes blandas	24
Confección de Ostomía	22
Limpieza y Drenaje Quirúrgico	20
Amputación Mayor	18
Histerectomía Abdominal	14
Cirugía Oncológica	14
Apendicectomía Abierta	13
Laparoscopia Diagnóstica	13
Ooforectomía y/o Salpingectomía abierta	12
Ooforectomía y/o Salpingectomía Laparoscópica	10
Restitución de Tránsito Intestinal	10
Cura de Eventración	9
Cirugía Anorectal	9
Patología Tiroidea Benigna	9
Cirugía de Colon por patología benigna	8
Biopsia	8
Cervicotomía Exploradora	7
Patología Mamaria Benigna	7
Cura de Prolapso	6
Cura de Hernia Inguinal Laparoscópica	5
Biopsia asistida por Laparoscopia	5
Sacrocolpopexia	4
Derivación Biliodigestiva	4
Colecistectomía Abierta	4
Gastrectomía Vertical Laparoscópica	4
Cardiomiectomía de Heller asistida por Robot	4
Toracotomía Exploradora	3
Amputación Menor	2
Colangiografía Intraoperatoria	2
Exploración Vascular	2
Miomectomía	2
Cardiomiectomía de Heller Laparoscópica	2
Exploración de Vías Biliares	1
Exploración Laparoscópica de Vías Biliares (ELVB)	1
Cura de Hernia Inguinal asistida por Robot	1
Cono- Biopsia	1
<b>TOTAL REALIZADAS</b>	<b>743</b>



# GRÁFICO N° 10



## Tipo de Intervenciones Quirúrgicas - Enero - Noviembre 2010 - TOTAL 743





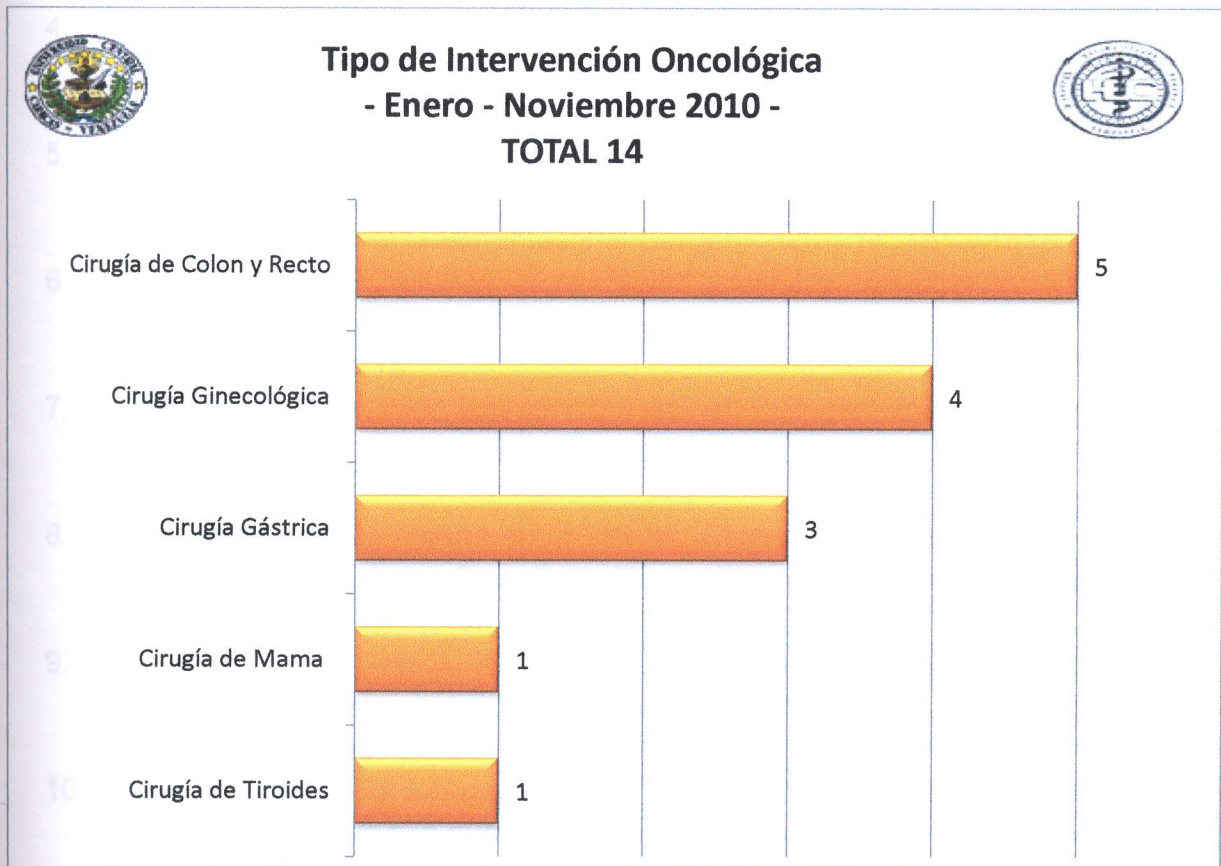


**CUADRO N° 16**

**TIPO DE INTERVENCIÓN ONCOLÓGICA 2010 (Enero – Noviembre)**

Tipo de Intervención Oncológica	Nº de operaciones
Cirugía de Colon y Recto	5
Cirugía Ginecológica	4
Cirugía Gástrica	3
Cirugía de Mama	1
Cirugía de Tiroides	1
<b>TOTAL REALIZADAS</b>	<b>14</b>

**GRÁFICO N° 11**





#### **A. 4 Fichas Bibliográficas de los Residentes del Postgrado**

Dr. Daniel Castro (R3):

1. Abbatini F.; Rizello M.; Casella G.; et al. Long-term effects of laparoscopic sleeve gastrectomy, gastric bypass, and adjustable gastric banding on type 2 diabetes. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 1005-1010.
2. Abdel-fattah M.; Ramsay L.; Pringle S.; et al. Evaluation of transobturator tapes (E-TOT) study: randomised prospective single-blinded study comparing inside-out vs. outside-in transobturator tapes in management of urodynamic stress incontinence: Short term outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 149:106-111
3. An J.; Baik Y.; Choi M.; et al. The prognosis of gastric cardia cancer after R0 resection. *The American Journal of Surgery* 2010; 199: 725-729.
4. Aretxabala X.; Leon J.; Hepp J.; et al. Gallbladder cancer: role of laparoscopy in the management of potentially resectable tumors. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 2192-2196
5. Ben-David K.; Sarosi G.; Cendan J.; et al. Technique of Minimally Invasive Ivor Lewis Esophagogastrectomy with Intrathoracic Stapled Side-to-Side Anastomosis. *Journal Gastrointestinal Surgery* 2010; 14: 1613-1618
6. Bose D.; Tamm E.; Liu J.; et al. Multidisciplinary Management Strategy for Incidental Cystic Lesions of the Pancreas. *The American College of Surgeons* 2010; 211(2): 205-215
7. Brody F.; Vaziri K.; Kasza J.; et al. Single Incision Laparoscopic Cholecystectomy. *Journal of American College of Surgeons* 2010; 220(2): e9-e13
8. Cellini C.; Hunt S.; Fleshman J.; et al. Stage IV Rectal Cancer with Liver Metastases: Is There a Benefit to Resection of the Primary Tumor?. *World Journal of Surgery* 2010; 34: 1102-1108.
9. Chang A.; Lee J.; Sawicki K.; et al. Rosemurgy A.; Morton C.; Rosas M.; et al. Outcomes After Esophagectomy in Patients With Prior Antireflux or Hiatal Hernia Surgery. *The Annals of Thoracic Surgery* 2010; 89: 1015-1023.
10. Dagher I.; Saloum P.; Lainas P.; et al. Laparoscopic liver resection for localized primary intrahepatic bile duct dilatation. *The American Journal of Surgery* 2010; 199(1): 131-135
11. Dalberg K.; Krawiec K.; Sandelin K. Eleven-Year Follow-Up of a Randomized Study of Pectoral Fascia Preservation After Mastectomy for Early Breast Cancer. *World Journal of Surgery* 2010; 34: 2539-2544



12. Gong Y.; Xu J.; Shao J.; et al. Prevention of seroma formation after mastectomy and axillary dissection by lymph vessel ligation and dead space closure: a randomized trial. *The American Journal of Surgery* 2010; 200 (3): 352-356.
13. Halfdanarson T.; McWilliams R.; Donohue J.; et al. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma. *The American Journal of Surgery* 2010; 199: 797-803.
14. Hawasli A; Kandeel A; Meguid A; et al. Single-incision laparoscopic cholecystectomy (SILC): A refined technique. *The American Journal of Surgery* 2010; 199 (3): 289-293.
15. Houwert R.; Roovers JP.; Venema P.; et al. Outcome and complications of retropubic and transobturator midurethral slings translated into surgical therapeutic indices. *The American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2010; 202:75.e1-e7
16. Huh J; Kim H; Kim Y.; et al. Anastomotic leakage after laparoscopic resection of rectal cancer: The impact of fibrin glue. *The American Journal of Surgery* 2010; 199 (4): 435-441.
17. Imasato M; Shimazu K; Tamaki Y; et al. Long-term follow-up results of breast cancer patients with sentinel lymph node biopsy using periareolar injection. *The American Journal of Surgery* 2010; 199 (4): 442-446.
18. Itani K.; Fitzgibbons R.; Awad S.; et al. Management of Recurrent Inguinal Hernias. *Journal of American College of Surgeon* 2009; 209(5): 653-658.
19. Kaneoka Y.; Yamaguchi A.; Isogai M.; et Al. Survival Benefit of Hepatopancreatoduodenectomy for Cholangiocarcinoma in Comparison to Hepatectomy or Pancreatoduodenectomy. *World Journal of Surgery* 2010; 34: 2662-2670
20. Karakas E.; Steinfeldt T.; Gockel A.; et al. Transoral thyroid and parathyroid surgery. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 1261-1267.
21. Kim J., Cho S.; Min B.; et al. Risk Factors for Anastomotic Leakage after Laparoscopic Intracorporeal Colorectal Anastomosis with a Double Stapling Technique. *Journal of American College of Surgeons* 2009; 209(6): 694-701
22. Kim B.; Oh S.; Yook J.; et al. Typical carcinoids and neuroendocrine carcinomas of the stomach: differing clinical courses and prognoses. *The American Journal of Surgery* 2010; 200 (3): 328-333.
23. Lai E.; Ngai T.; Li M.; et al. Laparoscopic approach of surgical treatment for primary hepatolithiasis: a cohort study. *The American Journal of Surgery* 2010; 199: 716-721.
24. Lanzarini E.; Csendes A.; Lembach H.; et al. Evolution of Type 2 Diabetes Mellitus in Non Morbid Obese Gastrectomized Patients with Roux en-Y Reconstruction: Retrospective Study. *World Journal of Surgery* 2010; 34: 2098-2102



25. Laubert T.; Kleemann M.; Schorcht A. Laparoscopic resection rectopexy for rectal prolapsed: a single-center study during 16 years. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 2401-2406
26. Lee C.; Wu K.; Huang K.; et al. Long-term survival outcomes of laparoscopically assisted radical hysterectomy in treating early-stage cervical cancer. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2010; 203: 165.e1-e7.
27. Lee J.; Young K.; Mi R.; et al. Differences in postoperative outcomes, function, and cosmesis: open versus robotic thyroidectomy. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 3186-3194
28. Lee S.; Nomura E.; Bouras G.; et al. Long-Term oncologic outcomes from laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: A single-center experience of 601 consecutive resections. *Journal of American Colleges of Surgeons* 2010; 211 (1): 33-39.
29. Malzoni M.; Tinelli R.; Consentino F.; et al. Laparoscopic radical hysterectomy with lymphadenectomy in patients with early cervical cancer: Our instruments and technique. *Surgical Oncology* 2009; 18:289-297
30. Mekel M.; Stephen A.; Gaz R.; et al. Surgical drains can be safely avoided in lateral neck dissections for papillary thyroid. *The American Journal of Surgery* 2010; 199 (4): 485-490.
31. Murakami Y.; Uemura K.; Sudo T.; et al. Number of Metastatic Lymph Nodes, but Not Lymph Node Ratio, Is an Independent Prognostic Factor after Resection of Pancreatic Carcinoma. *The American College of Surgeons* 2010; 211(2): 196-204
32. Nasr M.; Ezzat H.; Elsebae M. Botulinum Toxin Injection Versus Lateral Internal Sphincterotomy in the Treatment of Chronic Anal Fissure: A Randomized Controlled Trial. *World Journal of Surgery* 2010; 34: 2730-2734
33. Okabe H.; Obama K.; Kan T.; et al. Medial Approach for Laparoscopic Total Gastrectomy with Splenic Lymph Node Dissection. *The American College of Surgeons* 2010; 211(1): e1- e6
34. Oki M.; Asato H.; Suzuki Y.; et al. Salvage reconstruction of the oesophagus: a retrospective study of 15 cases. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2010; 63: 589-597.
35. Oonk M.; van Hemel B.; Hollema H.; et al. Size of sentinel-node metastasis and chances of non-sentinel-node involvement and survival in early stage vulvar cancer: results from GROINSS-V, a multicentre observational study. *The Lancet Oncology* 2010; 11: 646-652.
36. Pham T.; Perry K.; Dolan J.; et al. Comparison of perioperative outcomes after combined thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy and open Ivor-Lewis esophagectomy. *The American Journal of Surgery* 2010; 199: 594-598.



37. Pugliese R.; Maggioni D.; Sansonna F.; et al. Subtotal gastrectomy with D2 dissection by minimally invasive surgery for distal adenocarcinoma of the stomach: Results and 5-year survival. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 2594-2602
38. Puntambekar S.; Agarwal G.; Joshi S.; et al. Thoracoscopic in the lateral position for esophageal cancer: The experience of a single institution with 112 consecutive patients. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 2407-2414
39. Rosemurgy A.; Morton C.; Rosas M.; et al. A Single Institution's Experience with More than 500 Laparoscopic Heller Myotomies for Achalasia. *The Journal of American College of Surgeons*. 2010; 210 (5): 637-645.
40. Sarlos D.; Kots L.; Stevanovic N.; et al. Robotic hysterectomy versus conventional laparoscopic hysterectomy: Outcome and cost analyses of a matched case – control study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology* 2010; 150: 92-96.
41. Schoppmann S.; Prager G.; Langer F.; et al. Open versus minimally invasive esophagectomy: a single-center case controlled study. *Surgical Endoscopy* 2010; 24: 3044-3053
42. Stulberg J.; Champagne B.; Fan Z.; et al. Emergency laparoscopic colectomy does it measure. *The American Journal of Surgery* 2009; 197(3): 296-301
43. Yonemura Y.; Endou Y.; Sasaki T.; et al. Surgical treatment for peritoneal carcinomatosis from gastric cancer. *The Journal of Cancer Surgery* 2010; 36: 1131-1138
44. Yoon B.; Park H.; Seong S.; et al. Single-Port Laparoscopic Salpingectomy for the Surgical Treatment of Ectopic Pregnancy. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2010; 17 (1): 26-29.

Dr. Carlos Pedrón (R3):

1. Dong H, Woon K, Sang W, Tae S, Jung-In P, Seok-Byung L. Learning curves for laparoscopic sigmoidectomy used to manage curable sigmoid colon cancer: single-institute, three-surgeon experience. *Surg Endosc* 2009; 23:622-628.
2. Yang Y, Zhou W, Xiang-Yan L, Xiao-Feng Z, Qing-Fu C. Therapeutic efficacy comparison of two surgical procedures to treat middle thoracic esophageal carcinoma. *World J Surg* 2010; 34:272-276.
3. Rodriguez J, Palazuelos C, Diez M, Gutierrez J, Martín J, Figuero C. Evaluación del entrenamiento de residentes en cirugía laparoscópica en el laboratorio basado en un modelo de anastomosis digestivas. *Cir Esp* 2010; 87(1):20-25.



4. Varadhan K, Humes D, Neal K, Lobo D. Antibiotic therapy versus appendectomy for acute appendicitis: A Meta-Analysis. *World J Surg* 2010; 34:199-209.
5. Jeon M, Moon Y, Jung H, Lim K, Yang H, Kim S. A long-term treatment outcome of abdominal sacrocolpopexy. *Yonsei Med J* 2009; 50:807–813.
6. Atlan A. A different technique of primary indirect inguinal hernia repair by inserting a synthetic mesh into the pre and retroperitoneal spaces to wrap the peritoneal reflection: preliminary report. *Int J Med Upd* 2010; 5(1):29-34.
7. Descottes B, Bagot d'Are M. Fibrin sealant in inguinal hernioplasty: an observational multicentre study in 1,201 patients.
8. Hove M, Pool-Goudzwaard A, Eijkemans M, Steegers-Theunissen R, Burger C, Vierhout M. Pelvic floor muscle function in a general population of women with and without pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2010; 21:311-319.
9. Lieng M, Lomo A, Qvigstad E. Long-term outcomes following laparoscopic and abdominal supracervical hysterectomies. *Inter Obs Gynec* 2010; 41:210-216.
10. Memisoglu K, Karip B, Mestan M, Onur E. The value of preoperative diagnostic test in acute appendicitis, retrospective analysis of 196 patients. *W J Emerg Surg* 2010; 5:89-94.
11. Lee T, Kim J, Kim D, Kim Y, Lee K, Kim B. Necessity of radical hysterectomy for endometrial cancer patients with cervical invasion. *J Korean Med Sci* 2010; 25:552-556.
12. Gokel I, Timm S, Sgourakis G, Musholt T, Rink A, Lang H. Achalasia—If surgical treatment fails: Analysis of remedial surgery. *J Gastrointest Surg* 2010; 14:46-53.
13. Lim M, Kang S, Song Y, Park S, Park Y. Feasibility and safety of extensive upper abdominal surgery in elderly patients with advanced epithelial ovarian cancer. *J Korean Med Sci* 2010; 25:1034-1040.
14. Conrado-Abrao F, Das-Neves J, Fernandes A, Biscegli F. Thoracoscopic approach in the treatment of breast cancer relapse in the internal mammary lymph node. *Int Cardvas and Thor Surg* 2010; 12:86-89.
15. Figueiredo J, Siegel C, Nahrendorf M, Weissieder R. Intraoperative Near-Infrared fluorescent cholangiography (NIRFC) in mouse models of bile duct injury. *World J Surg* 2010; 34:336-343.
16. Lee Y, Nam K, Chung W, Chang H, Park C. Postoperative complications of thyroid cancer in a single center experience. *J Korean Med Sci* 2010; 25:541-545.



17. Hidaka T, Nakashima A, Shima T, Hasegawa T, Saito S. Systemic lymphadenectomy cannot be recommended for low-risk corpus cancer. *Gin Obs Int* 2010; 31:114-119
18. Selman T, Mann C, Zamora J, Appleyard T, Khan K. Diagnostic accuracy of tests for lymph node status in primary cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2008; 178(7):855-862.
19. Chien C, Chien R, Yen C, Fang K, Liu C, Lin C, et al. The role of endoscopic ultrasonography examination for evaluation and surveillance of gastric subepithelial masses. *Chan Gung Med J* 2010; 33:73-80.
20. Huang M, Slomovitz B, Ramirez P. Transperitoneal versus extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in patients with cervical cancer. *Rev Obstet Gynecol* 2009; 2(2):101-106.
21. Fitzgerald R, Hardwick R, Huntsman D. Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. *J Med Genet* 2010; 47:436-444.
22. Pomar P, Zamora P, Segui O, Rosello L. Laparoscopic surgery into mixed hiatal hernia. Results pre-operative and post-operative. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101(9):623-630.
23. Rodriguez J, Vial G, Herrera R, Araneda T. Colectomía laparoscópica transumbilical: una técnica reproducible. *Rev Chil Cir* 2010; 62(1):33-36.
24. Madureira F, Madureira F, Bustani A, Madureira D. Quality of life after Heller-Dor's cardiomyotomy. *Rev Col Bras Cir* 2009; 36(3):193-198.
25. Cardenas J, Adams S, Bhat S, Randall T. Surgical outcomes of Robotic-assisted surgical staging for endometrial cancer are equivalent to traditional laparoscopic staging at a minimally invasive surgical center. *Gynecologic Oncology* 2010; 117:224-228.
26. Kashyap S, Gatmaitan P, Brethauer S, Schauer P. Bariatric surgery for type 2 diabetes: Weighing the impact for obese patients. *Cleveland Clinic J Medicine* 2010; 77:468-476.
27. Ross S, Clark W, Morton C, Rosemurgy A. Access for laparoendoscopic single site surgery. *Diag Terap Endos* 2010; 5:10-15.
28. Bertleff M, Lange J. Perforated peptic ulcer disease: A review of history and treatment. *Dig Surg* 2010; 27:161-169.



Dra. Emelissa Sosa (R2):

1. El-Gazzaz G, Hull T, Hammel J, et al. Does a laparoscopic approach affect the number of lymph nodes harvested during curative surgery for colorectal cancer? *Surgical Endoscopy* (2010) 24:113–118
2. Costi R, Mazzeo A, Tartamella f, et al. Cholecystocholedocholithiasis: a case–control study comparing the short- and long-term outcomes for a “laparoscopy-first” attitude with the outcome for sequential treatment (systematic endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy) *Surgical Endoscopy* (2010) 24:51–62
3. Barbaros U, Dinccag A, Sumer A, et al. Prospective randomized comparison of clinical results between hand-assisted laparoscopic and open splenectomies. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:25–32
4. Warsi A, Peyser P. Laparoscopic resection of gastric GIST and benign gastric tumours: evolution of a new technique. *Surgical Endoscopic* (2010) 24:72–78
5. Van Heijl M, Sprangers M, de Boer A, et al. Lagarde, Preoperative and Early Postoperative Quality of Life Predict Survival in Potentially Curable Patients with Esophageal Cancer. *Annals Surgery Oncology* 2010; 17:23-30
6. Vermeulen J, Lange J. Treatment of Perforated Diverticulitis with Generalized Peritonitis: Past, Present, and Future. *World Journal of Surgery* 2010; 34:587–593
7. Wiseman J, Mossanen M, Ituarte P, et al. An Algorithm Informed by the Parathyroid Hormone Level Reduces Hypocalcemic Complications of Thyroidectomy. *World Journal of Surgery* 2010; 34:532–537
8. Faries M. Survival and the Sentinel Lymph Node in Melanoma. *Annals Surgery Oncology* 2010; 17:18–20
9. Vermeulen J, Lange J. Treatment of Perforated Diverticulitis with Generalized Peritonitis: Past, Present, and Future. *World Journal Surgery* (2010) 34:587–593
10. Fujii T Yanagita Y, Fujisawa T. Implication of Extracapsular Invasion of Sentinel Lymph Nodes in Breast Cancer: Prediction of Nonsentinel Lymph Node Metastasis. *World Journal Surgery* (2010) 34:544–548
11. Dionigi G, Congiu T, Rovera F, et al. The Middle Thyroid Vein: Anatomical and Surgical Aspects. *World Journal Surgery* (2010) 34:514–520
12. Horanyi J, Duffek L, Szlavik R, et al. Intraoperative Determination of PTH Concentrations in Fine Needle Tissue Aspirates to Identify Parathyroid Tissue During Parathyroidectomy. *World Journal Surgery* (2010) 34:538–543





13. Paluszkiwicz P, Dudek W, Daulatzai N, et al. T-tube Duodenocholangiostomy for the Management of Duodenal Fistulae. *World Journal Surgery* (2010) 34:791–796
14. Schroder W, Holscher A, Bludau m, et al. Ivor-Lewis Esophagectomy With and Without Laparoscopic Conditioning of the Gastric Conduit. *World Journal Surgery* (2010) 34:738–743
15. Schreinemakers J, Vriens M, Valk G. Factors Predicting Outcome of Total Thyroidectomy in Young Patients with Multiple Endocrine Neoplasia Type 2: A Nationwide Long-Term Follow-up Study. *World Journal Surgery* (2010) 34:852–860
16. Stillwell A, Buettner P, Ho Y. Meta-Analysis of Survival of Patients with Stage IV Colorectal Cancer Managed with Surgical Resection Versus Chemotherapy Alone. *World Journal Surgery* (2010) 34:797–807
17. Paluszkiwicz P, Dudek W, Daulatzai N, et al. T-tube Duodenocholangiostomy for the Management of Duodenal Fistulae. *World Journal Surgery* (2010) 34:791–796
18. Schroder W, Holscher A, Bludau m, et al. Ivor-Lewis Esophagectomy With and Without Laparoscopic Conditioning of the Gastric Conduit. *World Journal Surgery* (2010) 34:738–743
19. Schreinemakers J, Vriens M, Valk G. Factors Predicting Outcome of Total Thyroidectomy in Young Patients with Multiple Endocrine Neoplasia Type 2: A Nationwide Long-Term Follow-up Study. *World Journal Surgery* (2010) 34:852–860
20. Stillwell A, Buettner P, Ho Y. Meta-Analysis of Survival of Patients with Stage IV Colorectal Cancer Managed with Surgical Resection Versus Chemotherapy Alone. *World Journal Surgery* (2010) 34:797–807
21. Bertleff M, Lange J. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literatura. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1231–1239
22. Glantzounis G, Ziogas D, Baltogiannis G, et al. Open versus laparoscopic versus robotic gastrectomy for cancer: need for comparative-effectiveness quality. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1510–1512
23. Hanif F, Ahmed Z, Abdel Samie M, et al. Laparoscopic transcystic bile duct exploration: the treatment of first choice for common bile duct stones. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1552–1556
24. Nagpal K, Ahmed K, Vats A, et al. Is minimally invasive surgery beneficial in the management of esophageal cancer? A meta-analysis. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1621–1629
25. Schlager A, Khalailah A, Shussman N, et al. Providing more through less: current methods of retraction in SIMIS and NOTES cholecystectomy. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1542–1546



26. Moo Kang C, Hyun Kim D, Jung Lee W, et al. Ten years of experience with resection of left-sided pancreatic ductal adenocarcinoma: evolution and initial experience to a laparoscopic approach. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1533–1541
27. Muensterer O, Adibe O, Harmon C, et al. Single-incision laparoscopic pyloromyotomy: initial experience. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1589–1593
28. Telem D, Vine A, Swain G, et al. Laparoscopic subtotal colectomy for medically refractory ulcerative colitis: the time has come. *Surgical Endoscopy* (2010) 24:1616–1620
29. Seeliger H, Christians S, Angele M, et al. Risk factors for surgical complications in distal Pancreatectomy. *The American Journal of Surgery* (2010) 200, 311–31
30. Taflampas P, Christodoulakis M, de Bree E, et al. Preoperative decision making for rectal cancer. *The American Journal of Surgery* (2010) 200, 426–432
31. Corneille M, Gallup T, Bening T, et al. The use of laparoscopic surgery in pregnancy: evaluation of safety and efficacy. *The American Journal of Surgery* (2010) 200, 363–367
32. Sergent F, Desilles N, Lacoume Y, et al. Biomechanical analysis of polypropylene prosthetic implants for hernia repair: an experimental study. *The American Journal of Surgery* (2010) 200, 406–412
33. Zehetner J, DeMeester S, Ayazi S, et al. Long-term Follow-up After Anti-reflux Surgery in Patients with Barrett's Esophagus *Journal Gastrointestinal Surgery* (2010) 14:1483–1491
34. Mayo S, Shore A, Nathan H, et al. National Trends in the Management and Survival of Surgically Managed Gallbladder Adenocarcinoma Over 15 years: A Population-Based Analysis *Journal Gastrointestinal Surgery* (2010) 14:1578–1591
35. DePaula A, Stival A, Halpern A, et al. Thirty-Day Morbidity and Mortality of the Laparoscopic Ileal Interposition Associated with Sleeve Gastrectomy for the Treatment of Type 2 Diabetic Patients with BMI <35: An Analysis of 454 Consecutive Patients. *World Journal of Surgery* (2010) DOI 10.1007/s00268-010-0799-3
36. Sawada T, Kubota K, Kita J, et al. Clinical Outcome of Hepatectomy for Hepatocellular Carcinomas <2 cm (2010) DOI 10.1007/s00268-010-0851-3
37. Chen D, Shi H, Dong H, et al. Gasless single-incision laparoscopic appendectomy. *Surgical Endoscopy* DOI 10.1007/s00464-010-1416-0
38. Jeong S, Lee Y, Park S, et al. Risk of recurrence after laparoscopy-assisted radical gastrectomy for gastric cancer performed by a single surgeon. *Surgical Endoscopy* DOI 10.1007/s00464-010-1286-5
39. Schneider C, Cobb W, Scott J, et al. Rapid excess weight loss following laparoscopic gastric bypass leads to increased risk of internal hernia *Surgical Endoscopy* DOI 10.1007/s00464-010-1444-9



- 
40. Uematsu D, Akiyama G, Magishi A. Radical lymphadenectomy for advanced colon cancer via separation of the mesocolon into two layers as in filleting fish. *Surgical Endoscopy* DOI 10.1007/s00464-010-1439-6

Dra. Liumariel Vegas (R2):

1. Xu J, Shen B, Li Y, et al. Enormous Goiter in Posterior Mediastinum: Report of 2 Cases and Literature Review. *J Formos Med Assoc* 2009;108(4):337–343.
2. Catafesta M, Rosano M, Carneiro F, et al. A Critical Analysis of 33 patients with substernal goiter treated by neck incision. *Brazilian journal of otorhinolaryngology* 75 (2) march/april 2009.
3. Erbil Y, Barbaros U, Ozbey N, et al. Risk Factor of Incidental Parathyroidectomy after Thyroidectomy for benign thyroid disorders. *International Journal of Surgery* 7 (2009) 58–61.
4. Miccoli P, Minuto M, Berti P, Materazzi G. Update on the Diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer. *The Quarterly Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, Vol 53.Nº 5. Oct 2009.
5. Acea B. Cirugía sin Cicatrices Visible en el Tratamiento del Cáncer de Mama. *Cir Esp* Ene2009.
6. Myung J, Yeo J, Hyun J, et al. A Long-Term Treatment Outcome of Abdominal Sacrocolpopexy. *Yonsei Med J* 50(6):807-813, 2009.
7. Koning G, de Schipper H, Oostvogel, et al. The Tilburg double blind randomised controlled trial comparing inguinal hernia repair according to Lichtenstein and the transinguinal preperitoneal technique. <http://www.trialsjournal.com/content/10/1/89>
8. Metaxas G, Tangalos A, Pappa P, et al. Mucinous cystic neoplasms of the mesentery: a case report and review of the literature. *World Journal of Surgical Oncology* 2009, 7:47
9. Na Wang, X; Liang, H. Some Problems in the Surgical Treatment in Gastric Cancer. *Chinese Journal of Cancer* 2010. [www.cjcsysu.cn](http://www.cjcsysu.cn).
10. Sheng P, Song H, Yang Z, et al. Metaanalysis of laparoscopyassisted distal gastrectomy and conventional open distal gastrectomy for early gastric cancer. *Chinese Journal of Cancer* 2010. [www.cjcsysu.cn](http://www.cjcsysu.cn).
11. Choi S, Yeoi K, Jin S, et al. Single port laparoscopic right hemicolectomy with D3 dissection for advanced colon cancer. January 21, 2010 Volume 16 Issue 3.
12. Muntean V, Oniu T, Lungoci C, et al. Staging Laparoscopy in Digestive Cancers. *J Gastrointest Liver Dis*. December 2009 Vol.18 No 4, 461-467



13. Turhan A, Kapan S, Kutukc, et al. Comparison of operative and non operative management of acute appendicitis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009;15(5):459-462.
14. Lieng M, Birthe A, Qvigstad E. Long-Term Outcomes Following Laparoscopic and Abdominal Supracervical Hysterectomies. *ObstGyn Int.* 2010:2-6.
15. Ma K, Chia N, Yeung H, et al. If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies. *Hong Kong Med J* 2010;16:12-7.
16. Twijnstra A, Kianmanesh N, Smeets M, et al. Twenty-first century laparoscopic hysterectomy: should we not leave the vaginal step out?. *Gynecol Surg* (2009) 6:311–316.
17. Nosov V, Su F, Amneus M, et al. Validation of serum biomarkers for detection of early-stage ovarian cancer. *JUNE 2009 American Journal of Obstetrics & Gynecology.*
18. Roett M, Evans P. Ovarian Cancer: an Overview. <http://www.aafp.org/afp/20090915/609-s1.html>.
19. Kunisaki C, Takahashi M, Fukushima T, et al. The influence of stage migration on the comparison of surgical outcomes between D2 gastrectomy and D3 gastrectomy (para-aortic lymph node dissection): a multi-institutional retrospective study. *The American Journal of Surgery* (2008) 196, 358–363.
20. Tabrizian P, Nguyen S, Divino C. Laparoscopic Management and Longterm Outcomes of Gastrointestinal Stromal Tumors. *the American College of Surgeons* Vol. 208, No. 1, January 2009
21. Bertleff M, Halm J, Bemelman W, et al. Randomized Clinical Trial of Laparoscopic Versus Open Repair of the Perforated Peptic Ulcer: The LAMA Trial. *World J Surg* (2009) 33:1368–1373.
22. Saifuku Y, Yamagata M, Koike T, et al. Endoscopic ultrasonography can diagnose distal biliary strictures without a mass on computed tomography. *World J Gastroenterol* 2010 January 14; 16(2): 237-244.
23. Ziogas D, Roukos D. CDH1 Testing: Can it Predict the Prophylactic or Therapeutic Nature of Total Gastrectomy in Hereditary Diffuse Gastric Cancer?. *Ann Surg Oncol* (2009) 16:2678–2681.
24. Brun J, Rouzier R, Selle F, et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery for stage III/IV ovarian cancer: contribution of diagnostic laparoscopy. *BMC Cancer* 2009, 9:171.
25. Horisoko E, Tsushima Y, Taketomi A, et al. Essential Pre-treatment imaging examinations in patients with endoscopically-diagnosed early gastric cancer. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2010, 10:33.
26. Katsios C, Baltogiannis G, Roukos D. Laparoscopic Surgery for Gastric Cancer: comparative-effectiveness research and future trends. *Expert Rev. Anticancer Ther.* 10(4), 473–476 (2010).



