
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES. REGLAS GENERALES

La REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA es el órgano de difusión científico oficial de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Publica artículos originales que hayan sido presentados en congresos y jornadas de la Sociedad o aquellos que son directamente remitidos por el autor a través de una solicitud escrita dirigida a la Comisión de Publicaciones y Redacción. Para su aprobación el manuscrito es revisado y corregido por los integrantes del Comité de Publicaciones y Redacción y pasado al director de la REVISTA con las observaciones pertinentes a que hubiera lugar para su edición o devuelto al presentante o al solicitante para su corrección. Una vez aprobado, el autor es notificado.

Los artículos deben ofrecer una contribución significativa en el campo de la cirugía general o de las especialidades derivadas de ella. Pueden ser sobre un tema inédito o método propio, casuísticas de una unidad, servicio, departamento o institución, Cirugía Clínica, Cirugía Experimental, Trabajo Especial de Investigación (TEI) y ciencias asociadas como: la educación quirúrgica y los aspectos socioeconómicos del cuidado quirúrgico, temas de revisión y artículos de opinión. Asimismo, se aceptan informes de casos clínico-quirúrgicos con un máximo de tres autores debiendo estar soportados por los estudios complementarios que demuestran la naturaleza quirúrgica infrecuente o el interés para el conocimiento de la especialidad. Los reportes basados en hallazgos histopatológicos aislados sin contribución quirúrgica relevante para su solución no son candidatos para ser publicados.

La REVISTA tiene circulación nacional y se está implementando su circulación internacional. Ha sido estudiada para servir como medio para la difusión rápida de nuevas e importantes informaciones sobre la ciencia y el arte de la cirugía.

Las aseveraciones hechas en los artículos, son responsabilidad de los autores. El idioma primario de publicación será el castellano; sin embargo, artículos escritos en francés, alemán, inglés, italiano y ruso, serán considerados. En vista de que el Comité Editorial está intentando difundir la REVISTA a nivel internacional, se requiere que los manuscritos incluyan el título en inglés, así como el resumen.

Los artículos son aceptados para su publicación con el entendimiento de que su contenido esencial no ha sido ni será sometido para otra publicación.

A continuación se detallan las instrucciones a los autores para que los artículos se ajusten a las normas internacionales existentes.

Una vez publicado el artículo se convierte en propiedad de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Deben enviarse 3 copias del artículo y 3 originales de cada ilustración o figura y 1 disquete 3 1/2 y la carta compromiso, a la siguiente dirección: Comisión de Publicaciones. Revista Venezolana de Cirugía. Sociedad Venezolana de Cirugía, urbanización Los Dos Caminos, Edf. Centro Parque Boyacá, Torre Centro, piso 17, oficina 173, avenida Sucre, Caracas 1070, Venezuela. Fax: 286.84.59.

Organización del manuscrito

Los manuscritos, incluyendo las referencias, deberán ser tipeados en una sola cara de hoja de 28 por 21,5 cm a doble espacio y con márgenes de por lo menos 2,5 cm. Las páginas serán numeradas en forma consecutiva. El manuscrito deberá estar organizado en la forma como se indica a continuación:

TÍTULO. La primera página deberá contener el título del artículo, conciso pero informativo del tema tratado. Primer nombre, inicial del segundo nombre, primer apellido y en caso de que el autor quiera publicar su segundo apellido éste deberá estar unido por un guión al primero. En esta primera página deberá aparecer el cargo o posición hospitalaria de todos los autores, grados académicos si se trata de profesores universitarios, nombre del servicio o departamento y la institución a los que se debe atribuir el trabajo. A continuación indicar la afiliación con la Sociedad Venezolana de Cirugía, así como la ciudad y el país donde el trabajo fue realizado.

Debe aparecer el nombre completo y la dirección del correo del autor a donde se enviarán las separatas en caso de ser solicitadas. Al pie de esta primera página deberán aparecer las notas de agradecimiento o de soporte financiero si los hubiere.

RESUMEN. En español e inglés. Deberá presentarse en una página separada ubicada inmediatamente después de la página del título. No deberá exceder de 250 palabras, ni tener abreviaturas. El resumen estará estructurado para lograr uniformidad y una mejor expresión condensada del contenido, debe tener los siguientes subtítulos: Objetivo (s), Método, Ambiente, Resultados, Conclusión. Al final de la página deberán listarse entre 3 y 6 palabras clave para ser usadas al indexar el artículo.