27. Muntean V, Oniu T, Lungoci C, et al. Staging Laparoscopy in Digestive Cancer. *J Gastrointest Liver Dis* 18 (4) 461-467(2009).
28. Tsai H, Chuang C, Lin Z, et al. Factors relating to the short term effectiveness of percutaneous biliary drainage for hilar cholangiocarcinoma. *World J Gastroenterol* 2009 November 7; 15(41): 5206-5210.
29. Craft R, Harold K. Laparoscopic Repair of Incisional and Other Complex Abdominal Wall Hernias. *The Permanente Journal*, 2009; 13(3): 38-42.
30. Theodoropoulou K, Lethaby D, Hill J, et al. Laparoscopic Hernia Repair: a Two-Port Technique. *JLS*, 2010; 14: 103-105.
31. Gallegos J, Gurudu S. Complex Colon Polypectomy. *Gastroenterol Hepatol* 2010; 6(6): 375-382.
32. Janot M, Belyaev O, Kersting S, et al. Indications and Early Outcomes for Total Pancreatectomy at High-Volume Pancreas Center. *HBP Surg* 2010; 2010: 1-8.
33. Colagiuri S. Diabetes: Therapeutic Options. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 12: 463-473, 2010.
34. Kueper M, Kramer K, Kirschniak A, et al. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: Standardized Technique of a Potential Stand-alone Bariatric Procedure in Morbidly Obese Patients. *World J Surg* (2008) 32:1462-1465.
35. Lee J, Yun J, Nam K, et al. Perioperative clinical outcomes after robotic thyroidectomy for thyroid carcinoma: a multicenter study. *Surg Endosc* (2010).
36. Lee J, Yun J, Nam K. The Learning Curve for Robotic Thyroidectomy: A Multicenter Study. *Ann Surg Oncol* (2010).
37. Scorzzari G, Toppino M, Famiglietti F, et al. 10- Year Follow up of Laparoscopic Vertical Banded Gastroplasty: Good Results in Selected Patients. *Ann Surg* 2010;252:831-839.
38. Giuliano A, McCall L, Beitsch P, et al. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases. *Ann Surg* 2010;252: 426-433.
39. Miller H, Mukherjee R, Tian J, et al. Colonoscopy Surveillance After Polypectomy May be Extended Beyond Five Years. *J Clin Gastroenterol* 2010;44:e162-e166.
40. Melstrom L, Melstrom K, Wang E, et al. Ductal Carcinoma In Situ. Size and Resection Volume Predict Margin Status. *Am J Clin Oncol* 2010;33: 438-442.
41. Eshuis W, Van der Gaag N, Rauws E, et al. Therapeutic Delay and Survival After Surgery for Cancer of the Pancreatic Head With or Without Preoperative Biliary Drainage. *Ann Surg* 2010;252:840-849.
42. Purnaras D, Osborne A, Hawkins S, et al. Remission of Type 2 Diabetes After Gastric Bypass and Banding *Mechanisms and 2 Year Outcomes. Ann Surg* 2010;252:966-971.



43. Maeso S, Reza M, Mayol J. Efficacy of the Da Vinci Surgical System in Abdominal Surgery Compared With That of Laparoscopy. *A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Surg* 2010;252: 254–262.
44. Wolf F, Way L, Stewart L. The Efficacy of Medical Team Training: Improved Team Performance and Decreased Operating Room Delays *A Detailed Analysis of 4863 Cases. Ann Surg* 2010;252: 477–485.

Dra. María Fernanda Visconti (R2):

1. Sebron Harrison et al. Characteristics and Outcomes of Patients Undergoing Debridement of Pancreatic Necrosis. *J Gastrointest Surg* (2010) 14:245–251
2. Vicky Ka Ming Li et al. Use of routine intraoperative endoscopy in elective laparoscopic colorectal surgery: can it further avoid anastomotic failure? *Surg Endosc* Feb 2009
3. Gui-Zhou Xiao et al. Central Lymph Node Metastasis: Is It a Reliable Indicator of Lateral Node Involvement in Papillary Thyroid Carcinoma?. *World J Surg* (2010) 34:237–241
4. Guido Woeste et al. Increased Serum Levels of C-Reactive Protein Precede Anastomotic Leakage in Colorectal Surgery *World J Surg* (2010) 34:140–146
5. Marijke C. Et al. The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *Int Urogynecol J* (2009) 20:1037-1045
6. Pankaj G. Et al. Laparoscopic total extraperitoneal repair of recurrent inguinal hernias. *Surg Endosc* (2010) 24: 450-454
7. Joseph D. Et al. The Delphian Lymph Node in Thyroid Cancer. *Ann Surg* 2008;247:477-482
8. Cowgill S. Et al. Laparoscopic Heller Myotomy for Achalasia: results after 10 years *Surg Endosc* (2009) 464
9. Luis Sabater et al. Neoplasias de páncreas y periampulares: morbimortalidad, resultados funcionales y supervivencia a largo plazo. *Cir Esp.* (2009); 86 ( 3 ) : 159 – 166
10. Valentin Muntean et al. Staging Laparoscopy in Gastric Cancer. Accuracy and Impact on Therapy. *J Gastrointest Liver Dis* ( 2009 ) Vol.18 No 2, 189-195
11. Al- Mashat F et al. Sister Mary Joseph’s nodule of the umbilicus: Is it always of gastric origin? A review of eight cases at different sites of origin. *Indian Journal of Cancer* 2010 Vol. 47 (1) 65-69
12. Sheikh Anwar Abdullah Ampullary carcinoma: Effect of preoperative biliary drainage on surgical outcome. *World J Gastroenterol* 2009 June 21; 15(23):



2908-2912

13. Katsuhiko Higuchi et al. Current Management of Esophageal Squamous-Cell Carcinoma in Japan and Other Countries. *Gastrointestinal Cancer Research* Vol 3. I 4 (2009): 153-161
14. Horgan S. Et al. Natural orifice surgery: initial clinical experience. *Surg Endosc* (2009) 23:1512–1518
15. Descottes B. Et al. Fibrin sealant in inguinal hernioplasty: an observational multicentre study in 1,201 patients. *Hernia* (2009) 13:505–510
16. Lieng Marit et al. Long-Term Outcomes Following Laparoscopic and Abdominal Supracervical Hysterectomies. *Obstetrics and Gynecology International* (2009): 1-6
17. Beom Jin Kim et al. Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Early Gastric Cancer in Patients with Comorbid Diseases. *Gut and Liver, Vol. 4, No. 2, June 2010, pp. 186-191*
18. Woo Jin Hyunget al. Preoperative Imaging of Sentinel Lymph Nodes in Gastric Cancer Using CT Lymphography. *Yonsei Med J* 51(3): 407-413, 2010
19. Hao Zhang et al. Surgery offer a better survival outcome compared to D1 surgery for gastric cancer? A result based on a hospital population of two decades as taking D2 surgery for reference. *BMC Cancer* 2010, 10:308
20. Philippe Ah Soune et al. Large endoscopic mucosal resection for colorectal tumors exceeding 4 cm. *World J Gastroenterol* 2010 February 7; 16(5): 588-595
21. Cristina Fotopouliou et al. Systematic pelvic and aortic lymphadenectomy in intermediate and high-risk endometrial cancer: Lymph node mapping and identification of predictive factors for lymph node status. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010
22. Takao Hidaka et al. Lymphadenectomy cannot be recommended for low risk Corpus Cancer. *Rev of Obstetrics and Gynology Tomaya Japan* 2009
23. Marilyn Huang et al. Transperitoneal versus extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in patients with cervical cancer. *Rev in Obstetrics & Gynecology*. 2009
24. Tara J. Selman et al. Diagnostic accuracy of test for lymph node status in primary cervical cancer: a systematic review and metaanalysis. *CMAJ* 2008
25. Beom Jin Kim et al. Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Early Gastric Cancer in Patients with Comorbid Diseases. *Gut and Liver, Vol. 4, No. 2, June 2010, pp. 186-191*
26. Woo Jin Hyunget al. Preoperative Imaging of Sentinel Lymph Nodes in Gastric Cancer Using CT Lymphography. *Yonsei Med J* 51(3): 407-413, 2010
27. Hao Zhang et al. Surgery offer a better survival outcome compared to D1 surgery for gastric cancer? A result based on a hospital population of two decades as taking D2 surgery for reference. *BMC Cancer* 2010, 10:308



28. Philippe Ah Soune et al. Large endoscopic mucosal resection for colorectal tumors exceeding 4 cm. *World J Gastroenterol* 2010 February 7; 16(5): 588-595
29. Bosker Robert et al. Elective laparoscopic recto-sigmoid resection for diverticular disease is suitable as a training operation. *Int J Colorectal Dis* (2010) 25:471–476
30. Cheng-Chih Chang et al. Laparoscopically Assisted vs Open Colectomy for Colon Cancer. *Arch Surg.* 2007;142:298-303.
31. Birendra K Sah. Gastric cancer surgery: Billroth I or Billroth II for distal gastrectomy?. *BMC Cancer* 2009, 9:428
32. Cheng-Chih Chang, Preoperative Serum C-reactive Protein and Gastric Cancer; Clinical-pathological Correlation and Prognostic Significance. *Chang Gung Med J* Vol. 33 No. 3 May-June 2010
33. Madhu Ragupathiet al. Robotic-Assisted Laparoscopic “Salvage” Rectopexy for Recurrent Ileoanal J-Pouch Prolapse. *Gastroenterology Research and Practice* Volume 2010:1-4
34. 2. Jeffrey Vermeulen et al. Treatment of Perforated Diverticulitis with Generalized Peritonitis: Past, Present, and Future. *World J Surg* (2010) 34:587–593
35. 3. Yasumitsu Hirano et al. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: Single institution experience and literature review. *World J Gastroenterol* 2010 January 14; 16(2): 270-274
36. 4. Marietta J. O. E. Bertleff et al. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice?. *Surg Endosc* (2010) 24:1231–1239
37. Chang-Mu Sung et al. Predictive factors for lymph node metastasis in early gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2010 November 7; 16(41): 5252-5256
38. Hao Zhang et al. Does D3 surgery offer a better survival outcome compared to D1 surgery for gastric cancer? A result based on a hospital population of two decades as taking D2 surgery for reference. *BMC Cancer* 2010, 10:308
39. Jyewon Song et al. Role of robotic gastrectomy using da Vinci system compared with laparoscopic gastrectomy: initial experience of 20 consecutive cases. *Surg Endosc* (2009) 23:1204–1211
40. Min-Chan Kim et al. Robotic gastrectomy for gastric cancer: surgical techniques and clinical merits. *Surg Endosc* (2010) 24:610–615

Dr. Paul Millán (R2):

1. Averbach, M y cols. Robotic rectosigmoidectomy – pioneer case report in brazil. *Arq gastroenterology.* 2010 v. 47 n°. 1
2. Winson, JH y cols. An audit study of the sensitivity and specificity of ultrasound, fine needle aspiration cytology and frozen section in the evaluation of thyroid malignancies. *Annals academy of medicine.* 2010; 39:359-62





3. Chan, JK. Y cols. The potential therapeutic role of lymph node resection in epithelial ovarian cancer: a study of 13918 patients. *British journal of cancer*. 2007. 96: 1817-22
4. Moreno, C y Cols. Cirugía laparoscópica a través de incisión única. *Cirugía Española*. 2010; 88(1): 12-17
5. Kossi, J y Cols. Initial experience of the feasibility of single-incision laparoscopic appendectomy in different clinical conditions. *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy*. 2010. 240260
6. Kashyap, S y Cols. Bariatric surgery for type 2 diabetes: weighing the impact for obese patients. *Cleveland clinic journal of medicine*. 2010. v77. Nº 7
7. Wook, T y Cols. Comparison of laparoscopic versus conventional open surgical staging procedure for endometrial cancer. *J Gynecol Oncol*. 2010. Vol 21. 2:106-11
8. Oshiro, E y Cols. Desarrollo multidisciplinario de la cirugía robótica en un hospital universitario de tercer nivel: organización y resultados. *Cirugía Española*. 2010;87(2):95-100
9. Robles, R y cols. El trasplante hepático aumenta la resecabilidad R0 y la supervivencia de los pacientes con tumor de Klagskin irresecable no diseminado. *Cirugía Española*. 2010;87(2): 82-88
10. Alustiza, J y Cols. Factores de riesgo de mortalidad postoperatoria en el cáncer colorrectal: seguimiento de una cohorte en una unidad especializada. *Cirugía Española* 2010; 87(2): 101-107
11. Bannura, G y cols. Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer del tercio superior del recto y de colon sigmoides: análisis comparativo. *Revista chilena de cirugía*. Dic 2009. Vol 61 Nº 6, pag 538-543
12. Lanzarini, E y cols. Carcinoma medular de tiroides: experiencia de 20 años. *Revista Chilena de Cirugía*. Febrero 2010 Vol 61 Nº 1
13. Rodríguez, J y cols. Colecistectomía laparoscópica transumbilical: una técnica reproducible. *Revista Chilena de Cirugía*. Febrero 2010 Vol 61 Nº 1
14. Muñoz, C y cols. Hernioplastia incisional con prolene Hernia System®: Reporte de casos. *Revista Chilena de Cirugía*. Febrero 2010 Vol 61 Nº 1
15. Mathias, A.L y cols. Presente y Futuro de la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*. Febrero 2010 Vol 61 Nº 1
16. Ramia, J y cols. Ampulectomía transduodenal como tratamiento del adenoma de ampolla de Vater. *Rev. Cirugía Española*. 2010;87(3) pag 178-192.
17. Sánchez, B. y cols. Tratamiento de las lesiones vasculares retroperitoneales producidas por abordaje laparoscópico mediante maniobra de Cattell-Braash. *Cirugía Española*. 2010;87(3) pag 124-130.
18. Morandeira, A y cols. Simulador de bajo costo para el entrenamiento de habilidades laparoscópicas básicas. *Cirugía Española*. 2010;87(1) pag 26-32.



19. Sciarrafia, C y cols. Absceso retroperitoneal: una complicación infrecuente de la apendicectomía laparoscópica. *Rev Chilena de Cirugía*.2002;54(4) pag 401-403
20. Katsios, C y cols. Laparoscopic surgery for gastric cáncer: comparative-effectiveness research and future trends. *Expert Review anticancer therapy*.2010;10(4):473-476
21. Sheng Peng, J. Meta-analysis of laparoscopy-assisted distal gastrectomy and conventional open distal gastrectomy for early gastric cáncer. *Chinesse Journal of Cancer*.2010
22. Wang, L y cols. A systematic review and meta-analysis of the Chinese literatura for the treatment of achalasia. *World Journal of Gastroenterology*. 2008;14(38):5900-5907.
23. Roll, G y cols. A controversy that has been though to swallow: is the treatment of achalasia now digested?. *Journal of Gastroenterology Surgical*. 2010;14(1):533-545
24. Takayama, M y Cols. The exúdate of pressure ulcers contains a substantial amount of vascular endothelial growth factor. *Tohoku J. Exp. Med*. 2010;221:315-319
25. Braghetto, I y Cols. Indicaciones de cirugía antirreflujo: ¿buenos y malos candidatos para cirugía? *Revision bibliográfica y experiencia personal*. *Rev. Med. De Chile* 2010;138:605-611
26. Busquets, J y Cois. Tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma pancreático mediante duodenopancreatectomía céfálica (parte 1). *Complicaciones postoperatorias en 204 casos en un centro de referencia*. 2009;85:128-135
27. Grimer, R y cols. Guidelines for the management of soft tissue sarcomas. *Hindawi Corp. Of Sacoma*.2010 id: 506182
28. Gallegos J.; Suryakanth R.; Gurudu. *Complex Colon Polypectomy*.
29. Hung B.; Yau C. *Technological Innovations in Surgical Approach for Thyroid Cancer*
30. Eisenberg D.; Andrew J.; Duffy.; et al.. *Does Preoperative Weight Change Predict Postoperative Weight Loss after Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass in the Short Term?*
31. Cariani S.; Agostinelli L.; Leuratti L. et al. *Bariatric Revisionary Surgery for Failed or Complicated Vertical Banded Gastroplasty (VBG): Comparison of VBG Reoperation (re-VBG) versus Roux-en-Y Gastric Bypass-on-VBG (RYGB-on-VBG)*



Dr. Euden Hernández (R1):

1. Stocchi L. Current indication and role of surgery in the management of sigmoid diverticulitis. *World Journal of Gastroenterology*. 2010;16(7):804-817
2. Horgan S.; Kullen J.P.; et al. Natural orifice surgery; initial clinical experience. *Surgical Endoscopy*. 2009;23:1512-1518
3. Janssen P.L.; Klinge U.; et al. Risk factors for early recurrence after inguinal hernia repaired. *BNC Surgery*. 2009;9:18
4. Ray A.A.; Davies E.T.; et al. The management of treatment-resistant biliary calculi using percutaneous endourologic techniques. *Journal Of Canadian Surgery*. 2009;52(5);407-422
5. Kai-Hsiung K.; Chih-Yung Y.; et al. Perforated sigmoid colon cancer with an irreducible inguinal hernia: a case report. *Korean Journal of Radiology*.2010;11(2):231-233
6. Cirocchi R.; Farinella E.; et al. The sigmoid volvulus: surgical timing and mortality for different clinical types. *Worlds Journal of Emergency Surgery*. 2010;5:1
7. Bringman S.; Conze J., et al. Hernia Repair: the search for ideal meshes. *Hernia*.2010; 14:81-87
8. Memisoglu K.; Karip B.; et al. The value of preoperative diagnostic tests in acute appendicitis, retrospective analysis of 196 patients. *World Journal of Emergency Surgery*. 2010; 5:5.
9. Shu-wuang J.; Zhe-yu C.; et al. A rare case of periampullary carcinoma with ectopic ending of Vater's ampulla. *World Journal of Gastroenterology*. 2009;15(37):4729-4731
10. Rendic E.; Aldea V. Manejo avanzado de heridas. *BMC Surgery*. 2010.
11. Janssen P.L.; Klinge U.; et al. Risk factors for early recurrence after inguinal hernia repaired. *BNC Surgery*. 2009;9:18
12. Toure L.; Bédard J.; et al. Intrapancreatic accessory spleen mimicking a pancreatic endocrine tumour. *Journal of Canadian Surgery*. 2010;57(1):E1-E2.
13. Zhang Q.; Yu J.W.; et al. Gastrointestinal stromal tumor of stomach with inguinal lymph nodes metastasis: a case report. *World Journal of Gastroenterology*. 2010;16(14):1808-1810
14. Wauben L.; Goossens R.; et al. Evaluation of operative notes concerning laparoscopic cholecystectomy: are standards being met? *World Journal of Surgery*. 2010;34:903-909
15. Díez M.; Ruiz-Tovar J.; et al. Paraesophageal hiatal hernia. Open vs. laparoscopic surgery. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2009;101(10):706-711



16. Tada H.; teramukai S.; et al. Risk factors for lower lymphedema after lymph node dissection in patients with ovarian and uterine carcinoma. *BMC Cancer* 2009; 9:47
17. Ray A.A.; Davies E.; et al. The management of treatment-resistant biliary calculi using percutaneous endourologic techniques. *Journal of Canadian Surgery*. 2009;52(5):407-412
18. Hidaka T.; Nakashima A.; et al. Systemic lymphadenectomy cannot be recommended for low-risk corpus cancer. *Obstetrics and Gynecology International*. 2010
19. Garg C.P.; Vaidya B.; et al. Efficacy of laparoscopy in complicated appendicitis. *International Journal of Surgery*. 2009:1-3
20. Shaha A.R. Advances in the management of thyroid cancer. *International Journal of Surgery*. 2005;3:213-220
21. Katherine Fairhurst, Andrew Strickland et al. Painless obstructive jaundice secondary to a common bile duct abscess: A delayed sequel of cholecystectomy. *HBP surgery, Volume 2009, article ID 628197*
22. Annelien N Morks, Bastiaan R Klarenbeck et al. Current surgical treatment of the diverticular disease in the Netherlands. *World Journal of gastroenterology* 2010 April 14, 1742-1746
23. F. Leblanc, B. J. Champagne et al. Single Incision Laparoscopic Colectomy: Technical Aspects, Feasibility, and Expected Benefits. *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Volume 2010, Article ID*
24. Halil Alis, Mehmet A Bozkurt et al, Case report: acute pancreatitis caused by postcholecystectomic hemobilia. *BMC Gastroenterology* 2010, 10:75
25. Juan Blas Ballester Sapiña, Pedro Juan González Noguera et al. Cirugía mamaria radioguiada. Evolución del uso de técnicas miniinvasivas y situación actual. *Cir Esp*. 2008;83(4):167-72 167
26. José Enrique Casal Núñez, Alejandro Ruano Poblador et al. Morbilidad y mortalidad tras la intervención de Hartmann por peritonitis de origen diverticular (grados III-IV de Hinchey)- 214 *Cir Esp*. 2008;84(4):210-4
27. Guillermo Chávez-Reyes(1) Sara J. Chirinos-Caraza, Safenectomía ambulatoria segmentaria. *56 Acta Med Per*. 23(2) 2006
28. Ruben Martin Alvarez, Liney Balcazar Garcia et al, La importancia de la resección del hígado en el quiste tirogloso, reporte de dos casos pediátricos. *Salud en tabasco Enero-Agosto , año/vol 11, numero 1-2, pppp 330.343*
29. Italo Braguetto M., Owen Korn B, et al. Indicaciones de cirugía antirreflujo: ¿Buenos y malos candidatos para la cirugía? Revisión bibliográfica y experiencia personal *Rev Med Chile* 2010; 138: 605-611



- 
30. Ali Ayhan<sup>1</sup>, Mehmet Coskun Salman, et al. Factores pronósticos en los tumores de células de la granulosa del adulto de ovario: un análisis retrospectivo de 80 casos. *J Gynecol Oncol* Vol. 20, No. 3:158-163, September 2009 DOI:10.3802/jgo.2009.20.3.158
  31. Ramón Antonio Saade<sup>1</sup>, Gustavo Adolfo Benítez et al, Tratamiento laparoscópico de la apendicitis aguda EN en la cátedra de clínica y terapéutica quirúrgica "C", de la escuela de medicina "LUIS RAZETTI", Servicio de Cirugía III, Hospital Universitario de Caracas. *Revista de la Facultad de Medicina*, Volumen 31 - Número 2, 2008 (123-127)
  32. Takao Hidaka, Akitoshi Nakashima et al, Linfadenectomía sistémica no puede ser recomendado para Cáncer de Corpus de bajo riesgo, Hindawi Publishing Corporation *Obstetrics and Gynecology International* Volume 2010, Article ID 490219, 5 pages doi:10.1155/2010/490219



## B) ACTIVIDADES ASISTENCIALES

Estas actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a la función de asistencia médica que tiene asignada la Cátedra – Servicio y en la cual se identifican las siguientes áreas asistenciales:

1. Hospitalización
2. Quirófano
3. Consulta Externa
4. Guardia Hospitalaria

1. La hospitalización está dividida en dos grandes sectores:

Sector A: Sala A (mujeres) y la mitad de habitaciones privadas y semiprivadas. Total: 25 camas

Sector B: Sala B (hombres) y la otra mitad de habitaciones privadas y semiprivadas. Total 25 camas

Actualmente se encuentran asignadas 8 camas por la Dirección (Emergencias) del Hospital Universitario de Caracas. (Desde el año 2005)

La jefatura de estos sectores (A y B) fue ejercida rotativamente cada 8 días por un (1) médico docente de guardia, quien tuvo la obligación de la visita diaria a dichos sectores, a primera hora de la mañana, acompañados por el resto del personal docente, médicos internos, residentes y bachilleres del 3º y 5º año.

A su vez, cada día hubo un equipo responsable de la Hospitalización.

Cuando las metas logradas sean aceptables, no nos satisfacen; pueden mejorarse con el concurso de ciertos factores (personal médico, quirófano, mejor utilización de la



Consulta Externa, mejor Coordinación con el Servicio – Cátedra de Anestesiología, menos adjudicación de camas prestadas a otros Servicios, etc.)

Las actividades de Hospitalización (visita diaria, admisión y egresos de pacientes, atención de pre y post-operatorio, etc.) se vieron complementadas con otras no menos importantes y estrechamente vinculadas al área en cuestión (Hospitalización).

Nos referimos a:

Reuniones Anatomoclínicas	Enero – Noviembre 2010
Celebradas en el Primer Semestre	25
Presentadas por Cirugía III	05

- La Reunión Anatomoclínica semanal del Departamento de Cirugía General, días miércoles de (9:00 – 10:00 am)
- La Reunión semanal de Morbimortalidad de la Cátedra – Servicio C-III, martes de 9:00a.m. a 10:00 a.m.
- La Reunión semanal de Discusión Preoperatorio de Conducta Quirúrgica, de la Cátedra – Servicio Cirugía III, viernes de 8:00 a.m. a 9:00 a.m.
- Reunión de Anatomía Patológica, miércoles de 11:00 a.m. a 12:00 a.m.
- Reunión Interhospitalaria, se realiza una vez semestral (Sábado)

Estas reuniones que constituyen así mismo actividades docentes, son a nuestro criterio, trascendentales para la mejor formación de los estudiantes y médicos en capacitación de postgrado para mejor conocimiento y tratamiento de nuestros enfermos.



De seguidas reseñamos lo más importante de ellas:

- REUNIONES ANATOMOCLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

Presentadas por el Servicio de Cirugía III:

- Manejo de la coledocolitiasis compleja (Dr. Carlos Pedrón)
- Poliposis yeyunal como causa de intususcepción intestinal en el adulto (Dr. Daniel Castro)
- Resección multivisceral de cáncer de colon localmente avanzado (Dr. Carlos Pedrón)
- Leiomioma simplástico (Dra. Emelissa Sosa)
- Poliposis colónica (Dr. Carlos Pedrón)

- REUNIONES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

Presentadas por el Servicio de Cirugía III:

- Teratoma de Ovario  
Dra. Emelissa Sosa
- Colitis Isquémica como hallazgo incidental post-traumático  
Dr. Paúl Millán
- Pseudotumor inflamatorio abdominal  
Dra. Liumariel Vegas
- Paraganglioma Intestinal metastásico  
Dra. María Fernanda Visconti
- Leiomioma gigante  
Dra. María Fernanda Visconti

- REUNIONES INTERHOSPITALARIAS

Ninguna durante el año 2010





• REUNIONES SEMANALES DOCENTES DE MORBIMORTALIDAD

Enero 2010 – Noviembre 2010

<b>Caso</b>	<b>Residente</b>
PO tardío laparotomía biliar por absceso hepático, c/c fístula Biliar.	Dr. Carlos Pedrón
PO tardío de laparotomía exploradora c/c colección intraabdominal. Cirugía control de daños	Dra. Emelissa Sosa
Trauma cervical, torácico y abdominal penetrante por arma de fuego	Dra. Liumariel Vegas
Mt hepática de primario desconocido c/c ascitis	Dr. Paul Millán
PO tardío de laparotomía exploradora c/c fístula biliar	Dr. Carlos Pedrón
Colectomía total + ileostomía por isquemia posterior a trauma contuso	Dr. Carlos Pedrón
Ca de cuello uterino estadio IV. Confección de colostomía en asa	Dra. Liumariel Vegas
Lesión vesical iatrogénica	Dr. Paul Millán
Úlcus péptico perforado	Dra. Emelissa Sosa
PO tardío de colecistectomía subtotal laparoscópica c/c colección intraabdominal	Dra. María F. Visconti
PO tardío de hemicolectomía izquierda por trauma abdominal penetrante por arma de fuego c/c colección intraabdominal	Dr. Daniel Castro
PO tardío de apendicectomía abierta por peritonitis apendicular c/c colección intraabdominal	Dr. Euden Hernández
Úlcus péptico c/c hemorragia	Dr. Paúl Millán



PO inmediato de laparotomía exploradora c/c muerte	Dra. Liumariel Vegas
PO inmediato de laparotomía exploradora por ulcus péptico perforado c/c muerte	Dra. Liumariel Vegas
PO tardío de toracotomía amplia + cervicotomía bilateral por arma de fuego c/c fuga de rafia esofágica	Dr. Daniel Castro
PO tardío de Laparotomía Exploradora: Sepsis p/p abdominal	Dr. Paúl Millán
Citoreducción subóptima de ovario	Dr. Daniel Castro
P.O. Tardío histerectomía abdominal total complicada con hematoma abscedado.	Dra. María F: Visconti
3 <sup>er</sup> día P.O. laparotomía exploradora por HAF (Hemicolectomía izquierda + Hartmann, duodeno-yeyuno anastomosis).	Dr. Carlos Pedrón
P.O. Amputación supracondilea derecha. c/c Muerte.	Dr. Paul Millán
<b>Total</b>	<b>21</b>



• REUNIONES SEMANALES DOCENTES DE DISCUSIÓN PREOPERATORIA

Enero 2010 – Noviembre 2010

Diagnóstico	Conducta	Residente
Ca de mama ductal infiltrante estadio IV	Mastectomía Radical Modificada tipo Madden	Dr. Daniel Castro Dra. María Malaspina
Tumor gástrico submucoso	Marcaje con tinta china. Laparoscopia diagnóstica: resección en cuña vs Akiyama	Dr. Euden Hernández Dra. María F. Visconti Dr. Daniel Castro
LOE hepático: hemangioma	Evaluación por Dr. Julio Quintero. Hepatectomía	Dra. Emelissa Sosa
Tumor de ovario, litiasis vesicular + neoplasia pancreática	Laparoscopia diagnóstica: ooforectomía. Colectomía abierta. Enucleación	Dr. Euden Hernández Dra. María F. Visconti
Tumor de ovario	Laparoscopia diagnóstica: ooforectomía	Dra. María Malaspina
Tumor de ovario. Litiasis vesicular	Laparoscopia diagnóstica: ooforectomía. Colectomía laparoscópica	Dr. Tony De Freitas
LOE hepático: hiperplasia nodular focal vs hepatocarcinoma	Biopsia hepática por laparoscopia	Dr. Paul Millán
PO tardío de laparotomía biliar + tubo de Kehr	Colangiografía Trans Kehr – Retiro de tubo de Kehr	Dr. Daniel Castro
Hernia hiatal vs. eventración diafragmática	Evaluación y resolución quirúrgica por Cx. De Tórax	Dr. Daniel Castro
Esfínter esofágico hipotensivo. Obesidad Mórbida	Cardiomiotomía de Heller + Funduplicatura tipo Dor	Dra. Liumariel Vegas



Tumor de partes blandas en cara interna de muslo izquierdo	Biopsia por Trucutt	Dr. Tony De Freitas Dr. Daniel Castro
Cavernomatosis Portal	Derivación Esplenorenal	Dr. Carlos Pedrón
Lesión iatrogénica de vía biliar Amsterdam C	Derivación Biliodigestiva tipo Norero	Dr. Carlos Pedrón
<b>Total</b>		<b>13</b>



### **C) ACTIVIDADES DE INVESTIGACION Y EXTENSION**

Un paso importante de la Cátedra – Servicio Cirugía C- III es el realizar de “Novo” el proceso y actividades de investigación. Se ha hecho un esfuerzo notable, para la convivencia clínico – científica, hay mayor presencia de docentes y residentes en congresos nacionales e internacionales, en jornadas científicas, trabajos presentados, cursos, conferencias dadas, tanto nacional como internacionalmente.

Nuestro servicio ha recibido apoyo y aportes tanto del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela, del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CDCH) U.C.V., Vicerrectorado Académico, Decanato de la Facultad de Medicina y Dirección del Hospital Universitario de Caracas.

El fortalecimiento de la investigación científica en la Universidad Central de Venezuela, la describe conceptualmente el Dr. Antonio Paris (Rector de la U.C.V.) en su Editorial de la Revista Visión Ucevista # 1, año 2006, numero 4, julio 2006:

#### **FORTALECER LA INVESTIGACION ES INVERTIR EN LA NACION**

En esta sociedad de la ciencia y del conocimiento, se clama a la conciencia del hombre, para que permanezca oculto. La relación entre el número de problemas y los niveles de avance de la ciencia, permuta en esa relación entre la ciencia y conciencia, que no es otra cosa que observar la relación entre los problemas que nos aquejan y de los hombres a los mismos.

En ese sentido, mientras mayor impulso se dé a la investigación y ésta ofrezca más y mejores resultados, estamos abonando el éxito del conocimiento. El silencio y la prudencia exagerada de los expertos da paso a los aficionados. La reunión de los que saben más es oportuna y necesaria para corregir, para encauzar, para abrir la discusión, para ganar tiempo ante la avalancha de problemas que crecen cada día más en las sociedades.



El esfuerzo de los distintos sectores que impulsan el conocimiento, tanto a nivel nacional y organismos gubernamentales, como a nivel de las instituciones universitarias, así como el esfuerzo de organizaciones académicas propulsoras de la investigación, debe ser reconocido. De la misma manera también el esfuerzo que realizamos en la UCV para acoplarnos al impulso y las innovaciones de la tecnología de la información y de la comunicación, los cuales se desarrollan vertiginosamente imponiéndonos ese correr permanente para incorporarnos a los roles impuestos.

Nos preocupa la descapitalización de las universidades, pero también nos preocupan las dificultades para el financiamiento interno de las investigaciones, las dificultades para la adquisición de equipos de avanzada y los costos que en capacitación se requieren.

Problemas que dependen de la devaluación de la moneda y del control cambiario, sin tocar los casos presupuestarios más álgidos.

La crisis se revierte sobre las bibliotecas, la adquisición de revistas científicas, el mantenimiento de equipos y laboratorios, a pesar de los esfuerzos que se hacen al respecto. Esfuerzos mucho más acentuados cuando se realiza una lucha en diferentes espacios por lograr mejores condiciones de vida. Esfuerzos que no parecen bastar demostrarle al Estado que las universidades lejos de engrosar la lista de los enemigos del progreso nacional, siempre has sido el principal motor del cambio y de aporte de soluciones a los múltiples problemas nacionales.

Pero si reflexionamos con respecto a la creación científica, debemos señalar igualmente las dificultades para lograr una forma de trabajo tranquila, con menos amenazas en lo institucional y en lo personal. La intranquilidad que nos produce la inseguridad económica es un tema que se traduce en angustia para el investigador y su familia. Las dificultades que se ciernen sobre los investigadores jóvenes para la adquisición de vivienda y la educación de los hijos es otro problema. Y así podríamos enumerar muchos otros que constituyen una amenaza seria a la investigación.

Estos aspectos no pueden dejar de considerarse, pues es además deber de todo científico contribuir al bienestar de la ciudadanía y a la defensa de las posibilidades del desarrollo intelectual y al hacerlo, pone la ciencia al servicio del logro de la felicidad de las mayorías, al servicio de la felicidad del pueblo.



---

**C.1. DATOS PRODUCTIVIDAD CIENTIFICA ANUAL POR CÁTEDRAS, SERVICIOS  
y UNIDADES**

**CATEDRA: CIRUGIA III**

**SERVICIO: C-III**

**AÑO: ENERO 2010 – NOVIEMBRE 2010**

1.- Indique si en su Cátedra o Servicio funcionan Unidades o Secciones Superespecializadas. En caso de ser afirmativo señale el nombre

**SI**

**NO**

Nombre:

---

---

---

2.- Señale si recientemente la Cátedra, Servicio O Unidad ha recibido alguna donación. En caso de ser afirmativo especifique la donación e indique su costo en bolívares.

**SI**

**NO**

Donación:

---

---

---

Costo en bolívares:

---

---

---



3.- Indique si los Docentes de la Cátedra, Servicio o Unidad asistieron este año a:

**CONGRESOS:**

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

- | Nombre del ó los Docentes que asistieron  | Escalafón | Nombre del Congreso   |
|---|-----------|---|
| - Benítez G. (Asociado); Sánchez A. (Agregado); Sánchez R. (Instructor); Rodríguez O. (Instructor). |           | XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010. |
| - Sánchez A. (Agregado); Rodríguez O. (Instructor).   |           | XII Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica Sociedad Americana de Cirugía Instrumental Endoscópica (SAGES). Washington Estados Unidos, Abril 2010.  |
| - Rodríguez O (Instructor), Sánchez A (Agregado).   |           | The second worldwide clinical robotic surgery association congress held at the UIC forum, Chicago October 1 <sup>st</sup> and 2 <sup>nd</sup> 2010. |
| - Rodríguez O (Instructor).   |           | Women in surgery latinoamerican meeting. Cancún, México. Diciembre 2010.  |
| - Nakhal E. (Instructor), Scorzza R (Instructor).   |           | American college of surgeons Washington. Octubre 2010.  |





**JORNADAS:**

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

Nombre del ó los Docentes que asistieron	Escalafón	Nombre de las
- <b>Benítez G. (Asociado).</b>	Seminario Internacional sobre la Producción de Conocimientos en la Academia: Posibilidades y Obstáculos. Caracas, 13 y 14 de Abril 2010. Auditorio de la Facultad de Farmacia. Universidad Central de Venezuela.	

**CURSOS:**

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

Nombre del ó los Docentes que asistieron	Escalafón	Nombre del Curso
- <b>Benítez G. (Asociado), Sánchez A(Agregado), Rodríguez O (Instructor).</b>	DaVinci®Surgical off-site training program. Cetificate as a console surgeon. Florida Hospital Celebration Training Center, Orlando, Florida, Estados Unidos. Octubre 2010.	
- <b>Benítez G. (Asociado), Nakhal E. (Instructor).</b>	Curso de cirugía monoportal (SILS). Instituto de Cirugía Experimental. Universidad Central de Venezuela. Diciembre 2010.	

4.- Indique si algún personal Docente de su Cátedra, Servicio o Unidad es miembro ó Directivo de alguna Sociedad Científica.

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:



Nombre del Docente

Escalafón

Miembro o Directivo

- **Sánchez A (Agregado)**. Director suplente de la Fundación Venezolana de Cirugía (FVC- SVC).

5.- Señale si en su Cátedra, Servicio o Unidad algún miembro de su personal Docente publicó durante este año lo siguiente: **ARTICULOS EN REVISTAS**

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta: Nombre del ó los Docente que publicó el  
Escalafón      Título del Artículo publicado

- **Sánchez A. (Agregado); Rodríguez O. (Instructor); Benítez G. (Asociado); Sánchez R. (Instructor)**; De la Fuente L. Development of a Training Model for Laparoscopic Common Bile Duct Exploration. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. Scientific Paper JSLS(2010) 14:41-47.

- **Sánchez A (Agregado)**; Dávila H; **Rodríguez O (Instructor)**; Valero R; Otaño N; Sánchez R; Visconti MF. Entrenamiento en cirugía robótica: Propuesta de un modelo de entrenamiento para la cirugía laparoscópica de la vía biliar principal asistida por el sistema DaVinc. Academia Biomédica Digital VITAE. Facultad de Medicina, UCV. Enero Marzo 2010, N°41.

- Aponte ME, **Saade R. (Asistente)**, Navarrete S. Experimental model as training tool in endoscopic axillary dissection. Minim Invasive Ther Allied Technol. 2010.

- Aponte ME, **Saade R. (Asistente)**. Endoscopic Axillary Dissection. Syatematis Review of the Literature. Surgical Endoscopy. 2010; 24 (sup1): S70.

- Aponte ME, **Saade R. (Asistente)**, Navarrete S. Characterization of the porcine anatomy as an educational strategy for experimental general surgery. Br J Surg. 2010;94(S4):1-63.



- **Benítez G. (Asociado), Paris A. (Titular)**, Castro D, Chacón H. Evolución Histórica del Posgrado de Cirugía General (1962-2010) en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Escuela "Luis Razetti". Facultad de Medicina. UCV. Rev Fac Med. Vol 33 N°1, 2010; 60-69.

- **Sánchez A (Agregado), Rodríguez O. (Instructor)**, Bellorín O, **Sánchez R. (Asistente), Benítez G. (Asociado)**. Laparoscopic common bile duct exploration in patients with gallstones and choledocholithiasis. Journal of the society laparoendoscopic surgeons. JSLS (2010)14:246-250.

- **Sánchez R. (Asistente) y Col.** Miodfibroblastoma de la mama femenina. Reporte de un caso. Rev. Venez Oncol 2010; 22 (4): 244-248.

- **Sánchez R. (Asistente), Sánchez A. (Agregado) y Col.** Metástasis coroidea como primera manifestación de recaída sistémica en el cáncer de mama. Rev. Venez Oncol 2010; 22 (1): 57-62.

- **Sánchez A. (Agregado), Rodríguez o. (Instructor), Benítez G. (Asociado), Sánchez R. (Asistente)**, Dávila H, , Valero R, Visconti M. Robot assisted laparoscopic common bile duct exploration. Case report and proposed training model. Aceptado para publicar en: Journal of Robotic Surgery. Año 2010.

6.- Refiera el número total de artículos presentados por el personal Docente de su Cátedra, Servicio o Unidad en Jornadas o Congresos Nacionales e Internacionales durante el año 2010:

#### **(09) Nueve Trabajos Presentados**

##### TRABAJOS PRESENTADOS:

- a) **Saade R. (Asistente)**; Aponte M; Saade M; **Benítez G. (Asociado)**; Navarrete. "Laparoscopic Appendectomy is Feasible and Safe in Surgical Training"
- b) Visconti MF; **Benítez G. (Asociado)**; Pedrón C. "Colitis Isquémica como Hallazgo Incidental Posterior a Traumatismo Toracoabdominal Cerrado". Presentación de un Caso. Hospital Universitario de Caracas – Servicio Cirugía III. XXX Congreso



- Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.
- c) Castro D; **Sánchez R. (Instructor)**; Sosa E. "Tumor Maligno de la Vaina de los Nervios Periféricos de Bajo Potencial Maligno". Presentación de un Caso. Hospital Universitario de Caracas – Servicio Cirugía III. XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.
- d) Sosa E; **Rodríguez O. (Instructor)**; Castro D. "Tumor del Estroma Gastrointestinal Resección Laparoscópica". Presentación de un Caso. Hospital Universitario de Caracas – Servicio Cirugía III. XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.
- e) Vegas L; **Benítez G. (Asociado)**; Millán P. "Cistoadenoma Mucinoso Gigante de Ovario". A propósito de un Caso. Hospital Universitario de Caracas – Servicio Cirugía III. XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.
- f) Castro D; **Rodríguez O. (Instructor)**; Vegas L. "Poliposis Yeyunal como Causa de Intususcepción Intestinal en el Adulto". A propósito de un Caso. Hospital Universitario de Caracas – Servicio Cirugía III. XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.
- g) Millán P; **Sánchez R. (Instructor)**; Castro D. "Oncocitoma de Parotida". A propósito de un Caso. Hospital Universitario de Caracas – Servicio Cirugía III. XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.
- h) Pedrón C; **Sánchez R. (Instructor)**; Visconti MF. "Resección Multivisceral en Cáncer de Colon Localmente Avanzado". Hospital Universitario de Caracas – Servicio Cirugía III. XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.



- i) **Sánchez A (Agregado); Rodríguez O (Instructor);** Dávila H; Valero R; Castro D. Tratamiento Quirúrgico Laparoscópico de la Acalasia asistido por Robot. XXX Congreso Venezolano de Cirugía. IV Internacional de Cirugía. World Trade Center. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. 10 al 13 de Marzo de 2010.
- j) **Sánchez A (Agregado); Rodríguez O (Instructor); Benítez G (Asociado);** Bellorin O; Sanchez R (Instructor); Szomsteins S. Laparoscopic Common Bile Duct Exploration Training Model Impact in Acquisition of Surgical Skills. Congreso Mundial de Cirugía Laparoscopica (SAGES) Washington, Estados Unidos. Abril 2010.
- k) **Sánchez A (Agregado); Rodríguez O (Instructor);** Bellorin O; **Benítez G (Asociado); Sánchez R (Instructor).** Laparoscopic Common Bile Duct Exploration and Current Management of Choledocholithiasis. Experience in the Caracas University Hospital. Congreso Mundial de Cirugía Laparoscopica (SAGES) Washington, Estados Unidos. Abril 2010.
- l) **Sánchez A. (Agregado); Rodríguez O. (Instructor); Sánchez R. (Instructor);** Dávila Hugo, Vegas Liumariel; Sosa Emelissa; Visconti María F. Tratamiento de Acalasia Asistido por Robot. IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE. X Congresso Brasileiro de Videocirurgía SOBRACIL. 25-28 Agosto 2010. Salvador – Bahía –Brasil.
- m) **Sánchez A. (Agregado); Rodríguez O. (Instructor);** Dávila Hugo; Vegas Liumariel; Visconti María F; Salas Verónica; Valero Rair. Exploración Laparoscópica de la Vía Biliar Asistida por Robot. IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE. X Congresso Brasileiro de Videocirurgía SOBRACIL. 25-28 Agosto 2010. Salvador – Bahía –Brasil.
- n) **Sánchez A. (Agregado); Rodríguez O. (Instructor);** Vegas Liumariel; Pedrón Carlos; Millán Paul; Sosa Emelissa; **Benítez Gustavo (Asociado).** Manejo Laparoscópico de la Coledocolitiasis Compleja. IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE. X Congresso Brasileiro de Videocirurgía SOBRACIL. 25-28 Agosto 2010. Salvador – Bahía –Brasil.



- o) Castro Daniel; **Rodríguez Omaira (Instructor); Sánchez Renata (Instructor);** Vegas Liumariel; Millán Paul; Visconti María F; Sosa Emelissa. Tumor del Estroma Gastrointestinal. Resección Laparoscópica. IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE. X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL. 25-28 Agosto 2010. Salvador – Bahía –Brasil.
- p) Castro Daniel; **Rodríguez Omaira (Instructor); Benítez Gustavo (Asociado);** Vegas Liumariel; Millán Paul; Visconti María F; Sosa Emelissa. Poliposis Yeyunal como Causa de Intususcepción Intestinal en el Adulto. A Propósito de un Caso. IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE. X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL. 25-28 Agosto 2010. Salvador – Bahía –Brasil.
- q) **Sánchez A. (Agregado); Rodríguez O. (Instructor); Sánchez Renata (Instructor); Benítez Gustavo (Asociado);** Sosa Emelissa; Vegas Liumariel; Millán Paul. Modelo de Entrenamiento para Exploración Laparoscópica de la Vía Biliar. Impacto en el Desarrollo de Habilidades Quirúrgicas. IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE. X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL. 25-28 Agosto 2010. Salvador – Bahía –Brasil.

7.- Señale si en su Cátedra, Servicio o Unidad algún miembro de su personal Docente publicó durante este año los siguientes: **LIBROS, MONOGRAFIAS, REVISTAS, ETC**

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta especifique el Docente y su Publicación:

Nombre del Docente

Escalafón

Nombre del Libro, Monografía,

Revistas, etc.

---



---



---



8.- Refiera el número total de Libros, Monografías, Revistas, etc; redactados por el personal Docente de su Cátedra, Servicio o Unidad, durante esta fecha:

\_\_\_\_\_

9.- Indique si actualmente queda algún Libro en elaboración

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

Diga el Título y Autor del Libro

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10.- Indique si en su Cátedra, Servicio o Unidad se realizó durante este año alguna investigación paralela a la Medicina por algún miembro de su personal Docente.  
 Ejemplo: Biomedicina Cirugía Experimental, etc.

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autor del Proyecto

Escalafón

Título del Proyecto

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



11.- Indique si algún miembro del Personal Docente de la Cátedra ó Servicio Ascendió en el Escalafón Universitario, durante el Lapso Enero – Noviembre 2010.

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

Nombre del Docente      Escalafón al cual Ascendió      Título del Trabajo de Ascenso

- **Sánchez I. Alexis (Agregado)**. Titulado: “Exploración Laparoscópica de la Vía Biliar y Manejo Actual de la Coledocolitiasis. Experiencia en el Hospital Universitario de Caracas”. Acordándose por Unanimidad y otorgándose Mención Honorífica y/o Publicación. 1 de Febrero 2010.

- **Benítez P. Gustavo (Asociado)**. Titulado: “Historia de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C”, de la Escuela de Medicina Luis Razetti, Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas. Docencia, Postgrado y Producción Científica”, por ser considerado un aporte histórico de importancia marcada en la historia de la Cirugía en el Hospital Universitario de Caracas.

Acordándose por Unanimidad y otorgándose Mención Honorífica y/o Publicación. 3 de Junio 2010.

- **Sánchez M. Renata (Asistente)**. Titulado: “Células tumorales diseminadas en médula ósea de pacientes con cáncer de mama no metastásico: Relación con factores pronósticos conocidos e impacto en la sobrevida”. 28 de Octubre 2010.

12.- OTROS:

- **Benítez P. G. (Asociado)**. **Magister Scientiarum en Gerencia Empresarial**, por el Trabajo de grado Titulado: “**Análisis del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela**”. **Mención Honorífica**. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela. (FACES- UCV) Febrero 2010.





---

- **Sánchez I. Alexis (Agregado).** Magíster Scientiarum, Mención Cirugía, por el trabajo de grado titulado: **“Exploración laparoscópica de la vía biliar: Impacto del uso de un modelo de entrenamiento en los resultados de la cirugía”**, Mención Honorífica. Comisión de Estudios de Postgrado, Maestría y Doctorado Individualizado, Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Noviembre 2010.



## D) ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Cumplidas en el ejercicio de las funciones administrativas e inherentes a todo Jefe de Cátedra – Servicio, primordialmente, y en menor proporción por los integrantes de la entidad (Cátedra – Servicio). Tales Actividades se desglosan a continuación:

### d.1. Organización General de la Cátedra – Servicio Cirugía III:

Estructuración del personal médico, docentes, residentes e internos, básicamente en un solo Equipo de Trabajo Docente – Asistencial, apoyados por el personal paramédico y administrativo de la entidad (enfermería, secretaria, auxiliares de historias médicas, aseo y mantenimiento, mensajería).

En Quirófano: Los días Lunes: Es responsabilidad del Docente de Guardia de la semana anterior y los días jueves, toda la Cátedra rotativamente y mutuo acuerdo con la Jefatura y Jefe de Residentes. Lunes: Cirujano de Guardia de la semana anterior, o algún cambio concertado.

### Quirófano:

**Lunes**

**Jueves**

Cirujano de Guardia de la semana anterior, o algún cambio concertado.	Dr. Gustavo Benítez (Jefe de Cátedra) (T.C.)
	Dr. Aléxis Sánchez (M.T.)
	Dr. Elías Nakhal (M.T.)
	Dr. Ramón Saade (M.T.)
	Dr. Rafael Scorzza (M.T.)
	Dra. Renata Sánchez (M.T.)
	Dra. Omaira Rodríguez (M.T.)
	Dr. Humberto Chacón (M.T.)
	Dr. Edgard Sánchez*

(T.C.) Tiempo Completo

(M.T.) Medio Tiempo

\*Dr. Sánchez E. Cumple su dedicación a tiempo completo en la Coordinación de Extensión de la Escuela de Medicina Luis Razetti. Según Oficios N° ED-1097/2008 y ED-1848/2008.



d.2. Coordinaciones de la Cátedra – Servicio Cirugía III :

COORDINACIONES

DOCENTES

Nivel C-I (3er Año)	Dr. Ramón Saade
Nivel C-III (5to Año)	Dr. Alexis Sánchez
NES (Post-Grado)	Dr. Gustavo Benítez P.
Biblioteca y Material Docente	Dr. Humberto Chacon
Investigación y Extensión	Dr. Alexis Sánchez
Comisión de Curriculum	Dra. Omaira Rodríguez
Comisión de Internado Rotatorio de Pregrado	Dr. Alexis Sánchez

COORDINACIONES

ASISTENCIALES

Área de Consulta Externa	Dr. Rafael Scorzza
Área de Hospitalización	Dra. Renata Sánchez
Área de Triaje Emergencia - Interconsulta	
Área de Cirugía Laparoscópica y Ambulatoria	Dr. Gustavo Benítez P.
Reuniones Inter-Hospitalario de Post-Grado	
Reunión Anatomoclínica Departamental	Dr. Elías Nakhal Dr. Ramón Saade
Área de Investigación y Tecnología	Dr. Ramón Saade
Reuniones de Pre-operatorio	Dr. Elías Nakhal Dr. Humberto Chacón
Reuniones de MorbiMortalidad	Dr. Alexis Sánchez Dra. Omaira Rodríguez
Reuniones de Anatomía Patológica	Dr. Humberto Chacón
Proyecto de Trabajo Planificado en el área de Cirugía Asistencial.	Dr. Rafael Scorzza
Unidad de Cirugía Bariátrica	Dr. Alexis Sánchez Dr. Ramón Saade Dra. Omaira Rodríguez
Consulta de Mama	Dra. Renata Sánchez



d.3. Reuniones Administrativas y de la Cátedra – Servicio:

Martes. Horario de 8:00 a.m. – 9:00 p.m. / y si es necesario Jueves de 8:00a.m.-9:00 a.m.

Nº de Reuniones Anuales:

d.4. Visitas Administrativas al Servicio – Cátedra:

(1) una vez al mes con la Coordinadora de Enfermería, esta rutina se ha venido perdiendo con el tiempo, ya que da la apariencia de que la coordinación de enfermería, fuese autónoma.

d.5. Supervisión y ajustes de las estructuras y funcionamiento de la Cátedra – Servicio.

d.6. Distribución del tiempo de contratación semanal de los Médicos Docentes, para cubrir las actividades de docencia, asistencia, investigación y extensión. Tal distribución se expresa anual a continuación:

218 horas/profesor/semana = 100%

Nº Docentes	Dedicación	Nº Horas / Profes. Semana	Total	%
(02)	(T.C.)	36 c/u	72 h.	39.96
(07)	(M.T.)	20 c/u	140 h.	66.03
			212 h.	99.99

Total: (09) Docentes = 186 horas

Docentes	Horas semana Actv. Docte/ Asist.	Horas/Sem. Actv. Investig.
(02) (T.C.)	30 h. c/u x 2 = 60 h.	6 h. c/u x 2 = 12 h.
(07) (M.T.)	18 h. c/u x 7 = 126 h.	2 h. c/u x 7 = 14 h.
		26 h.
		186 h.

Total: (09) Docentes = 212 h. = 26 h. de Investigación

Fueron 186 horas / semana docente / asistencial + 26 horas / semanas para investigación = 212 horas docentes semanales



d.7. Programación de Consulta Externa del Servicio Cirugía C-III:

1. Nº de Cupos por Tipo de Consulta:

20 pacientes por día + 15 Curas = 35 Pacientes por día.  
(3 Pacientes Primera, 7 Sucesivas, 5 Interconsulta, 5 por Triage y 15 curas).

2. Tiempo Promedio de Consulta: 25 minutos cada uno (Aproximado).

3. Horarios (con intervalo de llegada del paciente si se da el caso):  
25 minutos por pacientes.  
Lunes a Viernes en el horario de 7:00am a 1:00pm.

4. Médicos – Docente – Residentes del Servicio Cirugía C-III:

a) DOCENTE ASISTENCIAL:

Dr. Gustavo Benítez Pérez*	Profesor Asociado
Dr. Alexis Sánchez Ismayel	Profesor Agregado
Dr. Ramón Saade Cárdenas	Profesor Asistente
Dra. Renata Sánchez Miralles	Profesor Asistente
Dr. Elías Nakhhal Hakin	Instructor por Concurso
Dr. Rafael Scorzza Quiara	Instructor por Concurso
Dra. Omaira Rodríguez González	Instructor por Concurso
Dr. Humberto Chacón Valecillos	Instructor por Concurso

Profesor Asesor

Dr. Antonio Paris	Profesor Titular
Dr. Edgard Sánchez Guerrero**	Profesor Asistente

\* Dr. Gustavo Benítez (Jefe de Cátedra - Servicio) 2008 – 2010)

\*\* Dr. Sánchez E. Cumple su dedicación a tiempo completo en la Coordinación de Extensión de la Escuela de Medicina Luis Razetti. Según Oficios Nº ED-1097/2008 y ED-1848/2008.



---

b) RESIDENTES DE POSTGRADO

Dr. Daniel Castro *	RIII
Dr. Carlos Pedrón	RIII
Dra. Emelissa Sosa	RII
Dra. Liumariel Vegas	RII
Dra. María Fernanda Visconti	RII
Dr. Paul Millán **	RII
Dr. Euden Hernández ***	RI

\* Jefe de Residentes (Enero – Diciembre 2010)

\*\* Se incorporo al Postgrado de Cirugía General en junio 2009 del Hospital Vargas de Caracas.

\*\*\* Se incorporó al Postgrado de Cirugía General en febrero del 2010



## **5. CONCLUSIONES**

La Facultad de Medicina, debe llevar exigir, anualmente el Artículo # 5 del Reglamento Profesoral, los cuales siempre presentaron excusas peregrinas para no presentarlo.

Mejoría en el Cumplimiento Profesoral, como puede observarse en el informe antes presentado, nuestras actividades fueron diversas y numerosas, siempre congruentes unas con otras y bien permitidas por el esquema desarrollado desde el año 1981, por el Dr. Antonio Paris y actualizado durante los años 2004-2010.

En la parte estudiantil hubo congruencia con su respectiva matrícula.

En la docencia se ha desarrollado con más énfasis la sección de actividades científicas y se logró una mayor producción de trabajo científico, se destacaron dos líneas de investigación con el (CDCH).

En la parte asistencial aumento impulsivo en los ingresos y en la consulta, cada servicio quirúrgico le sede (8) ocho camas a la Dirección del Hospital Universitario de Caracas para las (Emergencias).

Postgrado: Ardua labor desarrollada por los residentes de postgrado y gran colaboración con la Jefatura de la Cátedra, hoy por hoy se cualifica y se cuantifica su labor docente asistencial diaria, mensual, anual, mejoría en la casuística quirúrgica y de hospitalización.

Gracias a los que colaboraron con su grano de arena con la Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" – Servicio "C-III" en el lapso Enero – Noviembre 2010.



## **6. AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Paris Pantalone, por su pensar y ayuda constante a la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C” – Servicio Cirugía III.

Al Cuerpo Docente - Asistencial: Sánchez Alexis, Nakhal Elías, Saade Ramón, Scorzza Rafael, Sánchez Renata, Rodríguez Omaira, Chacón Humberto.

Al Jefe de Residentes: Dr. Daniel Castro, por la recolección y realización de los datos estadísticos Enero - Noviembre 2010, a los que estuvieron allí y dejaron parte de su espíritu en la búsqueda de su formación.

A la Dirección de Salud Hospitalaria, Lic. Aux. de Enfermería: Ana de Márquez

Al Departamento de Informática: Equipo de Técnicos.

A la Secretaria I: Erika Monsalve, quien se encargó de digitalizar este informe.

Al Mensajero: Nelson Ramírez.

A la paciencia de los pacientes en la espera del turno quirúrgico y los avatares en su realización.

*Gracias a todos.*

*Gustavo Benítez P.*





---

## ANEXOS

**ASISTENCIA A CONGRESOS**

# As a Console Surgeon

*Gustavo Benitez, MD*

has successfully completed an Off-Site Training program in the role of a **Console Surgeon** using the **da Vinci® Surgical System**. This program consisted of didactic and practical skill application sessions covering the components and use of the **da Vinci® Surgical System** and **EndoWrist®** Instruments. Additionally, a training laboratory was conducted providing utilization of the **da Vinci® Surgical System** for key technical System skills as a **Console Surgeon**. Surgical team roles, responsibilities, and emergent management of the **da Vinci® Surgical System** were emphasized.

## **da Vinci® Surgical System Off-Site Training Program**

**for a Console Surgeon**

**October 4, 2010**

**Celebration Training Center**

**da Vinci®**  
Surgical System

*Gene Nagel*

Gene Nagel  
Vice President, Sales Training  
and Education

Training conducted by:

**Greg Street**

*Jerry McNamara*

Jerry McNamara  
Executive Vice  
President, Worldwide  
Sales and Marketing

This training program is not a replacement for hospital policy regarding surgical credentialing. Only a Surgical only trainee on the use of the surgical tool, and not a da Vinci® Surgical System. Any member participating during the training on how to use the System to perform a particular technique or procedure is not the recipient of a "certification" of training, and is not being trained to a procedure, but rather to merely a specific operation. In how other surgeons may have used the System to perform a given technique or procedure.

# 12<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery

## CERTIFICATE OF REGISTRATION & ATTENDANCE

*This document certifies that:*

***Dr. Alexis Sanchez, MD***

*Registered and Attended the 12<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery, April 14-17 2010 at the Gaylord National Hotel & Convention Center in National Harbor, Maryland, presenting the following posters entitled:*

**P190 TRAINING MODEL FOR LAPAROSCOPIC COMMON BILE DUCT EXPLORATION, IMPACT IN THE IMPROVEMENT OF SURGICAL SKILLS**

**Alexis Sanchez, MD, Omaira Rodriguez, MD, Renata Sanchez, MD, Gustavo Benitez, MD, Omar Bellorin-Marin, MD, Samuel Szomstein, MD FACS, University Hospital of Caracas, Central University of Venezuela, Caracas-Venezuela, Cleveland Clinic Florida, Weston-Florida.**

**P523 LAPAROSCOPIC COMMON BILE DUCT EXPLORATION AND CURRENT MANAGEMENT OF COMMON BILE DUCT STONES. EXPERIENCE AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF CARACAS VENEZUELA**

**Alexis Sanchez MD, Omaira Rodriguez, MD, Renata Sanchez MD, Gustavo Benitez, MD, Omar Bellorin-Marin, MD, University Hospital of Caracas, Caracas-Venezuela, Central University of Venezuela**

*12<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery  
April, 2010*

# SAGES

SOCIETY OF AMERICAN GASTROINTESTINAL AND ENDOSCOPIC SURGEONS

12th World Congress of Endoscopic Surgery, SAGES Annual Scientific Session & Postgraduate Course: April 14-17, 2010, Landover, MD (outside Washington, DC)

TO: Whom it May Concern

FROM: Tina Sandoval  
Registrar  
12<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery

DATE: 17 April, 2010

RE: Confirmation of Attendance to the 12<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery

This letter confirms that:

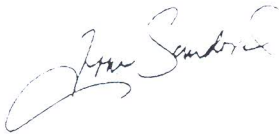
## Daniel Castro

Attended the 12<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery, hosted by SAGES & CAGS from April 14-17, 2010.

The meeting was held at the Gaylord National Hotel and Convention Center, National Harbor, Maryland, USA

If you need any further confirmation or documentation, please contact Tina Sandoval, after 1 May, 2010: [registration@sages.org](mailto:registration@sages.org) or fax 1-310-437-0585

Sincerely,



Tina Sandoval  
Registrar  
12<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery

# AWARD CERTIFICATE

## SECOND PRIZE

This certificate is awarded to

Scientific Poster

presented  
at The Second Worldwide Clinical Robotic Surgery Association Congress held at  
the UIC Forum, Chicago October 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> 2010.



Signature: [Handwritten Signature]

Date: 10/2/2010

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

CERTIFICADO



Diploma  
otorgado a:

**DANIEL D. CASTRO F.**

por su asistencia al evento

Dr. Elio Túlío Alvarez

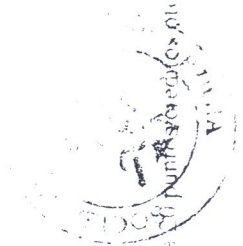
Equivalencia otorgada por la F.M.V.

Dr. Jesús Velásquez

Equivalencia otorgada por la F.M.V.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



XXXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Diploma

otorgado a:

# MA. FERNANDA VISCONTI PIMENTEL

por su asistencia al evento

Dr. Elio Tulio Alvarez

Presidente del Congreso de Cirujía

Comité Organizador del Congreso de Cirujía

Dr. Elio Tulio Alvarez

Presidente



**ARTICULOS PUBLICADOS EN REVISTA**

# EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL POSGRADO DE CIRUGÍA GENERAL [1962 – 2010] EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA Y TERAPÉUTICA “C”. ESCUELA “LUIS RAZETTI”. FACULTAD DE MEDICINA. UCV.

Gustavo Benítez\*, Antonio Paris\*\*, Daniel Castro Fresco\*\*\*, Humberto Chacón\*\*\*\*

**RESUMEN:** Se presenta la revisión histórica de la evolución del Posgrado de Cirugía General en la Cátedra de Clínica y Terapéutica “C” – Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas, desde su inauguración en el año de 1962, en la gestión rectoral del Dr. Francisco De Venanzi Novi hasta la actualidad (2010). Se describe la formación de las diferentes cátedras – servicios del Hospital Universitario de Caracas así como su evolución con el pasar de los años. Igualmente se hace mención a los diferentes servicios quirúrgicos y se enfatiza el Servicio de Cirugía III, haciendo en este, mención en detalle de todos los cirujanos generales egresados con sus respectivos títulos y trabajos especiales de investigación o de grado.