TEXTO. El texto generalmente deberá estar organizado en: una sección introductoria sin titulares que establezca los antecedentes y el propósito del reporte y enseguida titular las siguientes secciones así: "Materiales y Métodos" o "Pacientes y Métodos" si se trata de humanos, "Resultados" y "Discusión". No hay sección para conclusiones. Las palabras o frases que el autor desee enfatizar deben ir subrayadas.

El estilo debe ser consistente con las normas de la Real Academia de la Lengua Española y/o con Council of Biology Editors Style Manual (4ª Edic., 1978). Esta última puede ser obtenida en The American Institute of Biological Sciences, 140 Wilson Blvd., Arlington, Virginia 22209. EE.UU.

Abreviaturas, nombres de fármacos, números, deberán ser estándar y las unidades deberán aparecer como lo hacen en Style Manual for Biological Journals (Third Edition, Washington, D.C. American Institute of Biological Sciences, 1972). También puede consultarse Uniforms Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals preparado por el International Steering Committee de editores médicos, publicados en las siguientes revistas: Ann Intern Med 1997; 126:36-47. Rev Venez Cir 2000; 53: 204-221.

La primera vez que una abreviatura no muy común aparezca en el texto deberá estar precedida del nombre completo al cual representa. Los nombres genéricos para drogas y químicos deberán ser usados siempre. El nombre comercial no puede ser utilizado. Los dígitos deberán ser expresados como (números) excepto cuando estén después de punto.

Las unidades de medidas serán expresadas en el sistema métrico decimal y serán abreviadas cuando acompañen números.

REFERENCIAS. Las referencias deberán ser tipeadas a doble espacio, listadas y numeradas en el orden en el cual aparecen en el texto. Una vez hecha la referencia las subsecuentes citas de la misma conservarán el número original. Todas las referencias deberán citarse en el texto o en las tablas. Datos no publicados y comunicaciones personales no son referencias aceptables, pero sí aquellas publicaciones que se encuentran en prensa. La referencia de los artículos de revista deberán conformarse al estilo

usado en el *Index Medicus* y deben incluir: 1) Autores. 2) Título. 3) Nombre abreviado de la revista. 4) Año. 5) Número del volumen. 6) Número de la primera y última página, en ese orden. Ejemplo: Plaza J, Toledano A, Martín A, Grateron H. Complicaciones post-operatorias. *Rev Venez Cir* 2000; 31:81-88.

Las referencias para libros deben incluir: 1) Autores. 2) Título(s) de capítulo(s). 3) Edición. 4) Título del libro. 5) Ciudad donde fue publicado. 6) Editor. 7) Año. 8) Páginas específicas. Ejemplo: Jones M C. *Gastrointestinal Surgery*. 2ª edición. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer, Verlag, 1976. p.253-272.

Otras referencias, como memorias y artículos de congresos, publicaciones en general, trabajos en prensa, material electrónico pueden ser revisadas en la *Rev Venez Cir* 2000;53;204-221.

TABLAS. Cada tabla estará tipeada a doble espacio en página aparte de 21,5 por 28 cm, numerada consecutivamente con números arábigos y contener la leyenda en la parte superior. Todas las tablas deberán estar citadas en el texto.

LEYENDAS DE LAS FIGURAS. Deberán ser tipeadas a doble espacio en una página separada y numerada en forma consecutiva con números arábigos que se correspondan con las mismas.

ILUSTRACIONES. Las ilustraciones deberán estar realizadas, diseñadas y fotografiadas profesionalmente y enviadas en triplicado en colores o en blanco y negro en impresiones de excelente calidad. El arte original o los negativos no deben ser enviados. Los símbolos, letras y números deberán ser de un tamaño suficiente para ser fácilmente reconocibles cuando la figura sea reducida a tamaño de publicación. Cada figura deberá tener una etiqueta pegada en la parte posterior indicando el número, el nombre de los autores y una flecha que indique la orientación de la misma. Las fotografías de pacientes en las cuáles los sujetos puedan ser identificados deberán estar acompañadas de un permiso escrito para ser publicadas.

PERMISOS. Materiales tomados de otras publicaciones deberán estar acompañados de un permiso escrito tanto del autor como del editor, dándoles de ese modo el visto bueno a la REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA para su reproducción.

SISTEMA OPERATIVO. Los manuscritos serán examinados por el Comité Editorial y los autores serán notificados de la aceptación tan pronto como sean revisados.

SEPARATAS. Las separatas deben ser encargadas por los autores en el momento en que reciban la notificación de que el artículo fue aceptado. La lista de precios estará disponible en la Secretaría de la REVISTA.