**Palabras clave:** Cátedra, Posgrado, Evolución histórica, Cirugía general.

**ABSTRACT:** There appears the historical review of the evolution of the Postgrade of General Surgery in the Cathedra of Clinic and Therapeutics “C” – Service of Surgery III of the Hospital University of Caracas, from his opening in the year 1962, in the management rectoral of Dr. Francisco De Venanzi Novi up to the actuality (2010). There are described the formation of the different chairs – services of the University Hospital of Caracas as well as his respective evolution with happening of the years. Equally it is mentioned to the different surgical services and emphasizes the Service of Surgery III, doing in this one, mention in detail of all the General Surgeons gone away with his respective qualifications and special works of investigation (TEI) or the grade (TEG).

**Key words:** Chair, Postgrade, Historic evolution, General surgery.

Los primeros cursos de posgrado en la Universidad Central de Venezuela (UCV) en un área determinada del ser universitario comenzaron a partir de 1941, cuando se dicta el primer curso de cuarto nivel en Venezuela, uno de los primeros en América Latina. El primer curso de posgrado fue el de médicos higienistas, con el primer grupo de graduados en 1943. Los posgrados

subsiguientes fueron especialistas en “Tuberculosis y “Puericultura y Pediatría” en el año de 1950.

En el año 1962, en la gestión rectoral del Dr. Francisco De Venanzi Novi<sup>1,3)</sup> (1958-1963) se crea el Consejo de Estudios de Posgrado como cuerpo colegiado y se le encargó de proponer y desarrollar los lineamientos para el desarrollo de los posgrados en la Universidad

\* Profesor Agregado. Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C”. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

\*\* Profesor Titular. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C”. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

\*\*\* Residente de 3º año. Jefe de Residentes de la Cátedra de Clínica y

Terapéutica Quirúrgica “C”. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

\*\*\*\* Profesor Instructor por Concurso. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C”. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

Recibido: 08-04-10

Aceptado: 20-05-10

Universidad Central de Venezuela. A principios de la década del 70 la Facultad de Medicina inicia los estudios de Maestría. En 1972, en el lapso rectoral del Dr. Rafael José (1972-1976)<sup>(9)</sup>, se aprobó el primer Reglamento de Estudios de Posgrado y se forma la Coordinación Central de Estudios de Posgrado, así como las 11 Comisiones de las diferentes facultades que forman la UCV.

A mediados de los años 80 la Facultad de Medicina crea su primer Doctorado en Ciencias Fisiológicas. En 1985 se crean los comités académicos de cada Facultad validando a los cursos, programas y áreas dictadas por sus unidades operativas primordiales.

Desde el 31 de mayo de 1995 el Consejo Universitario, en el Rectorado del Dr. Simón Muñoz (1992-1996), aprueba el Doctorado Individualizado y estando decano el Dr. Antonio Paris (1993-1996).

En abril de 1998, en el Rectorado Dr. Trino Alcides, se realiza la reforma parcial del Reglamento de Estudios de Posgrado de la UCV.

Las Normas para la Dirección y Coordinación para los Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina son aprobadas en 1992, modificadas y actualizadas en 1998.

El Reglamento de Estudios de Posgrado de la Universidad Central de Venezuela, con sus respectivas modificaciones es aprobado por el Consejo Universitario el 1 de enero de 2001, siendo Rector el Dr. Giuseppe Sestetto y en la Secretaría la Dra. Elizabeth Marval. El Consejo de la Facultad de Medicina en su sesión del 11 de abril de 2009, aprueba las medidas para aumentar la productividad de los estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, estando el Dr. Emigdio Balda en el Decanato y Dr. Luis Gaslonde de Director.

**Hospital Universitario de Caracas (HUC)** se crea en mayo de 1956<sup>(5-8)</sup>. Se inicia con un sistema de Cátedras-Servicios provenientes del Hospital José María Vargas (HJMV), a las cuales se designó un jefe elegido por concurso de oposición, quedando conformadas de la siguiente manera:

Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "A" - Servicio de Cirugía I (9 de julio de 1956 por el Dr. Miguel Pérez Carreño).

Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B" - Servicio de Cirugía II (17 de mayo de 1958 por el Dr. González Celis).

Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" -

Servicio de Cirugía III (28 de junio de 1956 por el Dr. Hermógenes Rivero).

- Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D" - Servicio de Cirugía IV (9 de julio de 1956 por el Dr. Pedro Blanco Gasperi).

El Jefe del Departamento de Cirugía es designado por el Consejo de la Facultad de Medicina y con la aprobación del Consejo Universitario; el Director del Curso de Posgrado es nombrado por el Jefe del Departamento en un esquema rotativo de las diferentes Cátedras - Servicios y de mutuo acuerdo.

En 1961, se crea el Departamento Quirúrgico como entidad agrupadora, siendo su primer jefe el Urologista Dr. Alfredo Borjas (1958-1961).

El Curso de Posgrado Universitario se inicia en el año de 1962 a petición del Departamento Quirúrgico y de la Dirección del HUC. Bajo la gestión del Ministro de Sanidad Dr. Domingo Guzmán Lander, se crearon 24 becas para los siguientes Hospitales: HUC, HJMV y Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo (HMCA), estos dependían del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) con una duración de tres años y dedicación exclusiva; su primer director fue el Dr. Guillermo Negrete D'Wint (Cátedra A - Cirugía I), y el Dr. Antonio Clemente como su Coordinador de Cátedra, seguido por los siguientes jefes: Dr. Gabriel Briceño (1962-1963), Dr. Pablo Izaguirre (1964-1965), Dr. Miguel Pérez Carreño (1964-1966), Dr. Leopoldo López (1966-1973), Dr. Antonio Clemente (1973-1979), Dr. Federico Rodríguez (1980-1982), Dra. Luisa Teresa Silva (encargada entre 1982-1984), Dr. Luis Barrios Díaz (1984) y Coordinador Docente Dr. Alberto Benschimol (1984-1987), Dr. Víctor Grossmann (1991-1993), Dra. Yara de Palacios (1993-1994), Dr. Raúl Ferro Machado (Director del Posgrado) y Dr. Rafael Ramírez (Coordinador de Posgrado), Dr. Guillermo Colmenares (1994-1999) y Dr. Rafael Ramírez Lares (Coordinador Docente en 1994), Dr. Julio Quintero (1995), Dr. Raúl Norero (1996-1997), Salvador Navarrete (1997-1998), Dr. Rafael Ramírez Lares (1999-2006) y Dr. Emigdio Balda (Coordinador Docente entre 1999-2001), Dr. Carlos Sardinias (2001-2005), Dr. Edgard Sánchez (2006).

Dr. Hugo Dávila (2006-2008): siendo el Dr. Emigdio Balda Director del Posgrado (2007) y Coordinador Docente el Dr. Edgard Sánchez (2007), Dres. Raúl Norero y Elías Nakhai (Coordinadores Docentes en 2008), Dra. Arlene Méndez (2008-2010) y Coordinador Docente Dr. Salvador Navarrete (2008-2010).

Esta evolución histórica es menester realizarla porque el Jefe de Departamento es el Jefe del Posgrado de Cirugía General y bajo su tutela el Coordinador Docente.

El Departamento de Cirugía actualmente se encuentra formado por las cátedras de: Anestesiología, Cirugía I, Cirugía II, Cirugía III, Cirugía IV, Cirugía Cardiovascular, Cirugía de Tórax, Oftalmología, Radioterapia y Medicina Nuclear, Urología, Técnicas Quirúrgicas, Neurocirugía, Pediatría Quirúrgica, Traumatología, Otorrinolaringología. Los servicios: Cirugía de la Mano, Cirugía Estomatológica, Cirugía Maxilo-Facial, Nefrología, Trasplante renal y Quirófano. Además compone las siguientes unidades: Flebología, Cirugía Plástica, Cirugía Endoscópica, Patología Mamaria, Artroscopia, Cirugía Reumática, Cirugía de Emergencia, Cirugía Oncológica, Coloproctología y Soporte.

A partir de 1974, siendo el Dr. Yespica Allup, Decano de la Facultad, las residencias del posgrado de Cirugía General se hicieron por regímenes anuales escalonados: 1<sup>er</sup> año, 2<sup>do</sup> año y 3<sup>er</sup> año.

Las clases teórico-prácticas de 1962 a 1973 fueron eliminadas por las pasantías actuales, que incluyen: Unidad de Terapia Intensiva, Anatomía Patológica, Urología y Emergencia de Adultos.

Las pasantías opcionales del posgrado son: Cirugía de tórax, Cirugía cardiovascular, Cirugía oncológica, Coloproctología, Cirugía de mama, Cirugía bariátrica.

El Consejo Universitario, siendo Rector el Dr. Carlos Moros Ghersi (1980-1984), en la sesión del día 29/02/1984, aprobó los programas de Posgrado en Cirugía General con sede en el Hospital Universitario de Caracas (HUC), Hospital José María Vargas (HJM), Hospital Miguel Pérez Carreño (HMPC), Hospital General del Oeste (HGO) y Hospital Ildemaro Salas, propuesto por la Facultad de Medicina con Secretario el Dr. Idelfonso Pla Sentis.

En ese momento el Director Encargado del Departamento de Cirugía General Dr. Luis Barrios Díaz (Jefe del Servicio Cirugía IV) y el Coordinador General el Dr. Alberto Benshimol (Docente de Cirugía III), que hizo una gran labor tanto de forma como de fondo dándoles un planeamiento de las bases metodológicas de nuestro posgrado futuro.

Su personal docente: Dres. Alberto Benshimol, Oscar Rodríguez Griman, Cesar Aure Tulene, Roque Mazziotta Mirabal, Antonio Sucre Alemán, Luis Barrios Díaz, José Antonio Morico, Juan Luis Heredia, Ezequiel Muñoz Orlando, Pablo Hernández Mantellini, Felix Galavís

Domínguez, Hugo Parra Febres, Eric Eichelbaum Purtak, Nelson Dellán Pino.

### Objetivo y Perfil Profesional

1. Formar cirujanos generales, enfocando esta disciplina como una especialidad.
2. Suministrar enseñanza quirúrgica básica a quienes aspiren especializarse en otra rama de la cirugía.

Al término del período formativo el cursante debe estar capacitado eficientemente para:

1. Prestar atención médica especializada a gran número de pacientes con cuadros sub-agudos y crónicos de padecimientos frecuentes, comprendidos en la cirugía general y los aspectos diagnósticos y terapéuticos.
2. Actuar conforme a pautas de trabajo administrativo de una institución hospitalaria con miras a fomentar el rendimiento institucional y a elevar el nivel asistencial en beneficio de la salud de la población.
3. Analizar, comprender y valorar críticamente la información de actualidad producida en el campo de la cirugía a nivel nacional e internacional.
4. Observar objetivamente fenómenos y hechos del campo de la clínica y terapéutica quirúrgica, sistematizar esas observaciones, crear ideas y nuevos materiales a partir de ellas y comunicar científicamente los hallazgos y explicaciones.
5. Contribuir al proceso de formación de otros miembros del equipo de atención médica: Residentes de nivel inferior, estudiantes de pregrado y personal técnico.
6. Actuar en todas las actividades médicas con sentido ético, moral y humano que exige el Código Deontología Médica y la comprensión de problemas humanos, morales del enfermo, de los compañeros de trabajo médico, sin distinción de jerarquía o características personales.

Dependiendo del número de créditos cursados y aprobados, el estudiante de posgrado tenía la denominación de Magister Scientiarum o Especialista. Se eliminó este primero manteniéndose solamente el Título de Especialista (ver Tabla 1).

Desde 1986 se exige como requisito para obtener el Título de Especialista en Cirugía General Universitario un Trabajo Especial de Investigación (TEI) (ver Tabla 2), el cual puede ser de uno o dos autores y, el que no lo realizaba obtenía un Título Asistencial.

Tabla 1

Residentes de Posgrado egresados en la Especialidad de Cirugía General<sup>(9-11)</sup>

RESIDENTE	TITULO	GRADO
65 Tapia C. José León López Parra José Antonio Silva Marcano Luisa Teresa	Especialista en Cirugía General	1965
68 Arredondo Mario José (†) Colmenares Arreaza Guillermo Colmenares Sanguinetti José Nieves Cabrera Augusto Blanco Rengel Cesar Rafael	Especialista en Cirugía General	1968
71 Bazo Abreu Pedro J. Valles Sánchez Plinio R.	Especialista en Cirugía General	1971 1973
74 Paris Pantalone Antonio	Especialista en Cirugía General	1976
75 Zoghbi Samy Rodríguez Arauz José M. Paraga Betty Milagros	Magíster Scientiarum	1979
76 Echegaray Francisco Millán German	Magíster Scientiarum Especialista en Cirugía General	1979
77 Gomis Améndola Juanita (†)	Magíster Scientiarum	1980
78 Rodríguez I. M Sánchez Edgard	Especialista en Cirugía General	1978
78 Zambrano Carlos	Magíster Scientiarum	1984
79 Anzola Félix Laplace Antonio	Especialista en Cirugía General Magíster Scientiarum	1984
80 Cordero Diógenes	Especialista en Cirugía General	1981
81 Belloso Clemente Rafael Contreras José Ferri Nicasso Nino	Magíster Scientiarum	1983
82 Barriola Damboronea Jon Cudemus Gastón	Magíster Scientiarum	1985
83 Benítez Pérez Gustavo A. Tamayo Ruiz Alberto (†)	Magíster Scientiarum	1984
84 Gómez Ospina Manuel Necero Carcovick Raúl (†)	Especialista en Cirugía General	1987
85 Crotopulos Isak du Apóstolos Sardiñas F. Carlos	Especialista en Cirugía General	1986
86 Salazar Miguel Quintero O. Julio	Especialista en Cirugía General	1987

**Tabla 2**  
**Promociones con Trabajo Especial de Investigación (TEI) (4,9,10)**

AÑO	RESIDENTE	TÍTULO DEL TEI	GRADO
1985-1987	Cifre Baixeras Rafael	Endocarditis en pacientes con catéteres en vía venosa central	1989
	Díaz Lakatos Raúl	Fístula arteriovenosa: Brescia - Cimino, una modificación de la técnica	
1986-1988	Márquez Enrique Rojas Carlos	Sondas naso-gástricas: Uso en el posoperatorio de cirugía gastrointestinal	
1987-1989	Blondet Serfaty Alberto	Síndrome adenomegálico: Valor diagnóstico de la biopsia	1993
1988-1990	Kancev Libia Miquelarena Rodolfo	No presentó TEI Manometría directa del esfínter de Oddi	1992
1989-1991	Alonso Guillermo Bencecry Alejandro	No presentaron TEI	
1990-1992	Bajayo David Fernández Carlos	No presentaron TEI	
1991-1993	Arocha U. Rubén Krigier Glekei Aron	Colecistectomía laparoscópica realizada por residentes de posgrado: Experiencia en el Servicio de Cirugía III del HUC	1994
1992-1994	Martínez Sergio Pozo Juan Rincón Duran Nilyan	Apendicectomía laparoscópica vs apendicectomía convencional Utilidad de la celioscopia para la clasificación por estadios del cáncer gástrico	1995
1993-1995	Andrade Da Silva Adelino Nuñez Negron Alberto J.	Evaluación prospectiva de la colangiografía intraoperatoria en colecistectomía laparoscópica	
1994-1996	Negri Caballero Claudio Rachadell Montero Juan	Estudio comparativo de la morbilidad posoperatoria y la tasa de recidiva entre la hernioplastias inguinales de Lichtenstein y Bassini	1998
1995-1997	Franco Vásquez Gustavo	Pentoxifilina: su efecto en adherencia posoperatorias intra-abdominales	1999
1996-1998	Godayol Disario Fernando Nakhhal Hakin Elías	Mapeo linfático intraoperatorio: Linfadenectomía del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama	1999
1997-1999	Scorza Quiara Rafael	Evolución posoperatoria de pacientes histerectomizadas comparando el cierre y el capitonaje de la cúpula vaginal	2000
1998-2000	Escobar Melendez William Keklikian Wartan Fadi Salazar Veloz Hilda	Antibióticoterapia profiláctica en colecistectomía laparoscópica Factores asociados con metástasis linfática axilar en el carcinoma de mama	2001
1999-2001	Picón Antonio Soteldo Clavier Javier	No presentaron TEI	
2000-2002	No hubo graduados	No hubo Coordinación entre la Jefatura de la Cátedra y la Comisión de Posgrado	

2003	Saade Cárdenas Ramón	Tratamiento laparoscópico en los cuadros de apendicitis aguda	2004
2004	García Enrique Obregón Francisco	Reparación videolaparoscópica con parche de epiplón en pacientes con úlceras gastroduodenales perforadas	2005
2005	González Joel La Forgia Giambattista	Colocación de banda gástrica ajustada por vía laparoscópica. Una alternativa en el tratamiento de la obesidad mórbida	2006
2006	Rodríguez Omaira Pujadas Zoe	Instrumentación laparoscópica de la vía biliar bajo control fluoroscópico Crosectomía y escleroterapia con espuma como tratamiento del reflujo de la unión safenofemoral. Una alternativa mínimamente invasiva	2007
2007	Valero Raur Chacón Humberto Salas Joanne	Esplenectomía laparoscópica como tratamiento de púrpura trombocitopénica Gastrectomía en manga laparoscópica para el tratamiento de la obesidad mórbida	2008
2008	Navarro Bexaida* Bellorín Omar Paredes José Siverio Aquiles	2009 Coledocoscopia en el manejo laparoscópico de la coledocolitiasis Papel de la laparoscopia en el manejo del cáncer gástrico Cáncer de colon: Aplicación de la Técnica de Ganglio Centinela	2009

Navarro Bexaida: Residente trasladada a mediados de año de la Cátedra – Servicio Cirugía IV a la Cátedra - Servicio III, por dictamen del Consejo de la Facultad de Medicina (2007). Especialista con TEL en junio 2009.

normas y procedimientos para la elaboración de los cursos de especialización de las áreas de la Facultad de Medicina, fueron aprobadas por el Consejo de Facultad el 12 de marzo de 1991 (en un momento decanal del Dr. Simón Muñoz Armas).

En diciembre de 1994, se realiza la 1<sup>era</sup> Reunión de Egresados del Curso de Posgrado de Cirugía General en el Auditorium del Hospital Universitario de Caracas, con la presentación de los Trabajos Especiales de Investigación (TEI) de las diferentes Cátedras –

En la apertura la realiza el Director del HUC, Dr. Edgardo Sánchez. Luego palabras del Dr. Antonio Clemente, Decano de la Facultad de Medicina, la inauguración del Decano Dr. Antonio Paris y clausura por el Director del Curso de Posgrado Cirugía General, Dr. Edgardo Sánchez.

En la jefatura del Dr. Guillermo Colmenares (1994-1999) se publica el Manual del Posgrado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas y como

el Coordinador de Posgrado el Dr. Salvador Navarrete.

Estando de Director del Posgrado el Dr. Rafael Ramírez y el Coordinador Dr. Emigdio Balda, se actualiza el Manual para Residentes en una Guía del Curso de Especialización en Cirugía General (2001-2004).

En el año 2007, siendo Director Dr. Emigdio Balda y el Coordinador Dr. Edgardo Sánchez, se mantiene con ligeras modificaciones la Guía del Curso de Especialización en Cirugía General (2007).

En el año 2008, se realizó la XIV y última Reunión de Egresados.

En el 2009 se cambia la denominación de Trabajo Especial de Investigación a Trabajo Especial de Grado (TEG), cambio de forma más no de fondo (ver Tabla 3).

Este posgrado es formador de cirujanos nacionales e internacionales gestores de nuevas escuelas, nuevos procedimientos y protagonistas de nuestra actual cirugía nacional.

Tabla 3

## Promociones con Trabajo Especial de Grado (TEG)

AÑO	RESIDENTE	TÍTULO DEL TEG	GRADO
2007-2009	Balzán Jorge	Anastomosis biliodigestiva para resolución de estenosis posoperatoria de la vía biliar. Modificación a la técnica de Hepp-Couinaud	2010
	Otaño Natalia	Exploración laparoscópica de las vías biliares: Validación de un modelo de entrenamiento	
2008-2010	Castro Daniel	Sutura y anudado laparoscópico intracorpóreo: Impacto del uso de un modelo de entrenamiento en la adquisición de habilidades	2011
	Pedron Carlos	(En proceso)	
2009-2011	Vega Liunariel	(En proceso)	2012
	Visconti Maria F.	"	
	Sosa Emelissa	"	
	Millán Paul*	"	

\*Millán Paul: Residente trasladado por la Comisión de Posgrado del Hospital Vargas a la Cátedra - Servicio de Cirugía III, a mediados del mes de junio 2009.

El actual Jefe de la Cátedra y Clínica Terapéutica Quirúrgica "C" - Servicio de Cirugía III, ingresa en 1980 como Interno dirigido en Cirugía por Concurso, siendo el Jefe de Residentes el Dr. Diógenes Cordero y el Jefe de Cátedra el Dr. Edgar Grossmann, luego concursa para el Posgrado de Cirugía General (1981-1983), estando como Jefe de la Cátedra la Dra. Luisa Teresa Silva, obtiene su título en 1984 en Especialista en Cirugía General y Magister Scientiarum, y en esta misma inicia este largo viaje como ente protagonista, con todas sus vicisitudes, sus altas y bajas con grandes docentes en cirugía y grandes cirujanos en la docencia.

Todavía se palpa el fluido quirúrgico que dejaron y han dejado, estos prohombres y promujeres quirúrgicos, a través del tiempo y espacio, en la conceptualización epistemológica, necesaria en la estructuración de esta cátedra, mentalidades lumínicas, venidas de muchos lugares formaron lo que hoy nos llena de orgullo. Asimismo se muestran todos los TEI y TEG realizados en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" - Servicio de Cirugía III desde su inicio hasta la actualidad.

Durante el período que abarca desde 1962 hasta la fecha, se han graduado 74 Cirujanos en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" - Servicio Cirugía III, de los cuales 16 son Especialistas y 13 de ellos

Magister Scientiarum. Desde 1986 hasta la fecha, 36 con TEI, 7 que no realizaron TEI, 2 con TEG y 6 en proceso de elaboración del TEG (Figura 1).

Igualmente cabe mencionar que desde los inicios del posgrado hasta la actualidad, 12 residentes por diferentes causas (entre el 1er y 3er año) han abandonado el posgrado.

Categorización según el Título de Grado

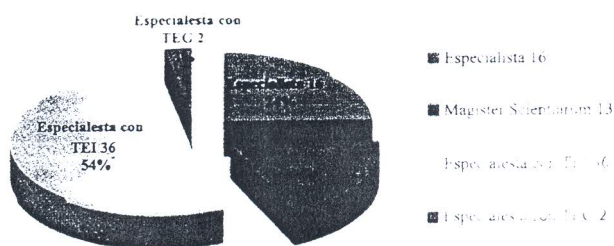


Figura 1. Categorización del cirujano según el título de grado



*Se puede concluir que el Posgrado constituye la expresión más elevada, calificada y pertinente de un sistema integrado Universidad – Sociedad, para la extensión del saber y la cultura.*

*Este sistema se conjuga, en un mismo ambiente Académico y en forma privilegiada, las funciones básicas de una universidad socialmente comprometida y con una visión de futuro: esto es: formación profesional especializada, creación intelectual (científica, técnica y humanística) e interacción social.*

Comisión de Posgrado de la UCV.

## AGRADECIMIENTOS

A la Comisión de Posgrado y al Centro de Documentación “Dr. José Ángel Puchi Ferrer” de la Facultad de Medicina de La Universidad Central de Venezuela.

A la Licenciada Carolina Dilena, por facilitarme resúmenes de los diferentes trabajos especiales de investigación (FEIs), que no se encontraban en la biblioteca y/o de ubicación imprecisa.

A los Dres. Luisa T. Silva, Guillermo Colmenares, Oscar B. Rangel, Antonio Paris.



Figura 2. Dr. Hermógenes Rivero. Foto localizada en la Jefatura de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C”.



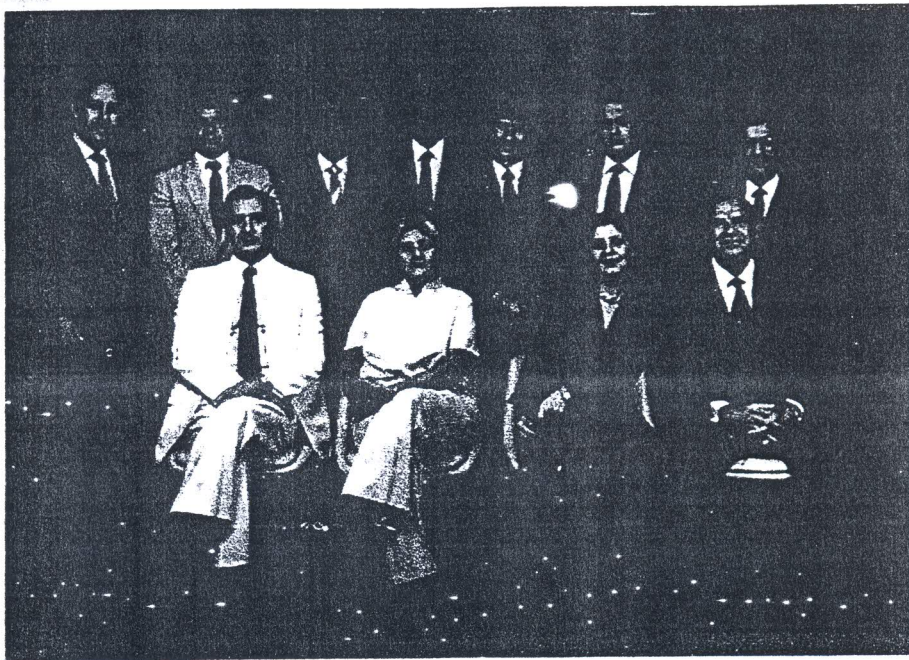


Figura 4. Cátedra - Servicio de Cirugía III 1986. De pie (de izquierda a derecha): E. Sánchez, L.A. Ayala, Alberto Benschimol, Eduardo Souchon, Antonio Paris, Vittorio Garbari, Samy Zoghby. Sentados (de izquierda a derecha): Serafín Sánchez, Luisa Teresa Silva, Juanita Gomis, Juan Godayol.



Figura 5. Cátedra - Servicio de Cirugía III 2009. De izquierda a derecha (primera fila): Humberto Chacon, Omaira Rodríguez, Daniel Castro (R2), Jorge Bazan (R3), Gustavo Bentez (Jefe de Servicio), Natalia Otaño (R3), Carlos Pedrón (R2), Elias Nakhai. De izquierda a derecha (segunda fila): Paul Millan (R1), María F. Visconti (R1), Emelissa Sosa (R1), Liumariel Vegas (R1).

## BIBLIOGRAFÍA

- Benítez R. 50 años. Promoción de Médicos Cirujanos "Dr. Francisco de Venanzio". UCV 1953 - 2003 y Sucesos Extraordinarios Ocurridos en la UCV durante ese tiempo. Caracas. Imprenta Universitaria; 2006.
- Benítez R. 50 años. Promoción de Médicos Cirujanos "Dr. Francisco de Venanzio". UCV 1953 - 2003 y Sucesos Extraordinarios Ocurridos en la UCV durante ese tiempo. Caracas. Imprenta Universitaria. 2006.p.11-16.
- Benítez R. Archivo Histórico de la UCV #7. Tomo I: Homenaje a Dr. Francisco de Venanzio en el I Aniversario de su muerte. Ediciones de la Secretaría de la UCV. Caracas; 1988.
- Benítez R. y Arraíz J. Rectores de la UCV, comentario sobre el centenario universitario dentro y fuera de su recinto. 1899-1981. Ediciones del Rectorado de la UCV. Caracas; 1982.
- Benítez R. Archivo Histórico de la UCV #2. La Ciudad Universitaria. Antecedentes Históricos: Documento de la compra de la finca La Hacienda Ibarra. Año 1943. Ediciones de la Secretaría de la UCV. Caracas. 1984.p.206-214.
- Plaza Izquierdo F. Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su trigésimo aniversario (1956-1986). Tomo 1. Ediciones del Rectorado de la UCV y Hospital Universitario de Caracas. Caracas; 1986.
- Navas Blanco A. Reseña Histórica de las Sedes de la Universidad Central de Venezuela. 1721-2001. Edición del Vice-Rectorado Académico de la U.C.V. Intertextos Consultores. Caracas; 2002.p.1-34.
- Egresados de la Universidad Central de Venezuela. 1725-1995. Tomo II. Vol. I 1958-1981. Ediciones de la Secretaría de la U.C.V. Caracas; 1996.p.1-679.
- Egresados de la Universidad Central de Venezuela. 1725-1995. Tomo II. Vol. II 1982-1995. Ediciones de la Secretaría de la UCV. Caracas; 1996.p.1-813.
- Egresados de la Universidad Central de Venezuela (Posgrado). 1996-2003. Tomo III. Vol. II 1996-2003. Caracas Ediciones de la Secretaría de la UCV. Caracas; 2004.p.1-470.

**CORRESPONDENCIA:** Dr. Gustavo Benítez Pérez. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.  
0416-6301468. gbenitezp2007@yahoo.es

# Laparoscopic Common Bile Duct Exploration in Patients With Gallstones and Choledocholithiasis

Aléxis Sanchez, MD, Omaira Rodríguez, MD, Omar Bellorín, MD,  
Renata Sánchez, MD, Gustavo Benítez, MD

## ABSTRACT

**Objectives:** To compare the effectiveness of laparoscopic common bile duct exploration in patients with failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

**Methods:** This is a descriptive, comparative study. Patients with an indication of common bile duct exploration between February 2005 and October 2008 were included. We studied 2 groups: Group A: patients with failed ERCP who underwent LCBDE plus LC. Group B: patients with common bile duct stones managed with the 1-step approach (LCBDE + LC) with no prior ERCP.

**Results:** Twenty-five patients were included. Group A: 9 patients, group B: 16 patients. Success rate, operative time, and hospital stay were as follows: group A 66% vs group B 87.5%; group A 187 minutes vs 106 minutes; group A 4.5 days vs 2.3 days; respectively.

**Conclusion:** Patients with failed ERCP should be considered as high-complex cases in which the laparoscopic procedure success rate decreases, and the conversion rate increases considerably.

**Key Words:** Choledocholithiasis, Laparoscopy, Endoscopic retrograde, Cholangiopancreatography.

Senior Professor, Medicine Faculty, Central University of Venezuela, Surgery Department III, Laparoscopic Surgery Program Co-Director, University Hospital of Caracas, Venezuela (Dr Sanchez)

Senior Professor, Medicine Faculty, Central University of Venezuela, Surgery Department III, University Hospital of Caracas, Caracas, Venezuela (Drs Rodríguez, Bellorín)

Senior Professor, Medicine Faculty, Central University of Venezuela, Surgery Department III, Chairman, University Hospital of Caracas, Caracas, Venezuela (Dr Benítez)

Senior Professor, Medicine Faculty, Central University of Venezuela, Surgery Department III, Chairman, University Hospital of Caracas, Caracas, Venezuela (Dr Sánchez)

Financial support was provided by the Scientific and Humanistic Development (CIC) of the Central University of Venezuela.

Correspondence to: Aléxis Sanchez, MD, Avenida Principal de Santa Sofía, Edificio Piso 9, Consultorio 9C, Santa Sofía, El Cafetal, Caracas, Miranda 1061, Venezuela. Telephone: 058 114 3410944, Fax: 058 212 9856257, E-mail: asanchez@hounail.com

DOI: 10.58680810X.127852891.1339

© 2010 by the Society of Laparoscopic Surgeons. Published by the Society of Laparoscopic Surgeons, Inc.

## INTRODUCTION

Secondary bile duct stones are present in as many as 15% of patients with gallstones. They are associated with severe complications, such as pancreatitis and cholangitis.<sup>1,4</sup>

After the introduction of laparoscopic cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) replaced open surgery as the gold standard for the treatment of common bile duct stones. The benefits of the preoperative endoscopic treatment (ERCP) followed by LC (2-step approach) are substantially better compared with open surgery, regarding postoperative pain, hospital stay, return to work, and cosmesis.<sup>5-9</sup>

However, ERCP has some issues, such as procedure-related complications and failed ERCP with a rate as high as 10% to 25%.<sup>5,6</sup> The limitations of endoscopic treatment are related to the complexity of doing a correct cannulation of the ampulla of Vater and stone retrieval. Patients with failed ERCP are considered high-complex cases.<sup>5,7</sup>

The failure in retrieving bile duct stones by using ERCP is an absolute indication for performing CBDE. Once the laparoscopic surgeons have gained experience with laparoscopic cholecystectomy, minimally invasive surgery moved one step forward, to LCBDE. Since the first experiences reported in 1991,<sup>8,10</sup> this procedure has been done together with new technologies, currently considered as effective as ERCP.<sup>11,12</sup> Some reports support the 1-step approach over the 2-step approach in terms of costs and hospital stay.<sup>13-15</sup>

We reported our initial experience with LCBDE in 2005.<sup>16</sup> Thereafter, we have been doing the procedure with the choledochoscope and the fluoroscopic-guided wire basket.<sup>17,18</sup> Some of our patients are referred to us because of failed ERCP, in particular high-complex patients. The objective of this article is to report our experience with LCBDE in patients with failed ERCP and compare them with the outcomes of patients who underwent the 1-step approach (LCBE+LC) with no prior ERCP.

## METHODS

This is a descriptive, comparative, longitudinal study that included 25 patients with the indication of common bile

duct exploration between February 2005 and October 2008. All the patients were included in the LCBDE protocol. Then after 3 and a half years, we retrospectively analyzed the variables contained in our database.

Preoperative evaluation included liver function tests, abdominal ultrasound, and cardiovascular evaluation. All patients were informed regarding therapeutic options, and informed consents were signed.

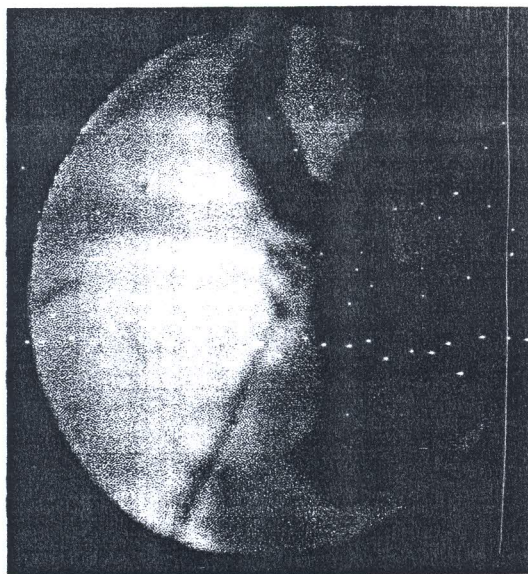
### Technique for Laparoscopic Common Bile Duct Exploration

Once Calot's triangle is dissected and the anatomic structures identified, an intraoperative cholangiography is performed (IOC). IOC is achieved by placing an LT 300 titanium clip in the proximal aspect of the cystic duct, and a partial cut distal to the clip is done with a laparoscopic scissors. A cholangiocatheter or Intracath N°14 is introduced into the abdominal cavity via the Intracath needle, using it as an additional trocar so that the surgeon's hands are free to perform the cystic cannulation. The catheter is advanced through the cystic duct and is secured by using an additional clip. After a test with physiologic solution, taking care of any leak due to a loose clip, the contrast is passed under direct vision using the fluoroscope.

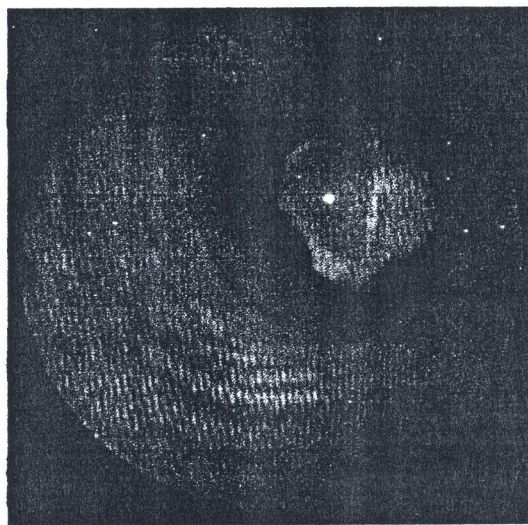
The IOC allows the surgical team to identify or confirm the presence of bile duct stones (**Figure 1**). The IOC also depicts a map of the extrahepatic biliary anatomy, especially in patients with failed ERCP, due to the difficulty in cannulating the ampulla of Vater.

After a positive IOC, the next step is to perform a common bile duct exploration. The LCBDE should begin via the cystic duct given that, compared with a choledochotomy this pathway is associated with lower morbidity and costs.<sup>19,20</sup> However, regarding patients with failed ERCP, due to the difficulty in bile duct stone retrieval, the trans-cystic approach appears to be unfeasible, and a choledochotomy is usually done

Before the supra-fuodenal choledochotomy is done, a 4-0 silk suture is placed over the common bile duct to handle it and make the procedure more feasible. Once the choledochotomy is done, the exploration and bile duct stone retrieval begins under direct vision using a choledochoscope, which has been our standard procedure since 2005 (**Figure 2**). Sometimes, in these high-complex cases, a wider choledochotomy is needed matching the size of the bigger stone, preventing serious tears in the common bile duct (**Figure 3**). After retrieving the bile



**Figure 1.** Intraoperative cholangiography showing dilated common bile duct and multiple stones.



**Figure 2.** Common bile duct stone under direct vision of choledochoscope.

duct stones, a T tube is placed and secured, and a final IOC is done. A subhepatic drain is placed.

### Statistical Analysis

The variables and demographics were compared with the rate of success and the postoperative course. The means were calculated for continuous variables. The frequency and percentage were calculated for nominal variables.

Student *t* test was calculated to compare the success between the 2 groups.

**RESULTS**

Of the 25 patients (36%) included in this study were referred from the department of gastroenterology after a failed ERCP. A 1-step approach, LCBDE+LC, was performed in the other 16 patients.

The failed ERCPs were due to the difficulty in cannulating the ampulla of Vater (4 patients) and difficulty in stone retrieval (5 patients), due to the presence of intrahepatic bile duct stones or huge common bile duct stones (Table 1).

These 9 patients were operated on with the intention of performing LCBDE; however the conversion rate was 78%. Intrahepatic bile duct stones and embedded stones

in the ampulla of Vater were the cause of conversion to an open procedure (Table 2). The hospital stay was 4.7 days (range, 2 to 8), which is related to the conversion rate shown, and also because these patients underwent a common bile duct exploration via choledochotomy. In a mean follow-up of 22 months, no residual lithiasis has been reported.

Comparing high-complex cases (failed ERCP) with the 1-step approach cases (LCBDE+LC), the success rate between them is widely evident (66% vs 87.5%, respectively). The same happens when operative time and hospital stay between both groups are compared. However, because this series is small, no statistical significance in these parameters exists (Table 3).

**DISCUSSION**

After its introduction in the 1970s, ERCP along with the endoscopic sphincterotomy became the gold standard in the treatment of common bile duct stones. This procedure is done in patients with a high suspicion of common bile duct stones or patients with demonstrated bile duct stones. ERCP effectiveness is between 75% and 90%.

This endoscopic procedure (ERCP) has some failure related factors, such as postsurgical gastrointestinal anatomic variations (Billroth II), duodenal diverticulum, embedded stones in the ampulla of Vater, intrahepatic bile duct stones, and common bile duct strictures.<sup>5</sup>

The presence of a duodenal diverticulum is frequent, particularly in the elderly. Ampullae of Vater located at the bottom of the diverticulum are the main cause of failure in cannulation and stone retrieval. Cannulation rate in juxtapapillary diverticulum is 78% and 38% when the ampulla is at the bottom.<sup>21,22</sup>

The presence of several stones or big stones is usually the cause of ERCP failure. The multiple attempts and maneuvers performed increase the complication rate, such as pancreatitis, bleeding, or perforation.<sup>23</sup>



Figure 3. Choledochotomy must match the size of the larger...

**Table 1.**  
Causes of ERCP Failure in Patients Admitted With Unresolved Choledocholithiasis

	n = 9
Difficulty in Cannulating Ampulla of Vater	
- anatomy	1
- duodenal diverticulum	2
- unspecified	1
Difficulty in Stone Retrieval	
- intrahepatic stones	2
- and multiple stones	3

**Table 2.**  
Laparoscopic Common Bile Duct Exploration in Patients With Complex Choledocholithiasis

Results	Number of Patients
Successful	6 (66,6%)
Conversion	3 (33,3%)
- Intrahepatic bile stones	1
- Embedded stones	2

**Table 3.**

Laparoscopic Common Bile Duct Exploration: Comparison Between Cases With Failed Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) and Cases With the 1-step Approach (LCBDE+LC)

	LCBDE in failed ERCP (Group A)	LCBDE + LC (1-step approach) (Group B)	P Value*
Age (years)	45 (28 to 78)	39 (29 to 59)	NS
Conversion	33.3%	12.5%	P<0.05
Complications	11.1%	6.25%	NS
Operative time (min)	187'	106'	
LCBDE transcystic	—	99'	NR
LCBDE choledochotomy	187'	119'	NR
Hospital stay (days)	4.5 (2 to 8)	2.3 (2 to 5)	NR
Residual lithiasis	0%	0%	NR

NS=not significant; NR=not rated.

iliary strictures are another cause of ERCP failure. Fortunately, they are infrequent in our area. Billroth II gastrectomy is considered a big challenge for ERCP performers with success rate barely reaching 60%. The complexity is not only due to the difficulty in reaching the ampulla but also in achieving the exact location of the endoscope prior to cannulating it.<sup>22</sup>

Surgery must be performed in every patient with a failed ERCP. With the advance in minimally invasive surgery, LCBDE is now considered effective, safe, and feasible.<sup>12,25</sup>

The development of new surgical techniques and reaching the learning curve for LCBDE has led to considering the 1-step approach as an option for patients with gallstones and suspected choledocholithiasis. The United States National Institutes of Health consensus and the British Society of Gastroenterology recommendations regard LCBDE as effective as ERCP in the treatment of choledocholithiasis.<sup>12,26</sup>

Our results strongly suggest the routine use of the choledochoscope assistance in all cases. It has been our standard procedure. In our experience, the success rate of the blind duct technique or under fluoroscopic guidance is as low as 10%. We have been performing LCBDE since 2005 with a total success rate of 80%, morbidity of 8%, and no mortalities.<sup>19,26</sup> However, when analyzing the cases of failed ERCP only, we notice that the effectiveness decreases (66%). The main causes of conversion to an open procedure, as in specialized centers, are the presence of intrahepatic bile duct stones and embedded stones in the ampulla of Vater.<sup>27</sup> There are no preoperative indicators of LCBDE failure.

**CONCLUSION**

Similar to the findings of Karaliotas et al in 2008,<sup>28</sup> who reported a success rate of 64.5%, this study shows that patients with failed ERCP should definitely be considered complex cases. In these patients, the effectiveness of the laparoscopic procedure decreases, and the conversion rate increases considerably.

**References:**

1. Petelin JB. Surgical management of common bile duct stones. *Gastromtest Endosc*. 2002;56(6 Suppl):S183-189.
2. Sahai AV, Maukkin PD, Marsi V, Hawes RH, Hoffman BJ. Bile duct stones and laparoscopic cholecystectomy: a decision analysis to assess the roles of intraoperative cholangiography, U.S., and ERCP. *Gastromtest Endosc*. 1999;49(3):334-343.
3. Perissat J, Hubregtse K, Keane F, Russell R, Neoptolemos J. Management of bile duct stones in the era of laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 1994;81(6):799-810.
4. Cotton PB. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopy cholecystectomy. *Am J Surg*. 1995;170(4):474-478.
5. Tai C, Tang C, Ha J, Chau C, Su W, Li M. Laparoscopic exploration of common bile duct in difficult choledocholithiasis. *Surg Endosc*. 2004;18(6):910-914.
6. Rhodes M, Sussman L, Cohen L, Lewis MP. Randomised trial of laparoscopic exploration of common bile duct stones in a postoperative endoscopic retrograde cholangiography for common bile duct stones. *Lancet*. 1998;351:159-161.
7. Tang C, Li M. Technical aspects in the laparoscopic man...

- ment of complicated common bile duct stones. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2005;12:444-450.
8. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Laparoscopic choledocholithotomy. *J Laparosc Surg.* 1991;1(2):79-82.
  9. Petelin J. Laparoscopic approach to common duct pathology. *Surg Laparosc Endosc.* 1991;1(1):33-41.
  10. Shapiro SJ, Gordon LA, Daykhovsky L, Grundfest W. Laparoscopic exploration of the common bile duct: experience in 16 selected patients. *J Laparosc Surg.* 1991;1(6):333-341.
  11. Berthou J, Dron B, Charbonneau PH, Moussalier K, Pellissier L. Evaluation of laparoscopic treatment of common bile duct stones in a prospective series of 505 patients: Indications and results. *Surg Endosc.* 2007;21:1970-1974.
  12. NIH state-of-the-science statement on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for diagnosis and therapy. *NIH Consens State Sci Statements.* 2002;19(1):1-23.
  13. Cuschieri A, Lezoche F, Morino M, et al. E.A.E.S. multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi. *Surg Endosc.* 1999;13:952-957.
  14. Liberman M, Phillips E, Carroll B, Fallas M, Rosenthal R, Hiatt J. Cost-effective management of complicated choledocholithiasis: laparoscopic transcystic duct exploration or endoscopic sphincterotomy. *J Am Coll Surg.* 1996;182(6):488-489.
  15. Urbach D, Khajanchee Y, Jobe B, Standage B, Hansen P, Swannston L. Cost-effective management of common bile duct stones. *Surg Endosc.* 2001;15:4-13.
  16. Sanchez A, Benítez G, Rodríguez O, et al. Exploración laparoscópica de la vía biliar. Primera experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Venez Cir.* 2005;58(2):68-77.
  17. Rodríguez O, Sánchez Ismayel A, Benítez G, Pujadas Z, Caldero R, Sánchez R. Instrumentación laparoscópica de la vía biliar bajo control fluoroscópico. Análisis luego de dos años de experiencia. *Rev Venez Cir.* 2007;60(2):57-64.
  18. Sánchez A, Rodríguez O, Sánchez R, Benítez G, Bellorín O, Paredes J. Coledocoscopia en la exploración laparoscópica de la vía biliar para resolución de coledocolitiasis. *Rev Venez Cir.* 2007;60(4):177-182.
  19. Millat B, Fingerhut A, Deleuze A, et al. Prospective evaluation in 121 unselected patients undergoing laparoscopic treatment of choledocholithiasis. *Br J Surg.* 1995;82(9):1266-1269.
  20. Petelin JB. Laparoscopic common bile duct exploration. *Surg Endosc.* 2003;17(11):1705-1715.
  21. Chang-Chien C. Do juxtapapillary diverticula of the duodenum interfere with cannulation at endoscopic retrograde cholangiopancreatography? A prospective study. *Gastrointest Endosc.* 1987;33:298-300.
  22. Lobo D, Balfour T, Ittikhar S. Periapillary diverticula: consequences of failed ERCP. *Ann R Coll Surg Engl.* 1998;80:320-331.
  23. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol.* 2007;102(8):1781-1788.
  24. Lin L, Siau C, Ho K, Tung J. ERCP in post-Billroth II gastrectomy patients: emphasis on technique. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:144-148.
  25. Poulou B, Arbogast P, Holzman M. National Analysis of in-hospital resource utilization in choledocholithiasis management using propensity scores. *Surg Endosc.* 2006;20:186-190.
  26. Williams E, Green J, Beekingham I, Parks R, Martin D, Lombard M. British Society of Gastroenterology. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut.* 2008;57(7):1004-1021.
  27. Stromberg C, Nilsson M, Leijonmarck C. Stone clearance and risk factors for failure in laparoscopic transcystic exploration of the common bile duct. *Surg Endosc.* 2008;22:1194-1199.
  28. Karaliotas C, Sgourakis G, Goumas C, Papatheoannou N, Tili C, Leandros E. Laparoscopic common bile duct exploration after failed endoscopic stone extraction. *Surg Endosc.* 2008;22:1820-1831.



# MIOFIBROBLASTOMA DE LA MAMA FEMENINA

## REPORTE DE UN CASO

DEMIAN SPINETTI, CECILIA BERMÚDEZ, LUIS BETANCOURT, PEDRO MARTÍNEZ, GABRIEL ROMERO, RENATA SÁNCHEZ, FELIPE DÍAZ, ZULEIMA CARRERA, ALCIMAR VERDES

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI" SERVICIO DE CIRUGÍA III. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

### RESUMEN

El miofibroblastoma constituye una entidad benigna de la mama de presentación muy infrecuente, que afecta principalmente la mama masculina. Su principal característica histológica es su estirpe mesenquimal caracterizada por la proliferación de células fusiformes rodeadas de colágeno y que derivan de los fibroblastos. El tratamiento principal es la cirugía, con tendencia a la preservación de la glándula sobre todo en la mujer. Presentamos el caso de una paciente femenina de 64 años de edad, con un tumor solitario, de crecimiento progresivo durante 5 años, hasta que decide solicitar asistencia médica, planteándose el diagnóstico preoperatorio de una lesión de tipo mesenquimal; la cual posterior al tratamiento quirúrgico y mediante estudios inmunohistoquímicos se confirma la presencia de un miofibroblastoma clásico, siendo estos tumores infrecuentes en la práctica clínica diaria, debiendo ser considerados al momento de hacer diagnóstico diferencial.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, mama, tumor, miofibroblastoma, mesenquimales.

### SUMMARY

The miofibroblastoma is a benign tumor of the breast of very infrequent presentation that mainly affects the male breast. The main histological characteristic is the mesenchymal ancestry characterized by the proliferation of plump and spindle cells surrounded by collagen and that derive from fibroblasts. The surgery is the main treatment with preservation of the breast in female patients. We presented a case of a female patient of 64 years old, which presents a solitary tumor with progressive growth by 5 years, until she decides to ask for medical aid, considering the preoperating diagnosis of an tumor of mesenchymal type; which subsequent to the surgical treatment and confirmed by immunohistochemistry the presence of miofibroblastoma of the breast, being this finding very unusual in the clinical practice, and to be considered at the time of making differential diagnosis.

**KEY WORDS:** Cancer, breast, tumor, myofibroblastoma, mesenchymal.

### INTRODUCCIÓN

**E**l miofibroblastoma es una entidad encontrada de manera muy infrecuente en la práctica clínica diaria<sup>(1)</sup>. Se describe además que afecta principalmente a la mama masculina, lo que constituye un punto de interés en nuestro caso al presentarse en una paciente femenina<sup>(2)</sup>. El miofibroblastoma de la mama es un raro tumor de células fusiformes,

Recibido: 10/08/2010 Revisado: 12/09/2010

Aceptado para publicación: 20/09/2010

Correspondencia: Dr. Demian A Spinetti Rivera.

Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti".

Servicio de Patología Mamaria I.O.L.R. Calle Real de Cotiza. San José, Cotiza. Caracas.

Tel: 04147485454. E-mail: lrzetti@yahoo.com

bien caracterizado por Wargotz y col., en 1987, que deriva de células mesenquimales fusiformes de probable origen en los fibroblastos con diferentes variantes (3-5). Este caso en particular se trata de un miofibroblastoma clásico. El miofibroblastoma está incluido dentro de los tumores primarios del mesénquima de la mama, los cuales representan menos del 1 % de las neoplasias mamarias (6-9).

### CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 64 años de edad, con inicio de enfermedad actual en abril de 2000 cuando al auto examen nota nódulo en la mama izquierda, para el cual recibe tratamiento médico en múltiples oportunidades, sin mejoría alguna; persistiendo la lesión con crecimiento progresivo hasta que en el año 2005 la misma llega a reemplazar la mama casi en su totalidad por lo que decide consultar a nuestro centro. No presenta antecedentes de importancia para su patología. Al examen físico, paciente con

mamas voluminosas, con asimetría debido a tumor de mama izquierda en región central, sin retracción del complejo areola pezón. A la palpación: mama derecha normal y una mama izquierda con tumor único de 13 cm de diámetro, de consistencia renitente, levemente doloroso, que ocupa las 2/3 partes de la mama ubicada en la región centro mamaria, móvil y no adherida a planos profundos. Sitios de drenaje linfático sin adenopatías. Mamográficamente en la mama izquierda se aprecia imagen ovalada de 9 cm x 7 cm de bordes nítidos, muy densa, con localización central que ocupa las 2/3 partes de la mama (Figura 1 y 2). El ultrasonido reveló en mama izquierda una imagen sólida sin reforzamiento posterior de 8 cm x 8 cm, de ubicación retro-areolar y cuadrante superior externo. La biopsia por *tru-cut* concluyó lesión mesenquimal hiper celular con atipias celulares. No se observó componente epitelial.

En agosto de 2005 la paciente es llevada a mesa operatoria practicándosele mastectomía total simple izquierda modificada y disección axilar baja (Figura 3).

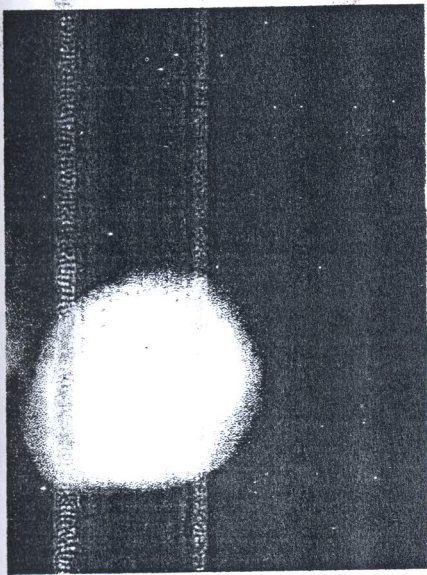


Figura 1. Mamografía proyección MLO (mama izquierda).



Figura 2. Mamografía proyección CC (mama izquierda).

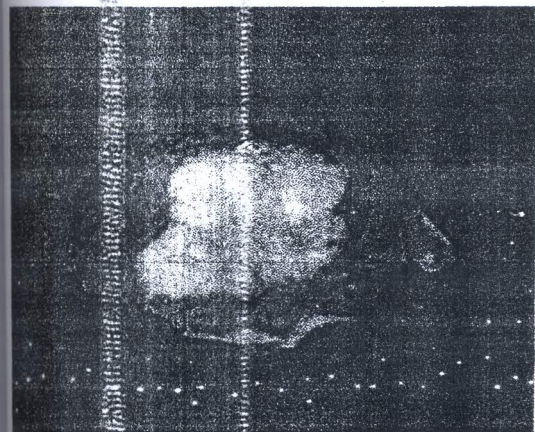


Figura 3. Aspecto macroscópico del tumor.

El resultado de anatomía patológica sugiere la presencia de miofibroblastoma (Figura 4 y 5) la cual es confirmada mediante el estudio inmunohistoquímico (Positividad para vimentina y focalmente para actina músculo liso y desmina).

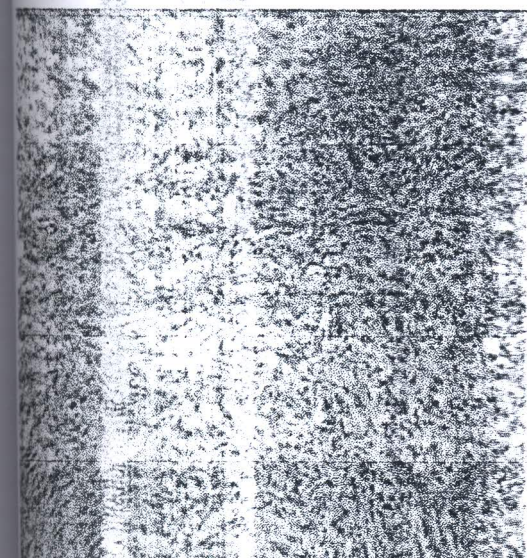


Figura 4. Miofibroblastoma clásico, las áreas más celulares (10x).

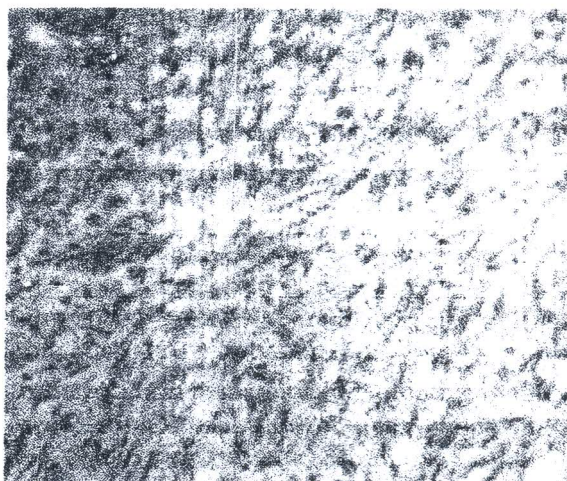


Figura 5. Miofibroblastos (40x).

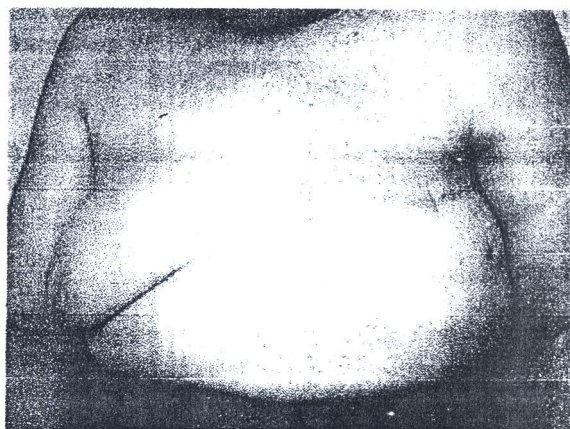


Figura 6. Paciente en control posterior a tratamiento.

En el último control clínico en marzo 2007 se encontró una paciente asintomática y al examen mamario ausencia de mama izquierda con buena cicatrización y sin evidencia de recaída local ni regional (Figura 6). Mama derecha sin anomalías clínicas. Mamografía de control mama derecha con patrón adiposo involutivo sin evidencia de imágenes de sospecha, BIRADS I.

## DISCUSIÓN

Uno de los tumores benignos de la mama poco comunes, que ha emergido como una entidad durante la última década es el miofibroblastoma. Un característico tumor estromal descrito por primera vez por Wargotz y col. Hasta el momento han sido reportados aproximadamente 54 casos, y entre las series más grandes se cuentan la de este mismo autor con 16 casos, Salomão y col., con 9 y Julián y col., con 8 casos <sup>(1,8,10)</sup>.

A pesar de ser un tumor con preferencia por la mama masculina, se menciona que el 33 % de los miofibroblastomas ocurre en mujeres <sup>(2)</sup>. Se denomina miofibroblastoma a un tipo de lesión, caracterizada por una proliferación de células fusiformes rodeadas de colágeno. Se presenta generalmente como una masa solitaria, de consistencia firme, móvil. El rango de edad oscila de 23 hasta 85 años, con un pico de incidencia mayor entre los 50 y 60 años. Generalmente su presentación es unilateral, y se caracteriza por una masa de crecimiento progresivo no asociada a retracción del complejo areola pezón ni otros síntomas <sup>(2,9)</sup>.

Desde el punto de vista anatomopatológico el miofibroblastoma está constituido por miofibroblastos. Estas son células mesenquimales probablemente originadas de los fibroblastos, con características similares al tumor fibroso solitario.

Microscópicamente, el miofibroblastoma de tipo clásico carece de lóbulos y ductos mamarios, comprime el parénquima adyacente, creando una pseudo-cápsula. Tiene dos características histológicas distintivas, la presencia de células bipolares uniformes y fusiformes, dispuestas arremolinadamente y bandas anchas de colágeno hialinizado (PAS positivo).

Se describen cuatro variantes histológicas, las cuales no están asociadas a un comportamiento biológico diferente del tipo clásico:

- a. Miofibroblastoma colagenizado o fibroso
- b. Miofibroblastoma epiteloide
- c. Miofibroblastoma infiltrante
- d. Miofibroblastoma mixoide.

A la inmunohistoquímica, los miofibroblastos presentan reactividad para la actina, desmina, vimentina y CD34; siendo negativos para proteína S-100 y citoqueratinas <sup>(3,6)</sup>.

En relación al diagnóstico diferencial deben considerarse los tumores mamarios de células fusiformes benignos (tumor fibroso solitario, y lipomas de células fusiformes) y malignos (carcinoma metaplásico y sarcomas).

El tratamiento estándar es la cirugía, con márgenes de resección suficientes, no encontrándose reportes de recurrencias en la literatura <sup>(7,9)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Magro G, Michal M, Bisceglia M. Benign spindle cell tumors of the mammary stroma: Diagnostic criteria, classification and histogenesis. *Pathol Res Pract*. 2001;197:453-466.
2. Lichten J, Boolbol S, Feldman S, Friedman I. Myofibroblastoma of the breast. *Breast J*. 2004;10:370-371.
3. Rosen PP. En: Rosen PP, editor. *Rosen's Breast Pathology*. Filadelfia, EE.UU.: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.p.766-774.
4. Rosen PP, Oberman H. Tumors of the mammary gland. *Armed Forces Institute of Pathology*. Bethesda, Maryland. 1993.p.310-311.

# METÁSTASIS COROIDEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE RECAÍDA SISTÉMICA EN EL CÁNCER DE MAMA

RENATA SÁNCHEZ, LUIS BETANCOURT, ALEXIS SÁNCHEZ<sup>1</sup>, EDWIN VELÁSQUEZ<sup>2</sup>, DEMIÁN SPINETT<sup>2</sup>, NELLY CARRERO<sup>2</sup>

SERVICIO DE CIRUGÍA III HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI"

## RESUMEN

La metástasis coroidea es una entidad poco frecuente y está asociada usualmente a un mal pronóstico, siendo el cáncer de mama su principal causa. Se presenta el caso de un paciente femenino de 47 años de edad con antecedente de cáncer de mama estadio IIIA diagnosticado y tratado en 1998, permaneciendo libre de enfermedad locoregional y a distancia hasta julio de 2005 cuando presenta disminución de la agudeza visual basados en los test clínicos se le diagnosticó metástasis coroidea en ojo derecho. Inicia tratamiento local y sistémico con evolución satisfactoria y remisión completa de la lesión corroborada por estudios complementarios.

**PALABRAS CLAVE:** Metástasis, cáncer, mama, coroidea, quimioterapia.

## SUMMARY

The choroid metastasis, are not frequent in intraocular malignant tumors, the breast cancer, is the primary tumor more frequently responsible for ocular metastases. These reports describe a feminine 47 years old diagnosed with infiltrating ductal carcinoma of her right breast classified how state IIIA treated in 1998, she was free of disease until July of 2005, she complained of diminished visual acuity of her right eye. Based on the clinical and test outcomes the following diagnosis was reached: Choroid metastasis in the right eye, from a known primary tumor. The patient started treatment local and systemically chemotherapy with excellent response.

**KEY WORDS:** Metastasis, breast, cancer, choroid, chemotherapy.

## INTRODUCCIÓN

La metástasis coroidea es una entidad poco frecuente, siendo el cáncer de mama el sitio primario más común en originarla, seguido del cáncer de pulmón. En algunas ocasiones, puede ser la primera manifestación de una patología maligna o de recaída a distancia. La poca incidencia de esta patología nos motivó a

Recibido: 05/03/2009 Revisado: 15/05/2009

Aceptado para publicación: 03/10/2009

Correspondencia: Dra. Renata Sánchez Miralles, Av. principal Santa Sofía, Torre Alfa, Piso 9, Consultorio 9C. El Cafetal, Caracas, Miranda 1061. E-mail: rsm35@hotmail.com

presentar el siguiente caso clínico.

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente **femenina de 47 años** de edad con antecedentes de **carcinoma ductal infiltrante de mama derecha T3N1M0** (Estadio IIIA), diagnosticado en enero de 1998 tratada con **quimioterapia neoadyuvante** (ciclofosfamida, adriamicina, 5-fluoracilo por 3 ciclos) con respuesta **parcial**, posteriormente sometida a **mastectomía radical modificada** tipo Madden y **quimioterapia adyuvante** (ciclofosfamida, adriamicina, 5-fluoracilo por 6 ciclos) más **radioterapia adyuvante (5 000 cGy)** y tamoxifeno por cinco años; **quien permanece en control regular sin evidencia de enfermedad** locorregional ni a distancia hasta julio de 2005, cuando presenta **disminución de la agudeza visual** en ojo derecho motivo por el cual consulta.

La paciente niega otros antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia. Al examen físico se evidenciaba como **hallazgo positivo ausencia** quirúrgica de mama derecha con **ciatriz eutrófica** bien consolidada, sin adenopatías a nivel axilar ni supraclavicular y el resto del examen físico sin alteraciones.

En vista de los síntomas de la paciente se refiere a evaluación por oftalmología y se solicitan los siguientes estudios de extensión que no evidenciaron ninguna alteración:

Laboratorio: incluida **hematología completa** y química sanguínea con **pruebas de funcionalismo** hepático.

Mamografía izquierda.

Radiografía de tórax.

Ecosonograma abdominal.

Gammagrama óseo.

La evaluación por oftalmología confirmó que existía **compromiso del campo visual superior derecho** y realiza como estudios

**complementarios:** fondo de ojo, angiografía con fluoresceína, tomografía de coherencia óptica, ecosonograma ocular y resonancia magnética nuclear de cráneo.

El fondo de ojo describe **placas sub-retineales amarillentas** en polo posterior alrededor del **disco óptico inferior** y en la **fóvea** con un **desprendimiento de retina exudativa** (Figura 1).

La angiografía con fluoresceína reporta **hipofluorescencia temprana** e **hiperfluorescencia tardía** de las lesiones sub-retineales compatible con el diagnóstico de **metástasis coroidea** en ojo derecho (Figura 2).

La tomografía de coherencia óptica evidencia **desprendimiento de retina**, así como **edema macular** con **separación de las capas retinianas** con **depósitos hiperreflectivos** en el espesor de la misma (Figura 3).

El ecosonograma ocular reporta **masa aplanada** con **hiperreflectividad media regular** en el polo posterior de 3 mm de espesor en el ojo derecho.

La resonancia magnética nuclear evidencia **alteración de intensidad de señal** en el globo ocular derecho, con **captación de contraste** en las paredes. No hay alteración de los hemisferios cerebrales (Figura 4).