Editorial

Otro año que finaliza. Un año más de vida de la Sociedad, en Octubre pasado cumplió 61 de vigencia. En el Vol. 37, N 3, 1984. cuando cumplió cuarenta años, se publicó la nómina de sus miembros: 53 fundadores de los cuales sobreviven dos, los doctores Francisco Montbrun y José de la Trinidad Rojas Contreras. 23 miembros honorarios nacionales de los cuales 13 eran fundadores. 18 miembros honorarios extranjeros, 48 correspondientes nacionales con diversas especialidades: patólogos, cardiólogos, endocrinólogos, gastroenterólogos, cirujanos cardiovasculares, urólogos y oncólogos.

Ciento cuatro miembros titulares y doscientos dieciocho asociados en Caracas para un total de trescientos veintidós. De éstos, había 12 mujeres que representaban 3,7 %.

En los Capítulos teníamos 30 miembros en Anzoátegui, 42 en Aragua, 2 en Apure, 5 en Barinas, 28 en Bolívar, 84 en Carabobo, 18 en Mérida, 9 en Monagas, 9 en Nueva Esparta, 16 en los Llanos (Portuguesa y Cojedes), 20 en Sucre, 48 en Táchira, 15 en Trujillo, 8 en Yaracuy y 88 en Zulia para un total de 422 miembros, 8 eran del sexo femenino representando el 1,8 %. Al final de este número les presentamos la data de miembros actualizada después de la jornada realizada en Puerto La Cruz, Edo. Anzoátegui en julio de 2005.

Para Diciembre de 2005 hay registrados en la sede (Caracas, Miranda, Vargas), 919 miembros, de los cuales el 24,7 % son mujeres (226). En los capítulos hay 818 inscritos, correspondiendo 114 al sexo femenino (13 %). Esto hace un total de 1737 miembros, 1397 hombres y 340 mujeres (19,57 %), es decir, que en 21 años, se incrementó en 993 el número de inscritos.

Si la cirugía era una especialidad que ejercían mayoritariamente los hombres, desde la década de los setenta- ochenta comenzaron a incursionar las mujeres. Según las cifras de la

Comisión de estudios de post grado de la Facultad de Medicina, de la Universidad Central de Venezuela, para el concurso de 2005 hubo 1233 aspirantes, 756 mujeres (61,3 %) y 477 hombres (38,6 %). De estos, 140 aspirantes para la especialidad de cirugía, 51 mujeres (36,4 %) y 89 hombres (63,5%). Fueron seleccionados 51 alumnos, 30 hombres, 21 mujeres y 30 suplentes (20 hombres y 10 mujeres), observándose que el 38 % correspondió al sexo femenino.

Por supuesto que hay otras especialidades donde predomina el sexo femenino como son: Obstetricia y ginecología, Pediatría, Oftalmología, ORL, Psiquiatría y Radiodiagnóstico.

Igualmente queremos resaltar la participación de la mujer en nuestra Sociedad. Desde la década de los noventa comienza a publicarse en nuestra revista las directivas de los Capítulos y es así como observamos que en 1992 había 4 mujeres, en 1997 trabajaron 7 mujeres y en 1999 eran 9. En las tres últimas directivas han ocupado diferentes cargos 31 mujeres.

El propósito de esta editorial es tratar que los miembros de la SVC, especialmente las directivas de los Capítulos, nos escriban para seguir depurando la data pues reconocemos que hay fallecidos y retirados por voluntad propia ya que no tenemos como ubicarlos (dirección, teléfono, e mail, etc.) y en segundo lugar considerar la actualización de los Estatutos y Reglamentos de acuerdo a la época. Aunque el objetivo principal sigue siendo el mismo, "organización científica", modificar el rango de edad para ser Miembro Honorario o Emérito, hacer actividades más participativas para ambos sexos por igual etc. Ya en la Editorial del Vol. 52, N° 3 y 4, 1999, el doctor Pablo Briceño hace mención a esta revisión "para que la Sociedad sea más dinámica y adecuada a las nuevas exigencias".

Maria Zoraida Pacheco P.

TRAUMATISMO CERVICAL PENETRANTE EN CIRUGÍA GENERAL

José M. De Abreu*
Alí Godoy**
Ismael A. Salas***
Tomás A. Machado***
Gueisy Delgado***

Resumen

Objetivos: evaluar la experiencia en el manejo del traumatismo cervical penetrante en los pacientes que ingresaron en nuestro servicio.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo y descriptivo de 22 pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas por traumatismo cervical penetrante entre enero de 2004 y marzo de 2005.