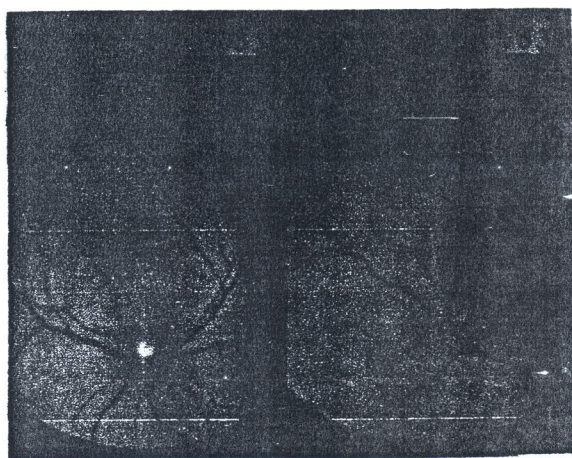


Figura 1. Oftalmoscopia.

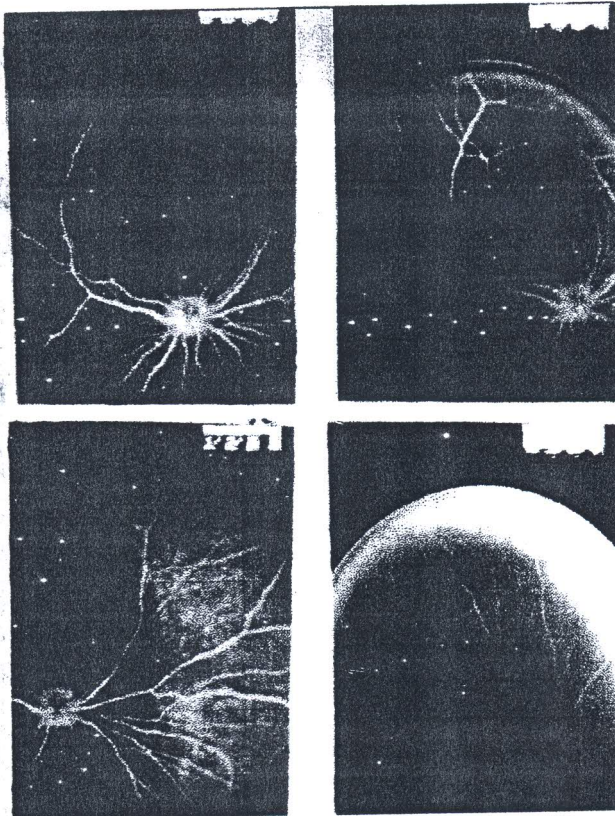


Figura 2. Angiografía con fluoresceína.

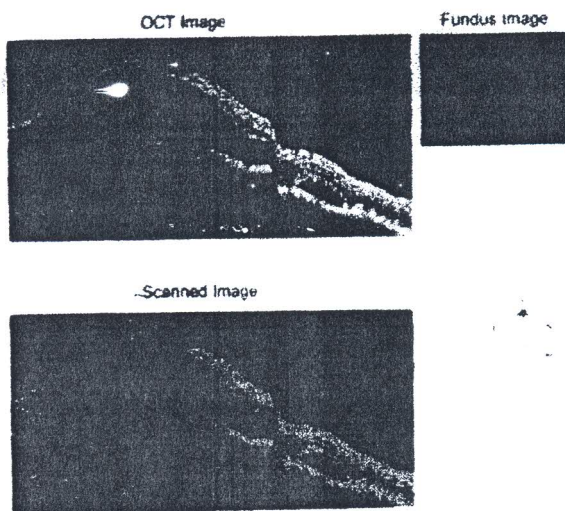


Figura 3. Tomografía de coherencia óptica.

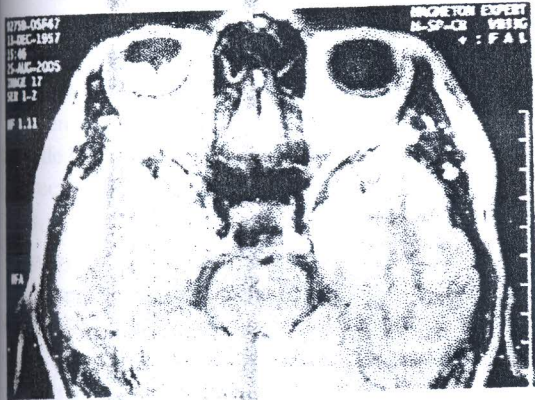


Figura 4. Resonancia magnética nuclear.

Basado en los diferentes hallazgos de los estudios se concluyen los siguientes diagnósticos:

- Metástasis coroidea de ojo derecho de primario conocido.
- Cáncer de mama derecha estadio IIIA en recaída a distancia.

La paciente inicia tratamiento con terapia fotodinámica y quimioterapia adyuvante a base de docetaxel por 12 ciclos, con buena respuesta, actualmente sin evidencia de enfermedad.

## DISCUSIÓN

La incidencia del cáncer de mama metastásico varía según las distintas series entre un 5 % y un 10 %, siendo los sitios más comúnmente afectados: hueso, pulmón, pleura, tejidos blandos, hígado, cerebro y otras localizaciones mucho menos frecuentes como el globo ocular<sup>(1)</sup>.

La metástasis coroidea es el tumor intraocular maligno más frecuente, siendo el cáncer de mama la principal causa de metástasis oculares, seguido del cáncer de pulmón (Cuadro 1). En algunas ocasiones, hasta un 18 %, la metástasis coroidea puede ser la primera manifestación del tumor primario sin que este se haya diagnosticado<sup>(2)</sup>.

Cuadro 1. Porcentaje de metástasis oculares según la localización del tumor primario.

Tumor	%
Mama	47
Pulmón	21
Gastrointestinal	4
Riñón	2
Piel	2
Próstata	2

Perls y col.<sup>(3)</sup>, reportaron el primer caso de metástasis coroidea en 1871 y fueron Bloch y col. en 1971 quienes definieron a las metástasis coroideas como el tumor intraocular maligno más frecuente<sup>(4)</sup>. A partir de entonces, se han publicado distintas series como la de Nelson en 1983<sup>(5)</sup>, Jeedi y col. en 1994<sup>(6)</sup> y Wiegel y col. en 1998<sup>(7)</sup> que reportan entre un 4 % y un 11 % de incidencia de metástasis coroideas en los pacientes con cáncer en general.

En cuanto a la clínica de estos pacientes encontramos que la mayoría se presenta con disminución de la agudeza visual, tal y como ocurrió en este caso. Otras formas de presentación descritas son: diplopía, fotofobia, ptosis, blefaritis, dolor, exoftalmos, glaucoma secundario y desprendimiento de retina<sup>(2,8,9)</sup>.

El diagnóstico se basa inicialmente en los hallazgos clínicos complementado por los estudios de imágenes. Las metástasis coroideas usualmente se presentan como lesiones amarillentas - marrones en el fondo de ojo y por lo general forman una placa de aspecto sólido y plana que puede documentarse por un ecosonograma, hallazgos estos presentes en el caso descrito<sup>(10,11)</sup>. Se ha utilizado la angiografía con fluoresceína donde se describe fluorescencia temprana en la fase arteriolar o arteriovenosa que se hace progresiva y más intensa en la fase tardía, tal y como ocurrió en este caso<sup>(12)</sup>. La tomografía y la resonancia magnética tienen



valor limitado, sin embargo, pueden ser útiles para descartar la presencia de metástasis recurrentes en el sistema nervioso central y modificar el campo de radioterapia<sup>(13)</sup>. En el caso en la resonancia se evidenció una disminución de la intensidad de la señal en el globo ocular derecho sin alteración de los hemisferios cerebrales.

El manejo de estos pacientes depende de varios factores entre los que se citan: forma de presentación, condiciones del paciente y expectativa de vida; y según esto se selecciona la forma de tratamiento más adecuada que va desde simple observación hasta tratamientos con quimioterapia, fotocoagulación, cirugía, radioterapia y en casos muy graves resección quirúrgica<sup>(14,15)</sup>. La forma de tratamiento más comúnmente aplicada es la radioterapia externa con campos laterales, con

resultados alentadores<sup>(16,17)</sup>. En este caso la paciente fue tratada con terapia fotodinámica y quimioterapia adyuvante a base de docetaxel (12 ciclos) evolucionando satisfactoriamente, con remisión de la enfermedad corroborada por tomografía de coherencia óptica.

En cuanto al pronóstico, las metástasis coroideas se han asociado con mal pronóstico, con sobrevividas que varían entre los 7 y los 20 meses<sup>(9,18)</sup>. En este caso la paciente permanece viva y libre de enfermedad.

Las metástasis coroideas son una entidad poco frecuente, sin embargo, si se realizase una adecuada exploración oftalmológica en los pacientes de alto riesgo, pudiera detectarse de forma precoz y permitiría la aplicación de tratamientos específicos que impedirían el desarrollo de secuelas a largo plazo.

## REFERENCIAS

- Mundo M. Complicaciones de la enfermedad metastásica. En: Fernández-Cid A, editor. Oculología. Barcelona, España: Masson; 2000. p.669-675.
- Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz JP, Goldberg SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology*. 1997;104:1265-1276.
- Small W. Management of ocular metastases. *Cancer Control*. 1998;5(4):326-332.
- Schuchman RS, Gartner S. The incidence of ocular metastatic carcinoma. *Arch Ophthalmol*. 1971;85:673-675.
- Johnson CC, Hertzberg BS, Klintworth GK. A pathological study of 716 unselected eyes in patients with cancer at the time of death. *Am J Ophthalmol*. 1983;95:788-793.
- A. Bouguila H, Mezlini A, Daghfous F, Kaouache Ben Ayed F, et al. Choroid Metastases. *J Fr Ophthalmol*. 1994;17:657-663.
- Reichel T, Kreusel M, Bornfeld N, Bottke D, Stange G, Herberich MH, et al. Frequency of asymptomatic choroidal metastasis in patients with disseminated breast cancer: Results of a prospective screening programme. *Br J Ophthalmol*. 1998;82:1159-1161.
- Ferry AP, Font RL. Carcinoma metastatic to the eye and orbit: A clinic pathologic study of 227 cases. *Arch Ophthalmol*. 1974;92:276-286.
- Freedman MI, Folk JC. Metastatic tumors to the eye and orbit: Patient survival and clinical characteristics. *Arch Ophthalmol*. 1987;105:1215-1219.
- Merrill CF, Kaufman DI, Dimitrov NV. Breast cancer metastatic to the eye is a common entity. *Cancer*. 1991;68:623-627.
- Coleman DJ, Abramson DH, Jack RL, Frazen LA. Ultrasonic diagnosis of tumors of the choroid. *Arch Ophthalmol*. 1974;91:344-354.
- David DL, Robertson DM. Fluorescein angiography of metastatic choroidal tumors. *Arch Ophthalmol*. 1973;89:97-99.
- Mewis L, Young SE. Breast carcinoma metastatic to the choroids: Analysis of 67 patients. *Ophthalmology*.

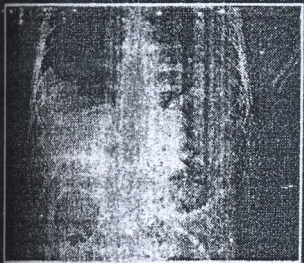
## **TRABAJOS PRESENTADOS**

# COLITIS ISQUEMICA COMO HALLAZGO INCIDENTAL POSTERIOR A TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL CERRADO PRESENTACIÓN DE UN CASO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO CIRUGIA III  
Visconti MF., Benitez G., Pedrón C.,

**Objetivo:** Presentar el caso de paciente con colitis isquémica de colon ascendente y transverso como presentación en paciente con antecedente de traumatismo toracoabdominal.

**Ambiente:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III.



Figs. 1 y 2: Rx de abdomen

## Materiales y Métodos:

Paciente femenina de 53 años quien posterior a traumatismo toracoabdominal cerrado izquierdo presenta evacuaciones diarreicas sin moco ni sangre acompañadas de distensión abdominal, posteriormente presenta desorientación, trastorno para la marcha y disartria motivo por los que acude a centro privado y de allí es remitida a la unidad de terapia intensiva de nuestro hospital.

Al examen físico la paciente se encontraba en MsCsGs, con criterios de sepsis, intubada y conectada a ventilación mecánica con uso de drogas vasoactivas y desde el punto abdominal se encontraba con franca distensión abdominal, RSHs abolidos. Se realiza radiografía simple de abdomen evidenciando franca dilatación de colon (figs. 1 y 2)

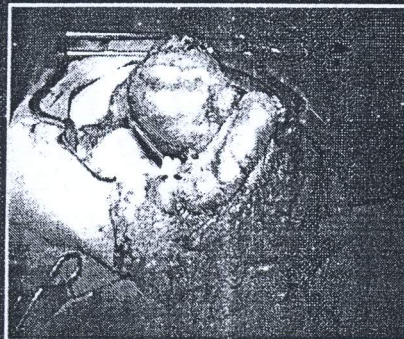


Fig. 3: Intervención Quirúrgica

## Resultados:

### Intervención Quirúrgica

Laparotomía Exploradora: Líquido purulento y fecaloideo de moderada cantidad en cavidad abdominal. Dilatación importante de colon ascendente, transverso, descendente con necrosis del mismo (fig. 3). Se realiza Colectomía total + ileostomía terminal con cierre del cabo distal (figs 4 y 5).

## Anatomía Patológica:

Segmentos colonicos con necrosis transmural, congestión y hemorragia reciente, trombos en vasos intramurales de pequeño calibre, congestión y dilatación de la mucosa. Bordes de resección con necrosis de la mucosa, congestión y hemorragia de la pared.

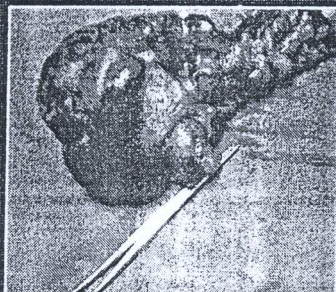


Fig. 4: Pieza Quirúrgica

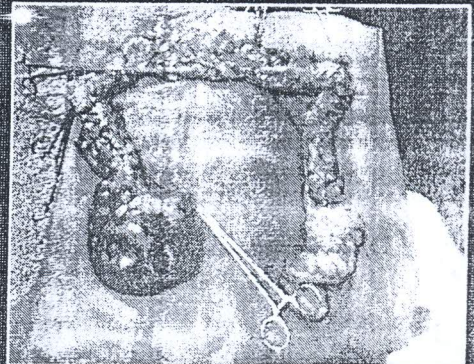


Fig. 5: Pieza Quirúrgica

**Conclusiones:** La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal (70%) y ocurre cuando el colon se ve transitoriamente privado del flujo vascular. Su incidencia exacta es desconocida. En la mayoría de los casos su etiología no puede establecerse con certeza. Se clasifica como oclusiva y no oclusiva. Esta oclusión vascular puede ser resultado de trombosis, embolismo, aterosclerosis o vasculitis. Aproximadamente el 90% de los casos son de origen ateroscleroso. La extensión de la afección colónica depende de la causa de la isquemia. Un episodio embólico generalmente produce un segmento corto de isquemia.

## BIBLIOGRAFIA:

1. John G. Schuler, M.D. et al. Cecal Necrosis: Infrequent Variant of Ischemic Colitis. Report of Five Cases From the Department of Surgery, Mount Auburn Hospital, and the Harvard Medical School, Cambridge, Massachusetts. Dis Colon Rectum, May
2. Carlos Medina, M.D. et al. Outcome of Patients With Ischemic Colitis: Review of Fifty-Three Cases. Disease Colon & Rectum 2004; 47:180-184
3. Chi Jun Park, M.D. et al. Can We Predict the Development of Ischemic Colitis Among Patients with Lower Abdominal Pain?. Disease Colon & Rectum 2007; 50(2): 232-238
4. Sánchez A. Belén et al. Colitis isquémica. Problemas comunes en la práctica clínica. Capítulo 27.



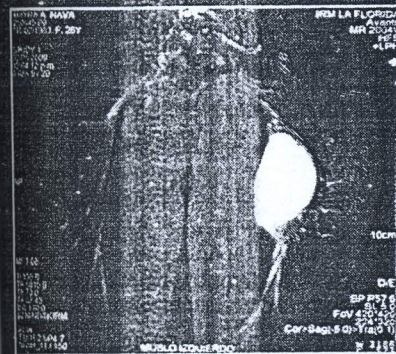
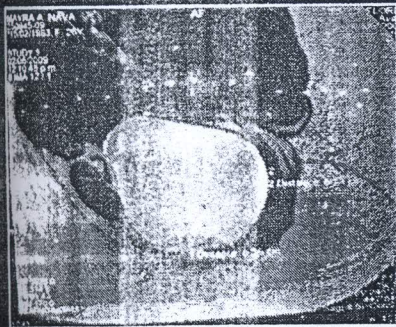
# TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS DE BAJO POTENCIAL MALIGNO PRESENTACIÓN DE UN CASO



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO CIRUGIA III  
Dr. Castro D., Dra. Sánchez R., Dra. Sosa E.

**Objetivo:** Presentar un caso de tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos

**Ambiente:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III.



Figs. 1 y 2: Resonancia Magnética Nuclear

## Materiales y Métodos:

Paciente femenino de 26 años quien presenta dolor de moderada intensidad en cara posterior de muslo y glúteo izquierdo, continuo y sin irradiación, el cual disminuía con uso de AINEs y se exacerbaba con la deambulación prolongada. Se asocia aumento de volumen de región glútea izquierda por lo cual consulta a nuestro centro. Al examen físico: masa no móvil, muy dolorosa al tacto, de bordes imprecisos que involucra al glúteo izquierdo y se extiende a cara posterior de muslo ipsilateral, con limitación para la extensión del miembro.

• **Resonancia Magnética Nuclear de Miembro Inferior Izquierdo (figs. 1 y 2):** LOE en plano muscular profundo por debajo de región glútea izquierda, de 55 x 53 mm, heterogénea, alargada, con trabéculas en su interior, bien delimitada, que ejerce efecto de masa sobre elementos musculares adyacentes, sin evidencia de infiltración. Tejido celular subcutáneo y óseo sin lesiones.

## • Biopsia por Trucut:

Hallazgos morfológicos sugestivos de Tumor Neurogénico.

• **Inmunohistoquímica:** PGP 9.5 (+), S-100 (+), AML (-)

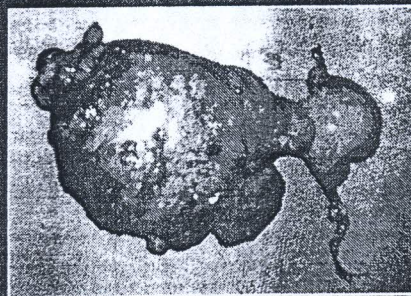
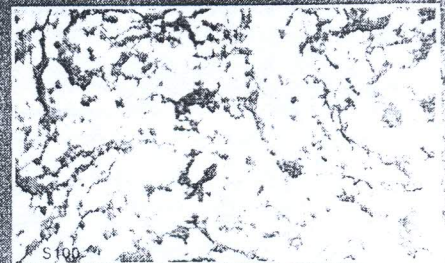
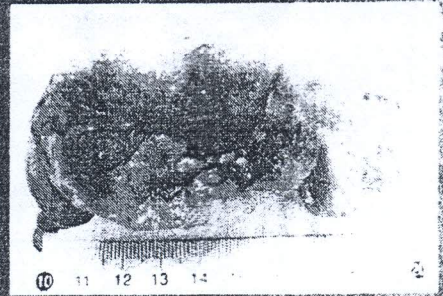


Fig. 3: Pieza Operatoria



Figs. 4 y 5: Anatomía Patológica

## Resultados:

### • Resección marginal (fig. 3):

Tumor de 12 x 10 x 6 cm, bilobulado, limitado al interior de la vaina del nervio ciático, comprimiendo algunas fibras nerviosas y rechazando el resto de las mitosis, lo que producía una elongación importante del nervio. Se realiza biopsia peroperatoria que reporta tumor mesenquimático con atipias, por lo que se difiere para biopsia definitiva.

### • Anatomía Patológica (figs. 4 y 5):

Tumor maligno del nervio periférico de bajo grado. Se evidencian escasas atipias celulares, sin actividad mitótica.

## Conclusiones:

El tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos (TMVNP), conocido antiguamente como Schwannoma maligno, representa el 6% de todas las neoplasias malignas de los tejidos blandos y el 1% de todos los tumores malignos de los miembros inferiores (1,2). Representa en conjunto con el Tumor de Triton los dos tumores de los nervios periféricos (3,4). El TMVNP no suele asociarse a un schwannoma pre-existente y en su mayoría, afecta extremidades y tronco. La mitad se asocia a neurofibromatosis. Suele diseminarse a pulmón, hígado y hueso. Tiene un pronóstico pobre debido a la alta tasa de anaplasia progresiva del tumor (4). Hasta la fecha, la casuística Venezolana es de 4 casos en el Hospital Oncológico "Dr. Miguel Machado" por Maldonado y col., tres en miembros inferiores y uno en abdomen. Salas y col. de los Hospitales Universitarios de Caracas y "Dr. Miguel Pérez Carreño" de Valencia, describen dos casos: uno solitario y otro asociado a enfermedad de Recklinghausen (5).

## Referencias Bibliográficas:

1. Feig B., Berger D., Fuhrman G., The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook. Lippincott Williams & Wilkins. 4TH Ed. 2006. pp 121-144.
2. Casciato D., Lowitz B. Oncología Clínica. Ediciones Marban. 4ª Ed. 2001. pp. 349-362.
3. Pflavnik M., et al. Imaging of peripheral nerve sheath tumors with pathologic correlation pictorial review. European Journal of Radiology 2004; 52: 229-239
4. Muñoz S. Tumores Neurogénicos de los nervios periféricos: Estudio por imágenes. Revista Chilena de Radiología 2003; 9 (3): 124-136
5. Salas R. et al. Tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos. Revista venezolana de oncología 2008; 20(11): 24-37



# TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL RESECCION LAPAROSCÓPICA

PRESENTACIÓN DE UN CASO



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO CIRUGÍA III

Dra. Sosa E., Rodríguez O., Dr. Castro D.

**Objetivo:** Presentar un caso de resección laparoscópica de tumor del estroma gastrointestinal  
**Ambiente:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III.

### Materiales y Métodos:

Paciente masculino de 81 años quien inicia enfermedad actual 1 año previo ingreso, cuando presenta evacuaciones epigastralgia de leve intensidad y evacuaciones melénicas, asociadas a mareos y astenia generalizada.

**Endoscopia Digestiva Superior (fig. 1):** Tumor submucoso de fundus gástrico.

**TAC abdomino-pélvica con doble contraste (fig. 2):** lesión redondeada, homogénea, de borde definidos, bien circunscrita, de aproximadamente 8 cm de diámetro que impresiona corresponderse con fundus gástrico

**Ecoendoscopia:** tumor subepitelial que por su tamaño fue imposible determinar capa de origen, pero no corresponde a mucosa profunda.

**PAAF:** neoplasia mesenquimática gastrointestinal (GIST).

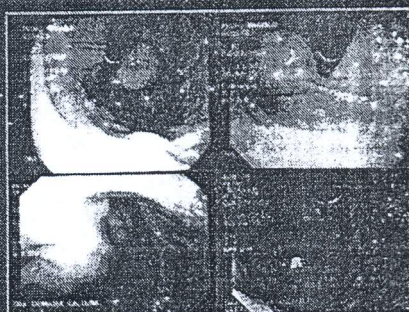


Fig. 1: Endoscopia Digestiva Superior

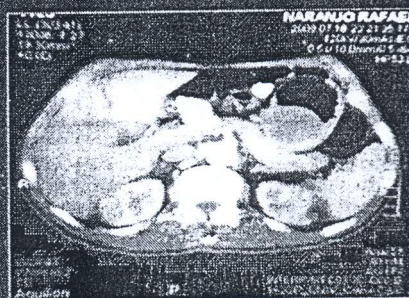


Fig. 2: Tomografía Axial Computarizada

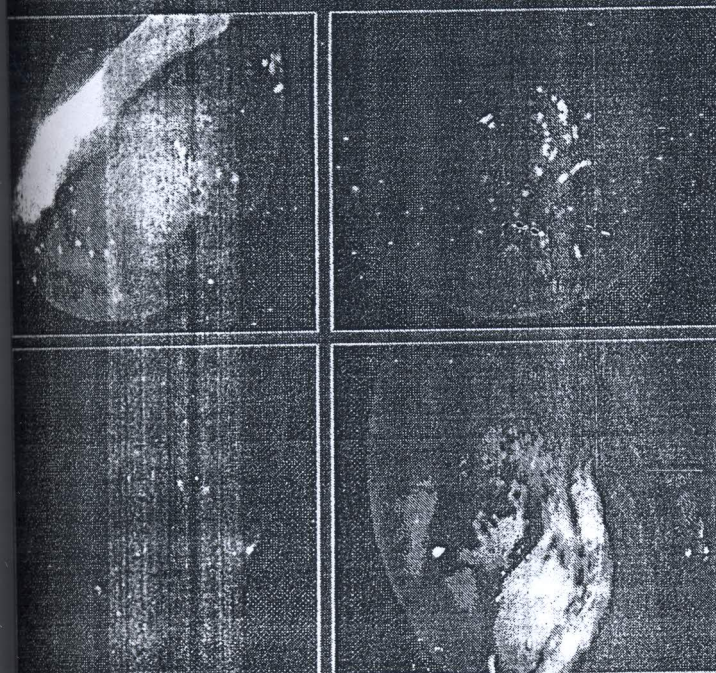


Fig. 3, 4, 5 y 6: Resección Láparoscópica:

### Resultados:

#### • Resección Laparoscópica (figs. 3-6)

Tumor submucoso gástrico, polipoides de aproximadamente 10 cm de diámetro, localizado en cara posterior de cuerpo alto, orientado hacia curvatura mayor.

#### • Anatomía Patológica:

Tumor del estroma gastrointestinal de patrón fusiforme, con mitosis <14 xcpo.

#### • Inmunohistoquímica: c- KIT (+)

### Conclusión:

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, y tienen un curso clínico variable<sup>(1)</sup>. Los GIST son un grupo de neoplasias que se originan en las células mesenquimáticas pluripotenciales, como consecuencia de una mutación genética que conduce a la activación y sobre expresión de proteínas tirosinas quinasas<sup>(2)</sup>. Estas lesiones tienen alto porcentaje de recidiva, predominantemente intra abdominales, de acuerdo al sitio de la lesión original, seguidas de lesiones peritoneales difusas y en el hígado<sup>(3)</sup>. Actualmente se utilizan, como parte del tratamiento, inhibidores de la tirosin quinasa (Imatinib®) con los cuales se ha visto mejora en el pronóstico cuando estos tumores son irresecables y metastásicos.

Los pacientes con riesgo bajo e intermedio tienen buenos resultados con la cirugía. Existen reportes que postulan la extirpación extensa y segura del GIST usando técnica de resección laparoscópica. Esta alternativa mantendría los objetivos de una resección curativa y caracterización patológica completa del tumor, pero con las ventajas de una cirugía mínimamente invasiva<sup>(4)</sup>.

### Referencias Bibliográficas:

1. Nakhal E., González C., et al. Resección laparoscópica mano asistida de tumor del estroma gastrointestinal de yeyuno. Revista Venezolana de Oncología 2008;20(4):208-211.
2. Wang P., Ahlman J., Anderson J., et al. Population-based study of the diagnosis and treatment of gastrointestinal stromal tumours. British Journal Surgery 2006;93:183-187.
3. Chorny L., Cheney R., Graybill W., et al. Gastrointestinal Stromal Tumors: Current Diagnosis, Biologic Behavior, and Management. Anales de Cirugía Oncológica 2000;7:117-124.
4. Martínez G., et al. Tratamiento del Estroma Gastrointestinal. Revisión de la Literatura. Revista de Gastroenterología Latinoamericana 2004;17(4):41-45.



# CISTOADENOMA MUCINOSO GIGANTE DE OVARIO A PROPÓSITO DE UN CASO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO CIRUGÍA III

Dra. Vegas L., Dr. Benitez G., Dr. Millán P.



**Objetivo:** Presentar caso de Cistoadenoma Mucinoso Gigante de Ovario

**Ambiente:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III.

**Materiales y Métodos:**

Paciente ♀ de 52 años quien refiere aumento de volumen en hemiabdomen inferior, de 6 meses de evolución, asociado a leve dolor abdominal. Al Examen físico: abdomen globoso, con masa palpable de bordes regulares, móvil, que llega hasta cicatriz umbilical, a predominio de hemiabdomen inferior derecho, levemente dolorosa a la palpación profunda.

• **Ultrasonido Transvaginal (fig. 1):**

Tumor abdomino-pélvico gigante de 22,2 x 18,4 cm, ecomixto, de paredes bien definidas, de contenido predominantemente líquido, dividido por delgados tabiques

• **Tomografía Axial Computarizada Abdomino-Pélvica con doble contraste (fig. 2):**

LOE quístico, bicameral, que mide 23 x 15,2 x 22,7 cm, con tabiques gruesos y áreas de menor densidad en su interior.

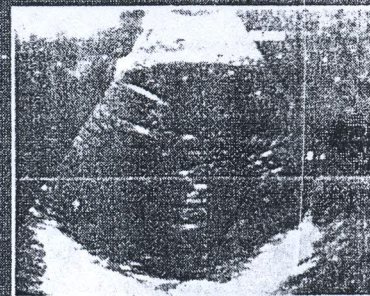


Fig. 1: Ultrasonido Transvaginal

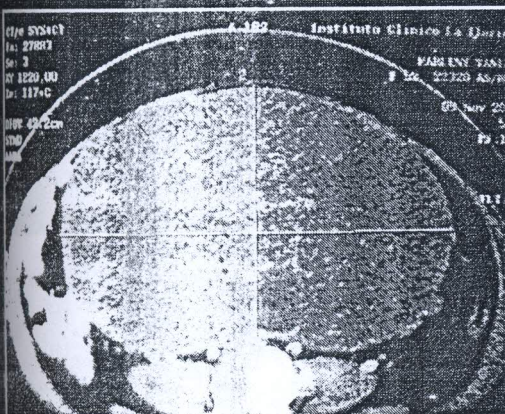


Fig. 2: Tomografía Axial Computarizada

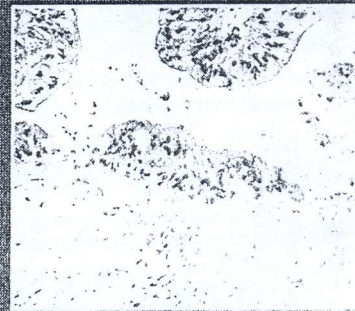
**Resultados:**

• **Laparotomía Exploradora:**

Tumor de Ovario Izquierdo de 30 x 25 x 25 cm, de superficie blanco nacarado, renitente, no adherido a estructuras vecinas. Se realiza Ooforectomía Izquierda y toma de muestra de líquido ascítico (fig. 3).

• **Anatomía Patológica (figs. 4 y 5):**

- Cistoadenoma Mucinoso tipo Endocervical con foco de mayor Complejidad.
- Células mesoteliales típicas y reactivas, compatible con proceso inflamatorio inespecífico.



Figs. 4 y 5: Anatomía Patológica

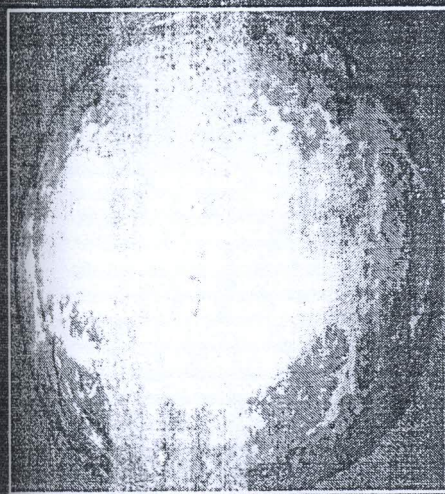


Fig. 3: Piesa Quirúrgica

**Conclusiones:**

Los tumores ováricos epiteliales representan en nuestro medio aproximadamente el 65% de todos los tumores ováricos y el 90% de los cánceres de este órgano. Dichos tumores derivan directa o indirectamente del epitelio de la superficie ovárica (mesotelio) y del estroma subyacente. Entre estos el cistoadenoma de ovario suele manifestarse en edades medias de la vida (tercera quinta década), siendo raras antes de la pubertad y después de la menopausia. Raramente sufren degeneración maligna. En conjunto las estirpes serosa y mucinosa corresponden a las más frecuentes con un 63 y 37%, respectivamente. Tienen tendencia a producir masas quísticas voluminosas. En su mayoría son asintomáticos, hasta que crecen lo suficiente como para causar sensación de peso y palpación positiva.