Ambiente: Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas, Venezuela.

Resultados: Se estudiaron las historias de 22 pacientes con traumatismo cervical penetrante. El 95 % pertenecía al género masculino, el grupo etario más afectado fue el de veinte a veintinueve años (55 %). El mecanismo de producción de la lesión fue en 64 % arma blanca y en 36 % por arma de fuego. La zona II del cuello fue la más afectada (82 %). Todos los pacientes ingresaron hemodinámicamente estables y se les sometió a cervicotomía exploradora, de las cuales 82 % fue terapéutica. Las lesiones más frecuentes fueron vasculares (38 %), practicándose ligadura selectiva del vaso comprometido en todos los casos; en segundo

lugar se afectó el sistema muscular (33 %), seguidas por lesiones del sistema digestivo, respiratorio y endocrino, (24 % en conjunto); y lesiones neurológicas (4,54 %). Se presentaron complicaciones en 25 %.

Conclusiones: los traumatismos cervicales penetrantes representan un gran reto para el cirujano debido a la multiplicidad de lesiones que se pueden presentar como consecuencia de las estructuras vitales que se encuentran a ese nivel.

Palabras clave: Traumatismo cervical, traumatismo penetrante, lesiones en cuello.

Abstract

PENETRATING NECK TRAUMA IN GENERAL SURGERY

Objective: To evaluate the penetrating neck trauma experience in Surgery Service number One at "Hospital Vargas of Caracas".

Method: retrospective and descriptive study of 22 patients who were admitted with penetrating neck trauma at Surgery Service number One at "Hospital Vargas de Caracas". January 2004 to March 2005.

Ambient: Surgery number One Service at "Hospital Vargas de Caracas", Venezuela.

* Jefe del Servicio Cirugía I. Hospital Vargas de Caracas.
Jefe de la Cátedra de Clínica Terapéutica y Quirúrgica B.
** Adjunto del Servicio
*** Residente del Servicio

Results: Twenty two patients records were studied with penetrating neck trauma. 95 % were males; most of them were between twenty and twenty nine years old (55 %). The trauma mechanism was divided in stabbing (64 %) and gunshot wounds (36%). The neck zone II was the more often affected (82 %). All patients were admitted stable and underwent surgical neck exploration, 82 % were therapeutic procedures. Vascular injuries were the most often observed (38 %), and all of them were surgically repaired by ligation. In second place the muscular injury represented 33 % of all cases in this study; less frequent injuries were digestive, respiratory and endocrine systems (24 %). Neurological injuries represented 4,54 % of all cases. Complications were present in 25 %.

Conclusions: The penetrating neck trauma represents a great challenge for the surgeon, because of the multiplicity of injuries that may be involved, as a consequence of the vital structures that are located at this site.

Key words: cervical trauma, penetrating trauma, neck injuries.

Los traumatismos del cuello representan entre el 5 a 10 % de la patología traumática que se presenta en las salas de emergencia, siendo consideradas lesiones poco frecuentes⁽¹⁻²⁾.

El tratamiento de traumatismos cervicales penetrantes se remonta al año 1522 practicado por Ambrosio Paré, quien determinó, para el momento, que el manejo más adecuado era la ligadura de los grandes vasos en el área de la lesión. Este tipo de manejo se mantuvo como regla incluso durante la primera guerra mundial, sin embargo los reportes de mortalidad secundarias a estas lesiones eran muy altos llegando a 6 %, y las secuelas de índole neurológico eran muy marcadas. A partir de 1956 Fogelman and Stewart plantearon la necesidad de exploración quirúrgica sólo de aquellas lesiones que penetraran el músculo platismo del cuello, bajando las tasas de mortalidad hasta 6 %⁽²⁾.

En la actualidad se han clasificado las lesiones cervicales según su ubicación anatómica siendo de mucha ayuda para orientar al cirujano sobre las posibles lesiones que se pueden presentar, estando en conocimiento de las zonas del cuello descritas por Monson y las estructuras que se ubican en cada una de ellas⁽³⁾.

La zona I del cuello corresponde a la base del mismo, y comprende toda el área entre la horquilla esternal y el cartílago cricoides; las estructuras en mayor riesgo en esta zona son los grandes vasos (arteria y vena subclavias, venas braquiocefálicas, venas yugulares y carótidas comunes), arco aórtico, tráquea, esófago, ápices pulmonares, columna cervical, médula espinal y raíces nerviosas.

La zona II del cuello corresponde al área que se ubica entre el cartílago cricoides inferiormente y el ángulo de la mandíbula superiormente; las estructuras en riesgo a ese nivel son las arterias carótidas, arterias vertebrales, venas yugulares, tráquea, esófago, faringe, laringe, tiroides, columna cervical y médula espinal.

La zona III del cuello corresponde al área que se ubica entre el ángulo de la mandíbula inferiormente y la base del cráneo superiormente; las estructuras en riesgo son las arterias carótidas, venas yugulares, tráquea, esófago, columna cervical y raíces nerviosas (incluyendo pares craneales IX y XII).

Se ha reportado que las lesiones de la zona II son las más frecuentes llegando a ser 81 % de los casos, mientras que las de zona I y III representan 15 y 4 % respectivamente⁽⁴⁾. El manejo de las lesiones de la zona II del cuello es controversial, algunos estudios reportan que el manejo quirúrgico es mandatorio en estos pacientes, y que la cirugía realizada por un equipo experimentado no representa mayor riesgo⁽⁵⁾.

En cuanto a las lesiones de la zona I son las que están asociadas a mayor morbilidad y mortalidad⁽¹⁻⁶⁾. En un estudio publicado en febrero de 2000 se concluyó que los datos del

examen físico y la radiografía simple de tórax son suficientes para descartar lesiones vasculares mayores y que los pacientes con lesiones en dicha zona no deben ser sometidos a estudios arteriográficos de rutina⁽⁷⁾.

Los mecanismos de producción de las lesiones penetrantes del cuello son en 95 % de los casos heridas por arma de fuego y arma blanca⁽¹⁾; y de éstas, las más frecuentes son las últimas, representando hasta 68,75 % de los casos; mientras que las heridas por arma de fuego representan 18,75%⁽⁸⁾.

El 81 % de los pacientes con traumatismo cervical penetrante presenta lesiones de múltiples estructuras⁽⁹⁾. Las lesiones aero-digestivas se reportan en 25 % de los casos de lesiones penetrantes del cuello⁽⁸⁾. Las lesiones de faringe y esófago se presentan en 5 a 15 % de los casos y las lesiones de laringe y tráquea se presentan entre 4 y 12 % de los casos⁽¹⁾.

Las lesiones vasculares resultantes de los traumatismos penetrantes cervicales pueden ser directas (por sección total o parcial del vaso) o por inducción de lesiones como disección de la íntima, fístulas arteriovenosas o pseudoaneurismas. En conjunto las lesiones vasculares del cuello representan 13 a 16,8 % de los pacientes tratados por traumatismos cervicales penetrantes⁽⁹⁻¹⁰⁾.

La vena yugular interna y la arteria carótida son los vasos que más frecuentemente se lesionan, resultando en un 7 y 9 % respectivamente⁽¹⁾. Se ha reportado que del total de las lesiones de la carótida, aproximadamente 11 % corresponden a la carótida externa, 38,8 % a la carótida interna y 50 % a la carótida común, esto debido a que las lesiones más frecuentes ocurren en la zona II y es allí donde se ubica la carótida común⁽¹⁰⁾.

En un estudio presentado por Azuaje y Jacobson en el 2003 se determinó que 68 % de los pacientes que se encuentran hemodinámi-

camente inestables al momento del ingreso presentan lesiones vasculares secundarias a traumatismos penetrantes del cuello, corroborado por angiografía de cuatro vasos.

De este estudio se concluyó que el examen físico tiene una sensibilidad de 93 % y un valor predictivo negativo de 97 % para anticipar los resultados angiográficos en los pacientes con traumatismo cervical⁽¹¹⁾.

Otro estudio reportó que 90 % de los pacientes que al ingreso presentaron signos duros de lesión vascular, presentaron como hallazgos operatorios daños arteriales o venosos mayores que requirieron reparación quirúrgica⁽¹²⁾.

Se ha reportado que sólo 6,6 % de las cervicotomías son no terapéuticas en aquellos casos en los que se ha empleado un criterio selectivo de acuerdo a los hallazgos clínicos de ingreso⁽¹³⁾.

Actualmente se ha calcula que los traumatismos penetrantes de cuello tienen una mortalidad entre 2 y 11 %⁽¹⁴⁾.