**Bibliografía:**

- Díaz Jaime P. Tumores Ováricos Borderline (de Bajo Potencial de Malignidad). REV ESP PATOL 2007; Vol 40, n.º 4: 201-216.
- Rivera R., Barrero R., García G., et al. Tumor Borderline Mucinoso Ovárico Gigante Con Microinvasión. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2006; 71(5): 336-340.
- De la Torre F. Estudio de La Apoptosis y de la Expresión de Proteínas Involucradas en su Control y en los Mecanismos de Vigilancia Genómica, en los tumores de Ovario de Tipo Epitelial. Tesis Doctoral.
- Carro B., Castillo G., Ferrer J., et al. Una lesión infrecuente en edad pediátrica: el cistoadenoma mucinoso de ovario. Anales de Pediatría 2005; 62(4): 381-92.

# POLIPOSIS YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO A PROPÓSITO DE UN CASO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO CIRUGIA III  
Dr. Castro D., Dra. Rodríguez O., Dra. Vegas L.



**Objetivo:** Presentar un caso de poliposis intestinal como causa de intususcepción intestinal en el adulto  
**Ambiente:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III

## Materiales y Métodos:

Paciente masculino de 38 años con dolor abdominal difuso en hemiabdomen superior de leve a moderada intensidad, no irradiado, de 3 meses de evolución.

Antecedentes personales: gastritis erosiva en tratamiento

Al examen físico: signos vitales estables, abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en epigastrio y flanco izquierdo, RSHsPs normofonéticos resto DLN

Se realizan exámenes paraclínicos donde se evidencia: anemia microcítica hipocrómica y sangre oculta en heces (+)

## Ultrasonido Abdominal:

A nivel de ángulo esplénico del colon llama la atención imagen hiperecoica bien delimitada de aproximadamente 96x97x36 mm sugestivo de lesión tumoral.

**Tomografía Axial Computarizada de abdomen con doble contraste (fig. 1):** Engrosamiento de las paredes yeyunales a nivel de flanco y fosa iliaca izquierda, con escasa cantidad de medio de contraste en su interior, se evidencia imagen en "diana" sugestivo de vólvulo vs intususcepción intestinal.

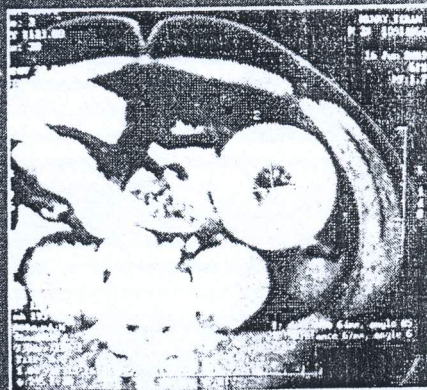


Fig. 1: Tomografía Axial Computarizada



Fig. 3: Pieza Operatoria



Fig. 4: Anatomía Patológica

## Resultados:

### Laparoscopia Diagnóstica:

**Hallazgos:** Intususcepción de 15 cm de yeyuno inmediatamente posterior al ángulo de Treitz. A la apertura de la pieza múltiples pólipos condicionando la intususcepción, el mayor de ellos de 3 cm (fig. 3).

**Procedimiento:** Resección segmentaria de yeyuno proximal + entero-enteroanastomosis termino-terminal a mano en 2 planos (fig. 5).

### Anatomía Patológica (fig. 4):

- Adenoma túbulo vellosos de yeyuno (4)
- Bordes de resección sin lesiones

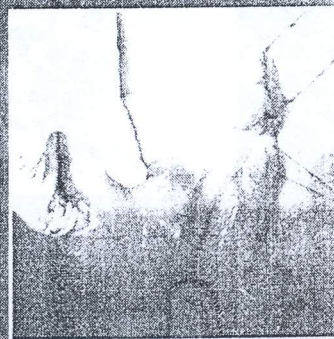


Fig. 5: Entero-entero anastomosis

## Conclusiones:

La intususcepción intestinal es una causa poco frecuente en adultos, ocurre en aproximadamente el 5% de ellos. Según el área del intestino afectado puede ser entérica, ileo-cólica o colónica. Entre el 75 y 80% asientan en intestino delgado y el resto en colon. Más del 90% de las invaginaciones están asociadas con una lesión y en un 66% se encuentra una neoplasia como desencadenante de la invaginación, aproximadamente el 25% son benignas. La invaginación yeyuno-yeyunal es la más frecuente del intestino delgado. La clínica es inespecífica y a menudo crónica con una media de duración de los síntomas antes del diagnóstico de más de 30 días. Los síntomas son inespecíficos como dolor abdominal de tipo cólico, náuseas, vómitos y melenas. Los pacientes con lesiones benignas tienen más frecuentemente historia de náuseas y vómitos mientras que las lesiones malignas se relacionan más con melenas. Como hallazgos, en los estudios de imágenes el signo de "diana" es la forma más precoz de presentación e indica obstrucción no completa. La técnica quirúrgica a realizar y la extensión de la resección dependerán de la edad del paciente, histología de la lesión y segmento de intestino afectado.

## Referencias Bibliográficas:

1. Alonso V., Argente E., Bndaban G., et al. Tratamiento laparoscópico de la intususcepción del intestino delgado en el adulto. *Cirugía Española* 2003; 74: 46-9
2. Aragonés M., Cebrera M., Bernal C. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias* 2005; 17: 87-90
3. Najm M., Agrawal A., Stroup S. Ileocolic intussusception - A rare cause of acute intestinal obstruction in adults : Case report and literature review. *World Journal of Emergency Surgery* 2006; 3: 26-28
4. Pizarro M., Valdivia M., et al. Five year review of Intestinal Intussusception in six large public hospitals of Santiago, Chile. *The Pediatric Infectious Disease Journal*



# ONCOCITOMA DE PAROTIDA A PROPOSITO DE UNA CASO



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO CIRUGÍA III  
Dr. Millán P., Dra. Sánchez R., Dr. Castro D.

**Objetivo:** Presentar caso de Oncocitoma de parótida y  
**Entorno:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III.

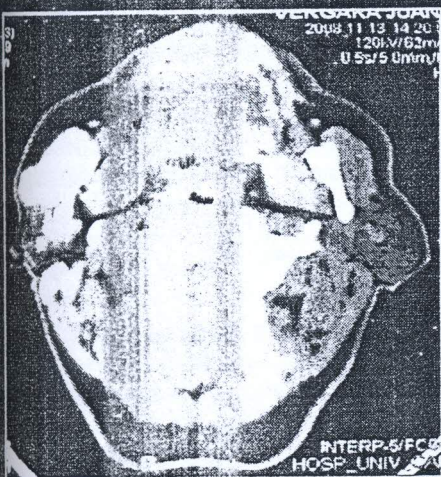


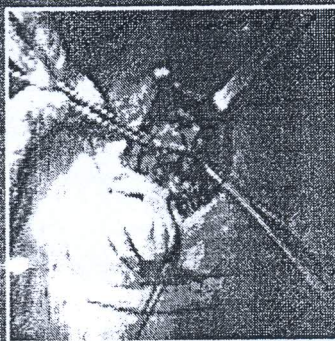
Fig. 1: Tomografía Axial Computarizada

### Materiales y Métodos:

**Paciente** masculino de 76 años de edad quien IEA hace 3 años caracterizada por aumento de volumen en región parotídea derecha, progresiva, indurada, no dolorosa, móvil, motivo por el cual consulta. (Fig. 1)  
Se realiza PAAF que reporta neoplasia de células oncocíticas, aunque el hallazgo favorece oncocitoma, no se descarta tumor de Warthin

### Resultados:

- Procedimiento Quirúrgico: Se realiza Parotidectomía Superficial Derecha (Fig. 2) con disección del colgajo anterior hasta borde anterior del masetero y el posterior hasta apófisis mastoides, identificación y conservación del nervio facial y sus ramas (Fig. 3)
- Anatomía Patológica: hallazgos compatibles con oncocitoma. Infiltración de glándula por tejido adiposo. Nódulo linfático intraparotídeo con hiperplasia sinusoidal y hemorragia reciente (Fig. 5).



Figs. 3 y 4: Píeza Operatoria

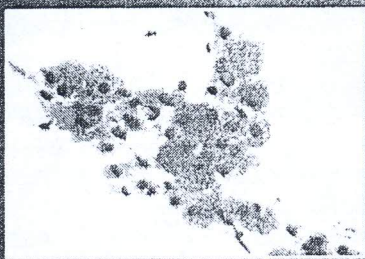


Fig. 5: Anatomía Patológica

### Discusión:

Las Neoplasias oncocíticas de la parótida representan menos del 1% de los tumores de parótida y tienen 3 posibles presentaciones: oncocitosis, oncocitoma y carcinoma oncocítico.  
Los oncocitomas, también denominados adenoma de células eosinófilas, se presentan como tumores bien circunscritos, encapsulados formados por hiperplasia nodular oncocítica con células eosinófilas de citoplasma amplio, núcleos ovalados y nucléolos dispersos en pequeños grupos.  
Son tumores benignos de crecimiento lento que se presentan con mayor frecuencia de la 6ta década de la vida en adelante.

### Conclusiones:

El oncocitoma es una variedad muy poco frecuente de los tumores de parótida, considerado como una simple metaplasia eosinófila, es un tumor benigno cuyo tratamiento es quirúrgico y presentan buen pronóstico.

### Referencias Bibliográficas

Randolph B. Capone, Patrick K. HA, William H. Westra. Oncocytic neoplasms of the parotid gland: a 16 year institutional review  
Ching-Chia Lin, Ming-Hou Tsai, Chiu-Chen Huang. Parotid tumors: a 10 year experience  
Barry W. Feig, David H. Berger, George M. Fuhrman: Oncología quirúrgica M.D Anderson Cancer Center, Cap 6, Pág. 120-122  
Montesinos, Manuel P; Falcon, Jorge E; Elsner, Boris; Bellotti, Marta S; Curutchet, H. Pablo. Oncocitoma de la glándula parotídea: presentación de un caso con estudio clínico, patológico y de ploidía nuclear



# Resección Multivisceral en Cáncer de Colon Localmente Avanzado

Hospital Universitario de Caracas - Servicio de Cirugía III  
Pedrón C., Sánchez R., Visconti MF.



**OBJETIVO:** Presentar un caso de resección multivisceral en Cáncer de Colon Localmente Avanzado.

**BIENTE:** Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

## MATERIALES Y MÉTODOS:

iente femenino de 45 años quien consulta por presentar dolor en hipogastrio, náusea postprandial, cambios en el patrón evacuatorio, con heces acintadas y pérdida de peso de 10 Kg en tres meses, concomitantemente rectorragia. Al examen físico: palidez cutánea, mucosa acentuada, abdomen asimétrico con masa palpable en hipogastrio de bordes no definidos, móvil, dolorosa, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, a predominio de FID e hipogastrio; útero aumentado de tamaño al tacto bimanual, fondo de sacos libres, se palpa tumoración a 8 cm del margen anal, dura, mucosa indemne, no dolorosa, paramétrios libres, dedil de vagina con restos hemáticos.

### Endoscopia Digestiva Inferior:

Se introduce instrumento hasta ángulo esplénico y se observa lesión exófitica, friable, que ocupa más del 50% de la luz, y no permite paso del instrumento.

### Tomografía Axial Computarizada:

Se observa lesión tumoral que involucra colon ascendente, colon descendente, útero y anexos, con escaso paso de material de contraste al recto. (Fig. 1 y 2)



Fig. 1. Tomografía abdomino pélvica



Fig. 2. Tomografía abdomino pélvica corte coronal

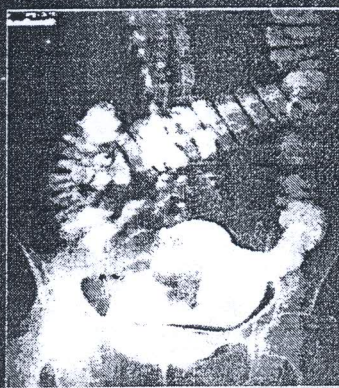


Fig. 3. Colon por anema

## RESULTADOS:

Dissección en bloque del tumor localizado en colon ascendente, realizando hemicolectomía derecha + ileotransverso anastomosis, realización Histerectomía con Ooforosalingiectomía bilateral + Sigmoidectomía radical con confección de colostomía terminal y resección de 80 cms de asa delgada. Exéresis en cuña de lesión nodular de 1,5 cms en borde hepático derecho. Lesión incidental de uréter derecho con reimplantación del mismo por servicio de urología por técnica de Boari.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado ulcerado que invade todo el espesor de la pared hasta la serosa formando un plastron e infiltrando la serosa de asas delgadas, anexo derecho y cara posterior del útero. Tumor tumoral de 12x8x5,5 cm. Bordes de resección: libres, sin evidencia de neoplasia. Hiperplasia folicular reactiva sin evidencia de neoplasia en 10 ganglios linfáticos. Nódulo hepático sin evidencia de metástasis.

## CONCLUSIONES:

Se refiere a aquellos tumores que infiltran o se adhieren firmemente a los órganos o estructuras adyacentes, en aquellos pacientes que no presentan evidencia de enfermedad a distancia. (1,3) se presentan en el 5 - 22% de los casos (1,3). La TAC es el único estudio que permite sospechar invasión de estructuras vecinas, con hasta 63% de sensibilidad (1). Se justifica la resección en bloque ante la presencia de adherencias macroscópicas, ya que resecciones R0 aumentan la supervivencia de estos pacientes en 5 años hasta 79% (2).

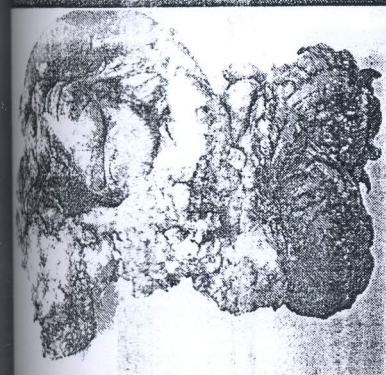


Fig. 4. Plaza operatoria

# LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IS FEASIBLE AND SAFE IN SURGICAL TRAINING

Ramón A Saade-Cárdenas MD, María E Aponte-Rueda PhD, MD, Miguel J Saade-Aure PhD, MD, FACS, Gustavo A Benitez P MD, Salvador Navarrete-A MD.

Caracas University Hospital, Central University of Venezuela, Service of Surgery III-II.

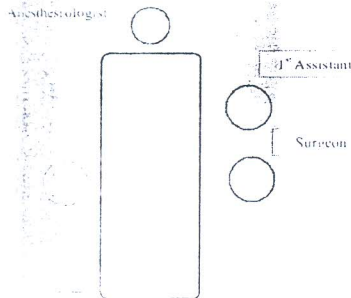


## INTRODUCTION

Laparoscopic appendectomy (LA) is a safe and effective procedure despite the controversy surrounding its use. The discussions focused on the safety of the procedure, the specialized literature, are more concerned with the safety of the less-experienced surgeons, rather than the safety of the procedure. The purpose of this study is to determine if LA is feasible and safe in a teaching hospital. The main objective of this study is to determine if LA is feasible and safe in a teaching hospital.

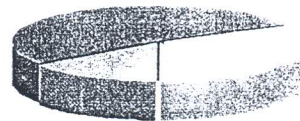
## METHODS and PROCEDURES

In the Department of a teaching center, we performed a retrospective analysis of LA in 10 patients 10 years and older, diagnosed with AA, over a period of 5 years. All the procedures were done by resident surgeons. The data was analyzed in terms of patient characteristics, surgical results, and complications.



## RESULTS

The results of a total of 10 LA procedures in patients of age 10 to 60 years old, with a mean age of 20 years, were analyzed. The mean postoperative stay was 2.5 days, and an intravenous antibiotic was necessary in 80% of the cases and in 10% of the patients.



### PATIENT CHARACTERISTICS

	n(%)	Mean age (range)
FEMALE	3 (30)	18 (10-25)
MALE	7 (70)	20 (10-60)

## CONCLUSION

The LA is safe and technically feasible. Its use in a teaching hospital enhances the experience of the residents and provides an opportunity to use the laparoscopic approach in a safe and effective manner.

The results of a total of 10 LA procedures in patients of age 10 to 60 years old, with a mean age of 20 years, were analyzed. The mean postoperative stay was 2.5 days, and an intravenous antibiotic was necessary in 80% of the cases and in 10% of the patients.

XXXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela**



Otorgado a:

## BENITEZ, GUSTAVO

Por la presentación del Poster titulado:

**COLITIS ISQUÉMICA COMO HALLAZGO INCIDENTAL POSTERIOR A  
TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL CERRADO.**

Dr. Gustavo Alvarez

Dr. Jesús María Pérez

Dr. Carlos María de Cádiz

Dr. José María Pérez

XXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA

INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

**BENÍTEZ, GUSTAVO**

Por la presentación del Poster titulado:

**CISTOADENOMA MUCINOSO GIGANTE DE OVARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Dr. Elio Julio Velásquez

Dr. Jesús Velásquez

XXXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

**RODRÍGUEZ, OMAIRA**

Por la presentación del Poster titulado:

**POLIPOSIS YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Dr. Francisco Alvarez

Dr. Juan Véliz

XXXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela**

Otorgado a:

**RODRÍGUEZ, OMAIRA**

Por la presentación del Video titulado:

**CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ACALASIA.  
PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

Dr. Elio Abamez

Dr. Jesús Velasquez

XXXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA

INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

SÁNCHEZ, RENATA

Por la presentación del Poster titulado:

TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DE BAJO  
POTENCIAL MALIGNO. PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Eric Tello Alvarez

Dr. Jesús Velásquez

Dr. ...

Dr. ...

XXXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela**



Otorgado a:

**SÁNCHEZ, RENATA**

Por la presentación del Poster titulado :

**RESECCIÓN MULTIVISCERAL EN CANCER DE COLON LOCALMENTE AVANZADO.**



Dr. Elio Tóllio Alvarez

Presidente

Dr. Jesús Velásquez

Asesor Científico

Caracas, Venezuela, 10 de Marzo de 2010

Caracas, Venezuela, 10 de Marzo de 2010



XXXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

**SÁNCHEZ, RENATA**

Por la presentación del Poster titulado:

**ONCOCITOMA DE PAROTIDA. A PROPOSITO DE UN CASO**

Dr. José Tólio Alvorez

Presidente

2010

Dr. Jesús Veizaguirre

Presidente

2010

XXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGIA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

## SÁNCHEZ, RENATA

Por la presentación del Video titulado:

**CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ACALASIA.  
PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

Dr. Elio Túllo Álvarez

Dr. Jesús Velásquez

Asociación Venezolana de Cirujanos

Asociación Venezolana de Cirujanos

XXXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA

INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



SÁNCHEZ ISMAYEL, ALEXIS

Otorgado a:

Por la presentación del Video titulado:

CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA  
ACALASIA.PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
CARACAS

Dr. Elio Tullio Alvarez

Presidente

Asociación Venezolana de Cirujía

Dr. Ismael Velásquez

Secretario

Asociación Venezolana de Cirujía

**CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA**

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela**

Otorgado a:

**CASTRO FRESCO, DANIEL**

Por la presentación del Video titulado:

**CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA  
ACALASIA.PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
CARACAS**

  
Dr. Elio Túlío Alvarez  
Presidente  
Comité Organizador de Cirugía

  
Dr. Jesús Velásquez  
Presidente  
Comité Organizador de Cirugía



Otorgado a:

**CASTRO F., DANIEL D.**

Por la presentación del Poster titulado:

**TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DE BAJO  
POTENCIAL MALIGNO. PRESENTACION DE UN CASO**

Dr. Elio Túllo Alvarez

Dr. Jesus Velásquez



**CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA**

**INTERNACIONAL DE CIRUGÍA**

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela**



Otorgado a:

**CASTRO, DANIEL**

Por la presentación del Poster titulado:

**POLIPOSIS YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN  
ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO**



Dr. Elio Túlio Alvarez

Presidente

Sociedad Venezolana de Cirujía

Dr. Jesus Velásquez

Presidente

Sociedad Venezolana de Cirujía

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

CERTIFICADO



Otorgado a:

**CASTRO F. DANIEL**

Por la presentación del Poster titulado:

**TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. RESECCION LAPAROSCOPICA.  
PRESENTACION DE UN CASO**

Dr. Elio Túlío Alvarez

Dr. Jesús Velásquez

*[Handwritten signatures and stamps are present in this area, including a circular stamp and a signature that appears to be 'Elio Túlío Alvarez' and another that appears to be 'Jesús Velásquez'.]*

**CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA**

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela**



Otorgado a:

**CASTRO F., DANIEL**

Por la presentación del Poster titulado:

**ONCOCITOMA DE PAROTIDA. A PROPOSITO DE UN CASO**

Dr. Elio Túllo Alvarez

Dr. Jesús Velásquez



XXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

**PEDRÓN, CARLOS**

Por la presentación del Poster titulado:

**COLITIS ISQUÉMICA COMO HALLAZGO INCIDENTAL POSTERIOR A TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL CERRADO.**

Dr. Pedro de Alvarado

Presidente

Comité Organizador



Dr. Pedro de Alvarado

Presidente

Comité Organizador

XXXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center - Valencia, Edo Carabobo, Venezuela**

Otorgado a:

**PEDRÓN, CARLOS**

Por la presentación del Poster titulado:

**RESECCIÓN MULTIVISCERAL EN CÁNCER DE COLÓN LOCALMENTE AVANZADO.**



XXX



IV

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

**VEGAS, LIUMARIEL**

Por la presentación del Poster titulado:

**CISTOADENOMA MUCINOSO GIGANTE DE OVARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

72

Dr. Julio Alvarez

Dr. Juan Rodríguez

Dr. Carlos V. Rivas

Dr. Carlos V. Rivas

XXX



IV

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

**SOSA, EMELISSA**

Por la presentación del Poster titulado:

**TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. RESECCION LAPAROSCOPICA.  
PRESENTACION DE UN CASO**

Dr. Francisco Javier...

Dr. Francisco Javier...

Dr. Francisco Javier...



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela**

Otorgado a:

**SOSA, EMELISSA.**

Por la presentación del Poster titulado;

**TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DE BAJO  
POTENCIAL MALIGNO. PRESENTACION DE UN CASO**



Dr. Elio Tólico Alvarez  
Coordinador General

Dr. Jesús Velásquez  
Coordinador General

World Trade Center

World Trade Center

XXX



IV

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGIA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

## MILLÁN, PAÚL

Por la presentación del Poster titulado:

### CISTOADENOMA MUCINOSO GIGANTE DE OVARIO. A PROPOSITO DE UN CASO.

D. Hugo Tello, Abogado

D. Jesús Valera Juez

Notario

Notario

Caracas, Venezuela, el día 10 de Marzo de 2010.

Caracas, Venezuela, el día 10 de Marzo de 2010.



XXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

**MILLÁN, PAÚL**

Por la presentación del Poster titulado:

**ONCOCTOMA DE PAROTIDA. A PROPOSITO DE UN CASO**

Dr. Elie Trillo Alvarez  
Presidente

Asociación Venezolana de Cirujanos Plásticos



Dr. Jesus Velasquez  
Coordinador General

Comité Organizador del Congreso

XXXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

**VISCONTI, MARIA FERNANDA**

Por la presentación del Poster titulado:

**RESECCIÓN MULTIVISCERAL EN CANCER DE COLON LOCALMENTE AVANZADO.**

Dr. Elio Trujillo Alvarado  
Cirujano General  
Especialista en Cirugía General

Dr. Jesús Domínguez  
Cirujano General  
Especialista en Cirugía General





XXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center-Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

**VISCONTI, MARIA FERNANDA**

Por la presentación del Poster titulado:

**COLITIS ISQUÉMICA COMO HALLAZGO INCIDENTAL POSTERIOR A TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL CERRADO.**

Dr. Elio Tóledo Alvarez  
Presidente



Asociación Venezolana de Cirujía

XXXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

VISCONTI, MARIA FERNANDA

Por la presentación del Poster titulado:

COLITIS ISQUÉMICA COMO HALLAZGO INCIDENTAL POSTERIOR A  
TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL CERRADO.

Dr. Luis Felipe Alvarez

Coordinador

Asociación Venezolana de Cirujanos

Dr. Jorge Ojeda

Coordinador

World Trade Center, Valencia

XXX



IV

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

**World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela**



Otorgado a:

**RODRÍGUEZ, OMAIRA**

Por la presentación del Poster titulado:

**POLIPOSIS YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN ADULTO. A PROPOSITO DE UN CASO**

Dr. Elio Tólibo Álvarez  
C.R. 10.000  
N.º de identificación profesional



Dr. Jesús Velásquez  
C.R. 10.000  
N.º de identificación profesional



XXX

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGIA INTERNACIONAL DE CIRUGIA

**CERTIFICADO** 10 al 13 de Marzo de 2010 World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

## RODRÍGUEZ, OMAIRA

Por la presentación del Video titulado:

**CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ACALASIA.  
PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

507

Dr. Elio Túlío Alvarez  
Presidente del Comité Organizador  
Sociedad Venezolana de Cirujía



7

Dr. Jesús Velásquez  
Presidente del Comité Organizador  
Sociedad Venezolana de Cirujía



XXX

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGIA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

## RODRÍGUEZ, OMAIRA

Por la presentación del Poster titulado:

### POLIPOSIS YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN ADULTO. A PROPOSITO DE UN CASO



Dr. Elio Tullio Alvarez  
Asociación Venezolana de Cirujanos

Dr. Jesús Velázquez  
Asociación Venezolana de Cirujanos



XXX

CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGIA

INTERNACIONAL DE CIRUGIA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

**RODRÍGUEZ OMAIRA**

Por la presentación del Poster titulado:

**TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. RESECCION LAPAROSCOPICA.  
PRESENTACION DE UN CASO**

7

Dr. Elío Tullio Álvarez

Dr. R. E. ...  
Dr. ...

Dr. Jesús Velásquez

Dr. ...

AAA



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA

INTERNACIONAL DE CIRUGIA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

**RODRÍGUEZ OMAIRA**

Por la presentación del Poster titulado:

**TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. RESECCION LAPAROSCOPICA.  
PRESENTACION DE UN CASO**

Dr. Julio Alvarez

Dr. Jesus Velázquez

Dr. Carlos Rodríguez

Dr. Carlos Rodríguez

XXXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA

INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

SÁNCHEZ, RENATA

Por la presentación del Poster titulado:

TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DE BAJO  
POTENCIAL MALIGNO. PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Julio Alvarez

Dr. Jesus Velosquez

Dr. ...

Dr. ...

Dr. ...



AAA



IV

# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGIA INTERNACIONAL DE CIRUGIA

**CERTIFICADO**

**10 al 13 de Marzo de 2010**

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela



Otorgado a:

## SÁNCHEZ, RENATA

Por la presentación del Poster titulado:

### RESECCIÓN MULTIVISCERAL EN CANCER DE COLON LOCALMENTE AVANZADO.

Dr. Elio Túlío Álvarez  
Cirujano

Caracas, 10 de Marzo de 2010



Dr. Carlos Andrés...

...

XXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGIA

CERTIFICADOS

10 al 13 de Marzo de 2010

Hipódromo César, Atarib, 560 Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

**SÁNCHEZ, RENATA;**

Por la presentación del Poster titulado:

**ONCOCITOMA DE PAROTIDA. A PROPOSITO DE UN CASO**

1

Dr. (B) A. Sánchez  
Médico Cirujano Plástico

Dr. Jesús Vargas  
Médico Cirujano Plástico

XXX



# CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

**SÁNCHEZ, RENATA**

Por la presentación del Video titulado:

**CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ACALASIA.  
PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

Dr. Elio Julio Alvarez

Dr. Jesús Velósquez

Dr. ...

Dr. ...

XXXX



CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA

INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

CERTIFICADO

10 al 13 de Marzo de 2010

World Trade Center, Valencia, Edo Carabobo, Venezuela

Otorgado a:

SÁNCHEZ ISMAYEL, ALEXIS

Por la presentación del Video titulado:

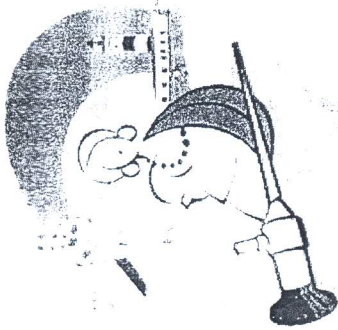
CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA  
ACALASIA PRIMERA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
CARACAS

Dr. Jesús Velázquez

Dr. Jesús Velázquez

Dr. Jesús Velázquez

Dr. Jesús Velázquez



IX Congresso Latinoamericano de Cirurgia Endoscópica ALACE  
X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL

25-28 Agosto 2010 - Salvador - Bahia - Brasil

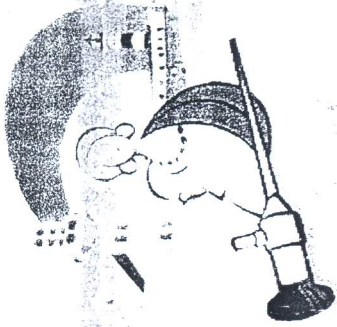
# D I P L O M A

Certificamos que o trabalho

## TRATAMIENTO DE ACALASIA ASISTIDO POR ROBOT

apresentado pelos autores ALEX SANDHELY OLIVEIRA ROCHA RIBEIRO, RENATA SANCHEZ BRUNO DA SILVA FERREIRA VIEGAS,  
EMILISSA SOSA MARIA F. VISCONTI foi apresentado na Sessão de Vídeos Livres do IX Congresso Latino Americano de  
Cirurgia Endoscópica ALACE e X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL realizado de 25 a 28 de agosto de  
2010 em Salvador/BA/Brasil

Salvador, de 01 de agosto de 2010.



IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE  
X Congreso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL

25-28 Agosto 2010 - Salvador - Bahia - Brasil

# D I P L O M A

Certificamos que o trabalho

## EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR ASISTIDA POR ROBOT

presentado por los autores: ALEXIS SANCHEZ - OMAIRA RODRIGUEZ - HUGO DAVILA - LIUMARIEL VEGAS - MARIA FERNANDA  
VISCONTI - VÍRONICA SALAS - RAIR VALERO for apresentado na Sessão de Posters do IX Congresso Latino Americano de  
Cirurgia Endoscópica ALACE e X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL realizado de 25 a 28 de agosto de  
2010 em Salvador/BA/Brasil.

Salvador, 28 de agosto de 2010.





# EXPLORACION LAPAROSCOPICA DE LA VIA BILIAR ASISTIDA POR ROBOT.



Dr. Sánchez Alexis, Dra. Rodríguez Omaira, Dr. Davila Hugo, Dra. Vegas Liumariel, Dra. Visconti Maria Fernanda, Br. Salas Veronica, Dr. Valero Rair.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. SERVICIO DE CIRUGIA III

## INTRODUCCION

La exploración laparoscópica de la vía biliar ha demostrado ser un procedimiento seguro y efectivo, que aporta las conocidas ventajas de la cirugía mínimamente invasiva (1). La evidencia actual apunta a que la cirugía laparoscópica tiene un valor fundamental en la resolución de la coledocolitiasis. Existen diversos estudios que respaldan la evidencia, como el meta-análisis de Martín, que indican que la ELVB es efectiva como la CPRE en el manejo del paciente con coledocolitiasis. Con los avances tecnológicos y la incorporación de nuevas tecnologías el paso a seguir es la incorporación de la cirugía robótica para el tratamiento de esta patología, es así como en el año 2003 se realiza la primera coledocotomía laparoscópica, pocos reportes hasta la actualidad, no existiendo ningún caso reportado en América Latina.

## OBJETIVO

Presentar nuestra primera experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la vía biliar asistido por robot.

## CASO CLÍNICO Y METODOS

Paciente femenino de 32 años de edad quien acude por presentar dolor en el cuadrante superior derecho tipo cólico asociada a ingesta copiosa de alimentos, se realiza examen físico abdominal donde se observa hallazgos compatibles con litiasis vesicular, tamaño de 10,8 cm., en el perfil hepático se observa elevación discreta de la GGT, se realiza ultrasonido endoscópico donde se evidencia cálculo de 1,1 cm. en el conducto biliar distal. Se ingresa con el diagnóstico de litiasis vesicular y coledocolitiasis para realizar exploración de la vía biliar y colecistectomía asistida por robot.

## DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia general, con el paciente en decúbito supino, se realiza el procedimiento mediante la colocación del primer portal de 12 mm para la cámara a nivel umbilical, posteriormente bajo visión directa se colocaron portales según esquema de 3 puertos, se coloca a nivel del hombro derecho del paciente, una vez acoplado (Figura N 1) se realiza la disección del mismo, se realiza disección del mismo, se coloca un clip en el conducto cístico, colocación de clips y sección de arteria cística, se identifica la vía biliar principal la cual se encontraba dilatada 1,5 cm. aproximadamente, se realiza la incisión a nivel de la cara anterior, posteriormente se coloca una referencia con vycril 4-0, se realiza la coledocotomía de 1,2 cm. se introduce coledocoscopia observándose cálculo de 1 cm. en el conducto biliar distal el cual se extrae bajo visión directa con una cesta de pitillo de 2.4 mm (Figura N 2). Posteriormente se efectúa una revisión en sentido proximal y distal, sin evidencia de más cálculos, finalmente se realiza cierre de coledocotomía con puntos separados con vycril 4-0 (Figuras 3 y 4). Posteriormente a la colecistectomía, se coloca un dren de Blake subhepático. El tiempo operatorio fue de 120 minutos, no se presentaron complicaciones, el paciente es egresado en buenas condiciones en 48 horas.

## CONCLUSIONES

Una de las ventajas del sistema Da Vinci además de la óptima visión, es el incremento en el movimiento y grados de libertad lo cual permite realizar con mayor facilidad la exploración de la vía biliar, la coledocotomía y una óptima manipulación del coledocoscopia, lo que facilita la exploración. Si bien es cierto que la cirugía robótica incrementará el tiempo operatorio, puesto que se suma un paso a la cirugía que es la fase de acoplamiento del robot, en este caso la cirugía se realizó en 2 h tiempo similar a los casos realizados por laparoscopia convencional.

La cirugía robótica para el tratamiento de la coledocolitiasis continúa estudiándose, existen muy pocos reportes en la literatura. El presente caso constituye el primer reporte en este procedimiento. No cabe duda que este abordaje podría adoptarse en el tratamiento de elección en pacientes seleccionadas, en los centros donde se encuentre esta tecnología. Actualmente estamos llevando a cabo un protocolo para comparar el tratamiento de la vía biliar asistida por robot con la laparoscopia convencional.



FIGURA N 1. Acoplamiento del robot



FIGURA N 2.

Coledocotomía y extracción de cálculo impactado en la vía biliar principal

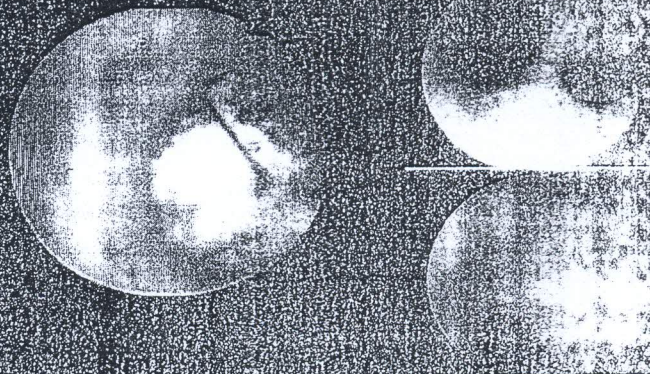


FIGURA N 3. Coledocoscopia. Extracción del cálculo y revisión de sentido proximal y distal



FIGURA N 4. Rapa de la coledocotomía



IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE  
X Congreso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL

25-28 Agosto 2010 - Salvador - Bahia - Brasil

# DIPLOMA

Certificamos que o trabalho

## MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA COLEDOLITIASIS COMPLEJA

realizado por el autor: ALEXIS SANCHEZ OMAIRA RODRIGUEZ HUMARIEL VEGAS CARLOS PEDRON PAUL MILLAN  
EMILISSA SOUSA GUSTAVO BENITEZ foi apresentado na Sessão de Posters do IX Congresso Latino Americano de  
Cirugía Endoscópica ALACE e X Congreso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL realizado de 25 a 28 de agosto de  
2010 em Salvador/BA/Brasil.

Salvador: 28 de agosto de 2010





# MANEJO LAPAROSCOPICO DE COLEDOCOLITIASIS COMPLEJA

Dr. Sánchez Alexis, Dra. Rodríguez Omaira, Dra. Vegas Liumariel, Dr. Pedron Carlos, Dr. Millan Paul, Dra. Sosa Emelisa, Dr. Benitez Gustavo,

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. SERVICIO DE CIRUGIA III



**Objetivo:** Presentar un caso de coledocolitiasis compleja resuelta por laparoscopia

**Origen:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra - Servicio de Cirugía III

**Resumen:** Paciente femenino de 46 años de edad quien presenta con diagnóstico de ictericia obstructiva de 7 días de evolución, se realiza CPRE (angiopancreatografía retrógrada endoscópica) evidenciándose cálculo impactado en tercio medio de colédoco, sin necesidad de realizar la extracción del mismo.

## Resultados

La paciente es llevada a quirófano con el diagnóstico de coledocolitiasis, se realiza laparoscopia evidenciándose una fistula cistoduodenal (Figura N 1), se procede a la disección y sección del trayecto fistuloso, cierre del orificio en duodeno con ethibond® con anudado intracorpóreo (Figura N 2).

Posteriormente se lleva a cabo la laparotomía para extracción del cálculo impactado, (Figura N 3) y se realiza la laparoscopia con extracción de fragmentos del cálculo en tercio distal, finalmente se procede a la revisión de la vía biliar en tercio proximal y distal (Figura N 4), cierre definitivo del colédoco con puntos separados y colecistectomía laparoscópica.

## Conclusión

La CPRE es el abordaje de elección para pacientes con evidencia de coledocolitiasis o sospecha de la misma<sup>1</sup>, sin embargo, no es efectiva en el 100% de los casos<sup>2</sup>. Todos los casos en los cuales a pesar de la adecuada canulación no se logra resolver el problema por esta vía son considerados como coledocolitiasis compleja<sup>3</sup>. La exploración laparoscópica de la vía biliar puede ser la primera opción a considerar en estos pacientes, abordaje que aporta los ya conocidos beneficios de la cirugía mínimamente invasiva<sup>4</sup>.



FIGURA N 1

Evidencia de trayecto fistuloso entre la vesícula (flecha azul) y el duodeno (flecha roja)

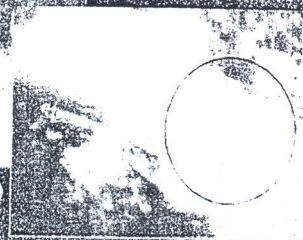


FIGURA N 2

Cierre del duodeno con Ethibond® 2/0



FIGURA N 3

Coledocotomía y extracción de cálculo impactado en la vía biliar principal

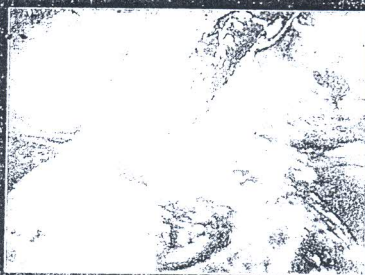
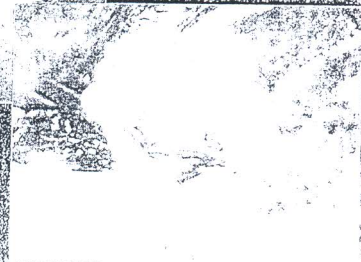


FIGURA N 4

Coledocoscopia: Extracción de fragmentos del cálculo y revisión final en sentido distal y proximal

1. Sánchez A. y col. Exploración laparoscópica de la vía biliar. Primera experiencia en el H.U.C. Rev Ven Cir 2005; 58 (2):68-72

2. Rodríguez O y col. Instrumentación laparoscópica de la vía biliar bajo control fluoroscópico. Rev Ven Cir 2007; 60(2):57-64

3. Sosa E y col. Technical aspects in the laparoscopic management of complicated common bile duct stones. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2005; 12:444-50



IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE  
X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL

25-28 Agosto 2010 - Salvador - Bahia - Brasil

D I P L O M A

Certificamos que o trabalho

**TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA**

inscrito pelos autores DANIEL CASTRO OMAIRA RODRIGUEZ RENATA SÁNCHEZ LIUMARIEI VEGAS PAULI MILLIAN  
MARIA FERNANDA VISCONTI EMELISSA SOSA foi apresentado na Sessão de Posters do IX Congresso Latino Americano  
de Cirurgia Endoscópica ALACE e X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL realizado de 25 a 28 de agosto de  
2010 em Salvador/BA/Brasil

Salvador, 28 de agosto de 2010





# TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

## RESECCION LAPAROSCÓPICA

### PRESENTACIÓN DE UN CASO



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO CIRUGÍA III**  
 Dr. Castro Daniel, Dra. Rodríguez Omaira, Dra. Sánchez Renata, Dra. Vegas Liumariel, Dr. Millán Paúl, Dra. Visconti Ma Fernanda, Dra. Sosa Emelissa

**Objetivo:** Presentar un caso de resección laparoscópica de tumor del estroma gastrointestinal  
**Ambiente:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III

#### Materiales y Métodos:

Paciente masculino de 81 años quien inicia enfermedad actual 1 año previo ingreso, cuando presenta evacuaciones epigastralgia de leve intensidad y evacuaciones melénicas, asociadas a mareos y astenia generalizada.

**Endoscopia Digestiva Superior** (fig. 1): Tumor submucoso de fundus gástrico.

**TAC abdomino-pélvica con doble contraste** (fig. 2): Lesión redondeada, homogénea, de borde definidos, bien circunscrita, de aproximadamente 8 cm de diámetro que impresiona corresponderse con fundus gástrico

**Ecoendoscopia:** tumor subepitelial que por su tamaño fue imposible determinar capa de origen, pero no corresponde a mucosa profunda.

**PAAF:** neoplasia mesenquimática gastrointestinal (GIST).

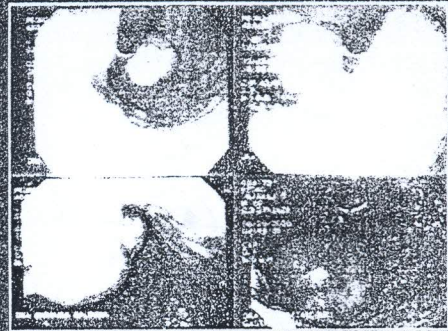


Fig. 1: Endoscopia Digestiva Superior

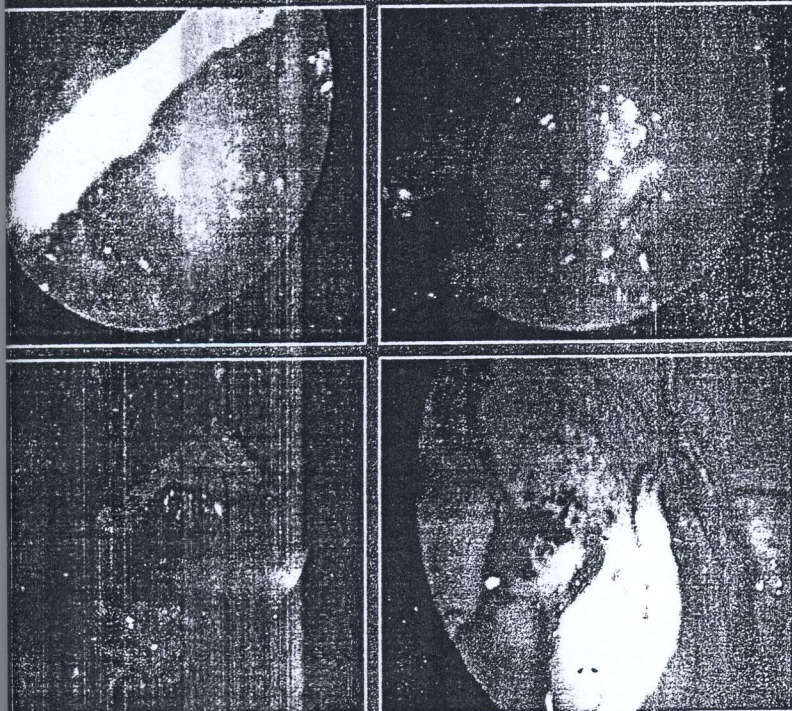


Fig. 3,4,5 y 6: Resección Laparoscópica.

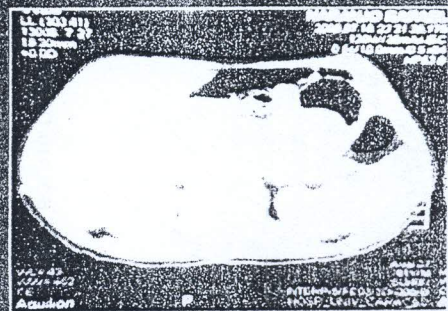


Fig. 2: Tomografía Axial Computarizada

#### Resultados:

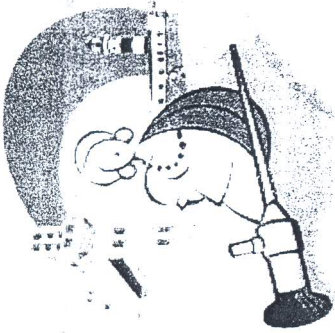
- **Resección Laparoscópica** (figs. 3-6): Tumor submucoso gástrico, polipoidal, de aproximadamente 10 cm de diámetro, localizado en cara posterior de cuerpo anterior orientado hacia curvatura mayor
- **Anatomía Patológica:** Tumor del estroma gastrointestinal de tipo fusiforme, con mitosis  $<14 \times 40 \times$
- **Inmunoistoquímica:** c-KIT (+)

#### Conclusión:

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes en el tracto digestivo, con un curso clínico variable<sup>(1)</sup>. Los GIST son un grupo de neoplasias que se originan en las células mesenquimales de las paredes de consecuencia de una mutación genética que conduce a la activación y sobre expresión de genes que regulan el crecimiento. Estas lesiones tienen alto porcentaje de recidiva, predominantemente intra abdominales, de acuerdo a la etapa de la enfermedad. También se ven lesiones peritoneales difusas y en el hígado<sup>(3)</sup>. Actualmente se utilizan, como parte del tratamiento, inhibidores de la tirosinasa (Imatinib®) con los cuales se ha visto mejora en el pronóstico cuando estos tumores son metastásicos y metastásicos. Los pacientes con riesgo bajo e intermedio tienen buenos resultados con la cirugía. Existen reportes que postulan la efectividad y segura del GIST usando técnica de resección laparoscópica. Esta alternativa mantendrá los objetivos de diagnóstico, curativa y caracterización patológica completa del tumor, pero con las ventajas de una cirugía mínimamente invasiva.

#### Referencias Bibliográficas:

1. Martínez G., Nakhel E., González C., et al. Resección laparoscópica mano asistida de tumor del estroma gastrointestinal de yeyuno. Revista Venezolana de Oncología. 2006; 24(1): 1-5.  
 2. Manning P., Ahlman J., Anderson J., et al. Population-based study of the diagnosis and treatment of gastrointestinal stromal tumours. British Journal Surgery. 2004; 91(12): 1475-1480.  
 3. Kowrotsky L., Cheney R., Kravbill W., et al. Gastrointestinal Stromal Tumors: Current Diagnosis, Biologic Behavior, and Management. Seminars in Surgical Oncology. 2004; 26(1): 1-10.  
 4. Rodríguez C., Sabah S., Navarro A., et al. Tumores del Estroma Gastrointestinal: Revisión de la Literatura. Revista de Gastroenterología Latinoamericana. 2006; 37(1): 1-5.



IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE  
X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL

25-28 Agosto 2010 - Salvador - Bahia - Brasil

# D I P L O M A

Certificamos que o trabalho

**POLIPOSIS YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

inscrito pelos autores: DANIEL CASTRO OMAIRA RODRÍGUEZ, GUSTAVO BENÍTEZ LIJIMARIEL VEGAS PAUL MILLAN  
MARÍA FERNANDA VISCONTI EMELISSA SOSA foi apresentado na Sessão de Posters do IX Congresso Latino Americano  
de Cirurgia Endoscópica ALACE e X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL realizado de 25 a 28 de agosto de  
2010 em Salvador/BA/Brasil

Salvador, 28 de agosto de 2010.



# POLIPOSIS YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO A PROPÓSITO DE UN CASO



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS - SERVICIO QUIRÚRGICO III  
 Dr. Castro Daniel, Dra. Rodríguez Omaira, Dr. Benítez Gustavo, Dra. Vegas Liumariel, Dr. Millán Paúl, Dra. Visconti Ma Fernanda, Dra. Sosa Emelissa

**Objetivo:** Presentar un caso de poliposis intestinal como causa de intususcepción intestinal en el adulto.  
**Ambiente:** Hospital Universitario de Caracas. Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" Servicio de Cirugía

## Materiales y Métodos:

Paciente masculino de 38 años con dolor abdominal difuso en hemiabdomen superior de leve a moderada intensidad, no irradiado, de 3 meses de evolución.

**Antecedentes personales:** gastritis erosiva en tratamiento

**Al examen físico:** signos vitales estables, abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en epigastrio y flanco izquierdo, RSHsPs normofonéticos resto DLN.

Se realizan exámenes paraclínicos donde se evidencia: anemia microcítica hipocrómica y sangre oculta en heces (+)

## Ultrasonido Abdominal:

A nivel de ángulo esplénico del colon llama la atención imagen hiperecoica bien delimitada de aproximadamente 96x97x36 mm sugestivo de lesión tumoral.

**Tomografía Axial Computarizada de abdomen con doble contraste (fig. 1):** engrosamiento de las paredes yeyunales a nivel de flanco y fosa iliaca izquierda, con escasa cantidad de medio de contraste en su interior, se evidencia imagen en "diana" sugestivo de vólvulo vs intususcepción intestinal.

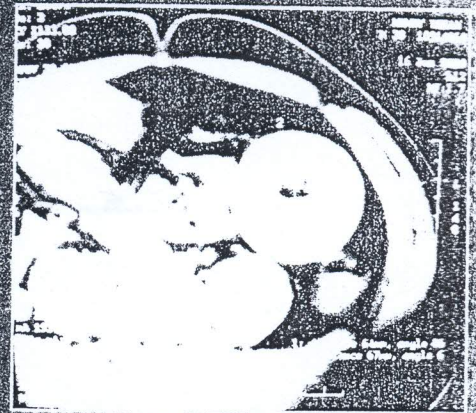


Fig. 1. Tomografía Axial Computarizada de abdomen



Fig. 3: Pieza Operatoria



Fig. 4: Anatomía Patológica

## Resultados:

### Laparoscopia Diagnóstica:

**Hallazgos:** Intususcepción de 15 cm de yeyuno inmediatamente posterior al ángulo de Treitz. A la apertura de la intususcepción múltiples polipos condicionando intususcepción, el mayor de ellos de 1 cm (fig. 3).

**Procedimiento:** Resección segmentaria de yeyuno proximal + entero-enteroanastomosis término-terminal a mano en 2 planos (fig. 5).

### Anatomía Patológica (fig. 4):

- Adenoma tubulo vellosos de yeyuno (4)
- Bordes de resección sin lesiones

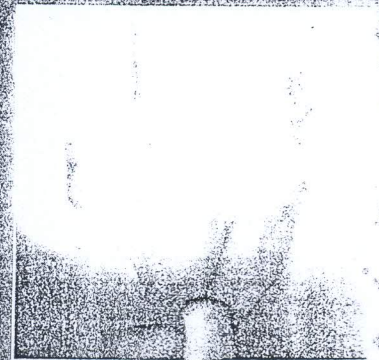


Fig. 5. Entero-enteroanastomosis

## Conclusiones:

La intususcepción intestinal es una causa poco frecuente en adultos, ocurre en aproximadamente el 5% de ellos. Según el área del intestino afectado puede ser entérica, ileo-cólica o colónica. Entre el 75 y 80% asientan en intestino delgado y el resto en colon. Más del 90% de las invaginaciones están asociadas con una lesión y en un 66% se encuentra una neoplasia como desencadenante de la invaginación, aproximadamente el 25% son benignas. La invaginación yeyuno-yeyunal es la más frecuente del intestino delgado. La clínica es inespecífica y a menudo crónica con una media de duración de los síntomas antes del diagnóstico de más de 30 días. Los síntomas son inespecíficos como dolor abdominal de tipo cólico, náuseas, vómitos y melenas. Los pacientes con lesiones benignas tienen más frecuentemente historia de náuseas y vómitos mientras que las lesiones malignas se relacionan más con melenas. Como hallazgos, en los estudios de imágenes el signo de "diana" es la forma más precoz de presentación e indica obstrucción no completa. La técnica quirúrgica a realizar y la extensión de la resección dependerán de la edad del paciente, histología de la lesión y segmento de intestino afectado.

## Referencias Bibliográficas:

- Alonso V.; targarona E.; Bndahan G.; et al. Tratamiento laparoscópico de la intususcepción del intestino delgado en el adulto. *Cirugía Española* 2003; 74: 46-49
- Aragoneses M.; Cebrián M.; Pacual C. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias* 2005; 17: 87-90
- Najm M.; Agrawal A.; Strauss. Ileocolic intussusception - A rare cause of acute intestinal obstruction in adults. *Case report and literature review. World Journal of Emergency Surgery* 2008; 3:26-28
- O'Ryan M.; Yalda L.; Peña A. Two year review of intestinal intussusception in six large public hospitals of Santiago, Chile. *The Pediatrics Infectious Disease Journal* 2003; 22(8): 717-721



IX Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE  
X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL

25-28 Agosto 2010 - Salvador - Bahia - Brasil

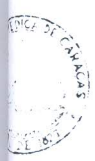
# DIPLOMA

Certificamos que o trabalho

**MODELO DE ENTRENAMIENTO PARA EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA  
VIA BILIAR. IMPACTO EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES QUIRÚRGICAS**

inscrito pelos autores ALEXIS SANCHEZ GARCIA RODRIGUEZ RENATA SANCHEZ GUSTAVO BENEITEZ FEMELISSA  
SOSA LUMARIEL VEGAS PAUL MILIAN foi apresentado na Sessão de Posters do IX Congreso Latino Americano de  
Cirugía Endoscópica ALACE e X Congresso Brasileiro de Videocirurgia SOBRACIL realizado de 25 a 28 de agosto de  
2010 em Salvador/BA/Brasil

Salvador 28 de agosto de 2010.



# MODELO DE ENTRENAMIENTO PARA EXPLORACION LAPAROSCOPICA DE LA VIA BILIAR. IMPACTO EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES QUIRURGICAS

Dr. Sánchez Alexis, Dra. Rodríguez Omaira, Dra. Sánchez Benard, Dr. Benítez Gustavo, Dra. Sosa Cárdenas, Dra. Vegas Valderrama

\* Hospital Universitario de Caracas - Universidad Central de Venezuela

## INTRODUCCIÓN

La exploración laparoscópica de la vía biliar es una opción segura y efectiva para el tratamiento de la coledocolitiasis.

El éxito de la cirugía es directamente proporcional a la experiencia del equipo quirúrgico.

Las habilidades quirúrgicas deben ser adquiridas en entornos seguros.

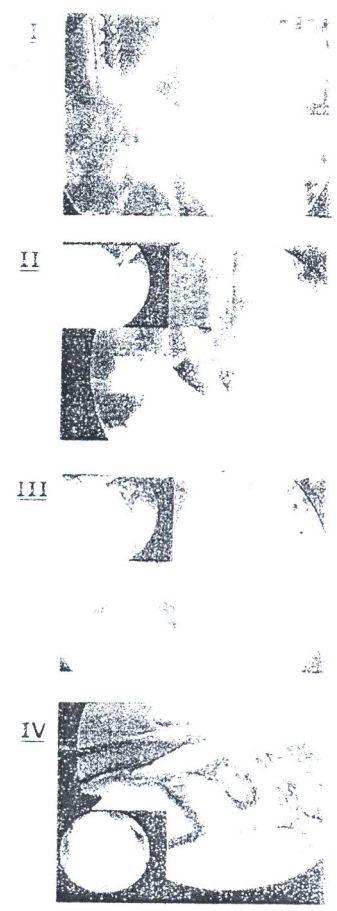
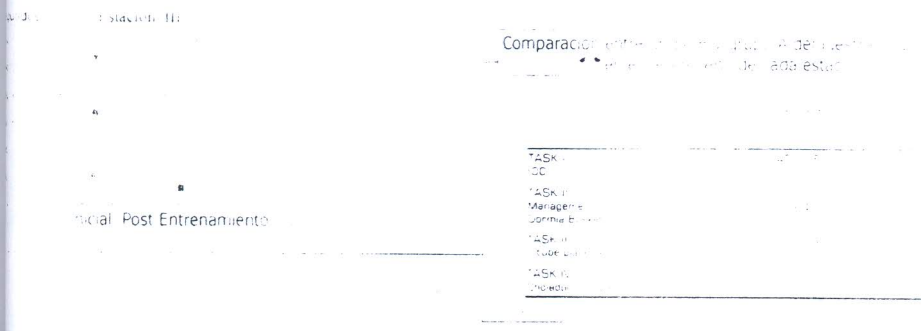
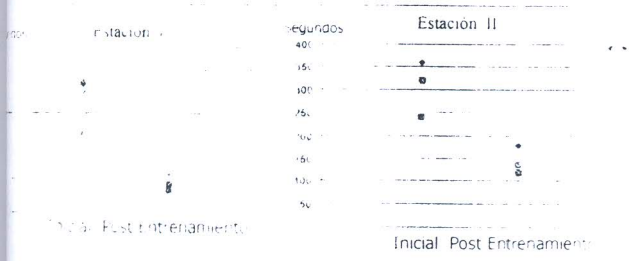
## MÉTODOS

Cuatro estaciones de entrenamiento en laparoscopia:

- Estación I: Localización de la vía biliar.
- Estación II: Manejo de la cesta de litotricia.
- Estación III: Resección del tubo biliar.
- Estación IV: Manejo del Coledocostoma.

## RESULTADOS

Se realizó la evaluación inicial y evaluación después del entrenamiento. (Gráfico A)



## CONCLUSIÓN

El entrenamiento y evaluación de las habilidades quirúrgicas usando modelos inanimados es una herramienta útil para el desarrollo de las habilidades del equipo quirúrgico. La práctica en el laboratorio de los pasos críticos conduce a un mejor desempeño en el quirófano.

**CONCLUSIÓN** La práctica de la exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB) usando modelos inanimados conduce al desarrollo de las habilidades del equipo quirúrgico.

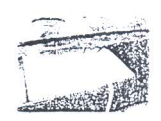
## REFERENCIAS

1. Rodríguez Omaira, Sánchez Benard, Benítez Gustavo, Sosa Cárdenas, Vegas Valderrama. Laparoscopic training on benign biliary disease. *Revista de Gastroenterología de Venezuela* 2010; 14(1): 1-5.

2. Sánchez Benard, Rodríguez Omaira, Benítez Gustavo, Sosa Cárdenas, Vegas Valderrama. Development of a training model for laparoscopic cholecystectomy. *Revista de Gastroenterología de Venezuela* 2010; 14(2): 1-5.

3. Rodríguez Omaira, Benítez Gustavo, Sosa Cárdenas, Vegas Valderrama. The transfer of basic skills learned in a laparoscopic simulator to the operating room. *World J Gastroenterol* 2009; 15(21): 2645-2649.

4. Rodríguez Omaira, Benítez Gustavo, Sosa Cárdenas, Vegas Valderrama. Beyond the learning curve: laparoscopic cholecystectomy of the common bile duct. *Beyond the learning curve* 2010; 15(21): 2645-2649.



## **ANEXOS 2**





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA – ESCUELA “LUIS RAZETTI”  
-- DIRECCIÓN



OFICIO No. ED. 1848/08

Caracas 21 de Noviembre de 2008

Ciudadano  
DR. GUSTAVO BENITEZ  
Jefe de la Cátedra de Servicio Cirugía III  
Presente

Acuso recibo de su Oficio No. C3-115/2008 de fecha 11/11/08 en cuyo texto solicita información acerca del horario que cumplirá el Dr. Edgar Sánchez como Coordinador de Extensión de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”

Sirva la presente para informarle que el Dr. Edgar Sánchez cumple su dedicación en la Coordinación de Extensión

Sin otro particular a que referirnos, quedamos de usted

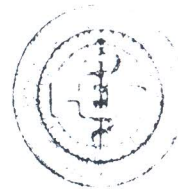
Atentamente

Dr. AQUILES SALAS  
Director

Dr. Edgar Sánchez – Coordinador de Extensión  
Cronológico  
Archivo



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía III



Caracas, 11 de noviembre de 2008

C3- 115 /2008

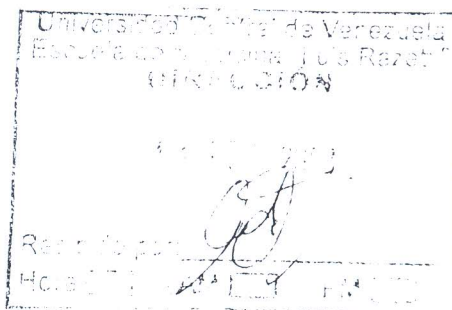
Ciudadano

Dr. AQUILES SALAS

Director de la Escuela "Luis Razetti"

Facultad de Medicina

Presente.-



Estimado Dr. Salas:

Reciba un cordial saludo, en comunicación enviada por su persona (ED-1097/2008), se nos informa que el Dr. Edgard Sanchez Guerrero, fue designado como Coordinador de Extensión de la Escuela de Medicina "Luis Razetti".

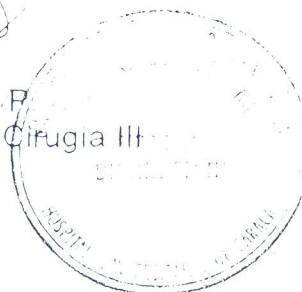
El motivo de la presente es solicitar el horario que cumpliría el Dr. Sanchez en el ejercicio de este cargo, con el objeto de planificar el cronograma de actividades docentes, en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" para el año 2009

Agradeciendo de antemano su atención

Atentamente,



Dr. Gustavo Benítez P.  
Jefe de Cátedra - Servicio Cirugía III



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía III

Caracas, 18 de Septiembre de 1973.

DR. ROGO DAVILA

Departamento de Cirugía III  
Hospital Universitario de Caracas

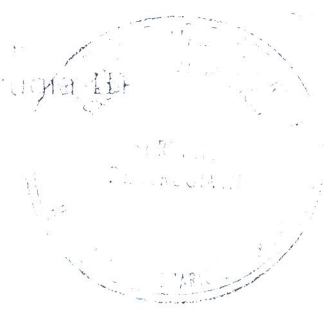
En consideración y fines de sus queridos, anexo a presentarle la resolución de nombración entregada al **Dr. Antonio Paris P.** C.I. 5.144.444, quien recientemente comenzó a disfrutar de su jubilación, quedando en su lugar nombrado **ASESOR** de esta Cátedra.

Quisiera que haga llegar a usted, para su tranquilidad, mis saludos más cordiales.

Atentamente,

19 Set 73

DR. GUSTAWO BENITEZ  
Jefe de Cátedra - Servicio Cirugía III



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Catedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía III

*Handwritten signature*

Caracas, 15 de Septiembre de 2008

CEC 080 /2008

Carta firmada

**DR. HUGO DAVILA**

Profesor del Departamento de Cirugía General  
Hospital Universitario de Caracas  
Presente

En virtud de la misión y fines con que interviene el anexo al presente Decreto, se ha acordado la entrega al **Dr. Antonio Paris P** el 15 de Septiembre de 2008, para que a partir de esa fecha comience a disfrutar de su cargo, el cual es nombrado **ASESOR** de esta Catedra.

Comunicación que hago llegar a usted, para su tramitación y para que consiguiera los.

Atentamente,

*Handwritten signature*



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía III

Caracas, 18 de Septiembre de 2015

564-2005

DAVILA

Departamento de Cirugía General  
Hospital Universitario de Caracas

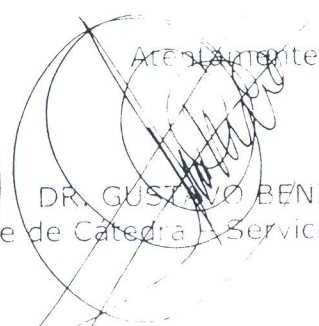
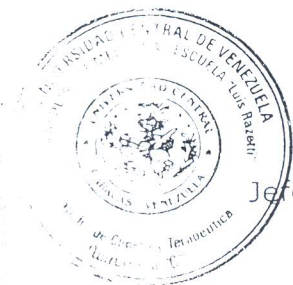
Le pongo en conocimiento a usted, con la finalidad de detallar las actividades de este curso, a cargo de **Dr. Antonio Paris P.** (Profesor Titular) quien es el **ASESOR** de esta Cátedra - Servicio.

- Actividades de Cirugía y Hospitalización.
- Formación y capacitación teórico-práctico de los residentes del curso de Cirugía General. (Pabellón quirúrgico, Hospitalización, etc.).
- Manejo de los equipos necesarios para la utilización adecuada de los equipos quirúrgicos requeridos.
- Trabajos Especiales de Investigación de los residentes del curso.
- Asesoramiento de Revista y Postgrado en el área de Cirugía General. Pabellón en el 1º Nivel de Caracas.

En la fecha hago llegar a usted, por su intermedio, el presente.

Atentamente

DR. GUSTAVO BENITEZ P  
Jefe de Cátedra - Servicio Cirugía III



Cabe destacar que durante su ejercicio como coordinador, tuvimos la oportunidad de adquirir los siguientes: Equipo de Laparoscopia: Bistur Armónico, lo cual significa un verdadero avance tecnológico para nuestra Cátedra - Servicio. Por lo que esto se traduce en un motivo más para contar con su valiosa colaboración, en el tratamiento requerido para manejo de los mismos, brindando así, una excelente proyección profesional para los cursantes del postgrado y a su vez una mejor atención al paciente.

Reiterando la importancia de poder contar con usted, para el desarrollo y desenvolvimiento satisfactorio de las actividades pautadas, me despido

Atentamente,

  
DR. GUSTAVO BENITEZ P.

de Cátedra - Servicio Cirugía III