Los traumatismos cervicales penetrantes representan un gran reto diagnóstico y terapéutico para los cirujanos de emergencia en parte debido a las estructuras vasculares, vía aérea, digestiva y neurológicas que dicha área aloja⁽¹⁵⁾. La presencia de estructuras vitales a nivel cervical conlleva a que lesiones que aparentemente son muy simples, sean realmente amenazantes para la vida del paciente. La mayoría de las veces es necesaria la toma de decisiones rápidas por parte de un equipo multidisciplinario de la emergencia, para prevenir consecuencias catastróficas vasculares, respiratorias o neurológicas⁽²⁾. El manejo de las lesiones penetrantes cervicales es aún muy controversial, existen corrientes terapéuticas que indican que todo paciente con traumatismo penetrante del cuello debe ser sometido a cervicotomía exploradora⁽¹⁶⁾; sin embargo en la actualidad la tendencia

es a la utilización de los criterios selectivos de exploración basados en los hallazgos físicos de ingreso^(9, 14).

Materiales y métodos

Todos los datos obtenidos fueron recolectados del archivo de historias médicas del Hospital Vargas de Caracas.

Se realizó la revisión de todas aquellas historias de pacientes que habían consultado a la emergencia de nuestro centro y atendidos por nuestro servicio presentando traumatismo cervical penetrante, siendo llevados a la mesa operatoria para la realización de una cervicotomía exploradora. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron traumatismo contuso a nivel del cuello.

Los hallazgos fueron recopilados según la epidemiología del trauma, mecanismo de lesión, zona afectada, estructuras lesionadas y según las complicaciones que se presentaron.

En este trabajo se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se hizo una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes a quienes se les realizó cervicotomía exploradora debido a traumatismo cervical penetrante por parte de Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas, en un período de 15 meses, entre Enero de 2004 y Mayo de 2005.

Resultados

Durante el período comprendido entre los meses de enero de 2004 hasta marzo de 2005, que representa un total de 15 meses, se estudiaron las historias de 22 pacientes que habían recibido traumatismo cervical penetrante en cuello, atendidos en el Hospital Vargas de Caracas.

Dentro de este total se observó que la edad de los pacientes afectados fluctuó entre 19 y 40

años, siendo el grupo etario más afectado el representado por el grupo entre 20 y 29 años con 55 % (12 casos), seguido del grupo entre 30 y 39 años con 32 % (7 casos). **(Figura 1).**

En cuanto a la distribución por sexo se observó que el sexo masculino predominó sobre el sexo femenino representando un total de 21 casos. (95 %). **(Figura 2).**

Figura 1

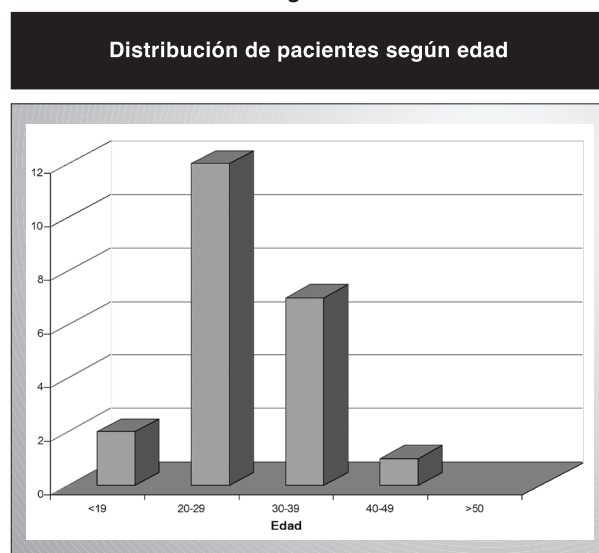
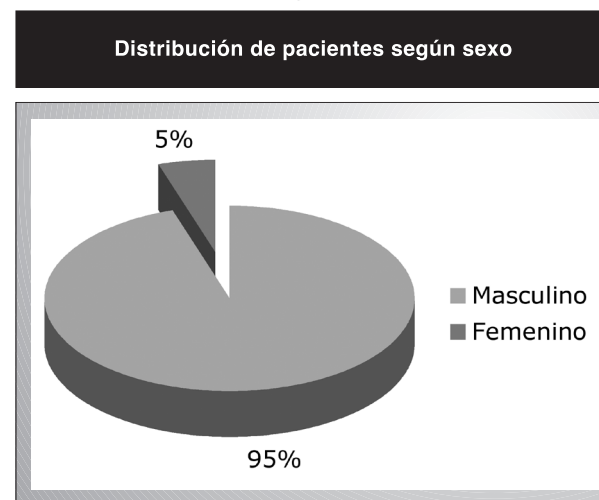
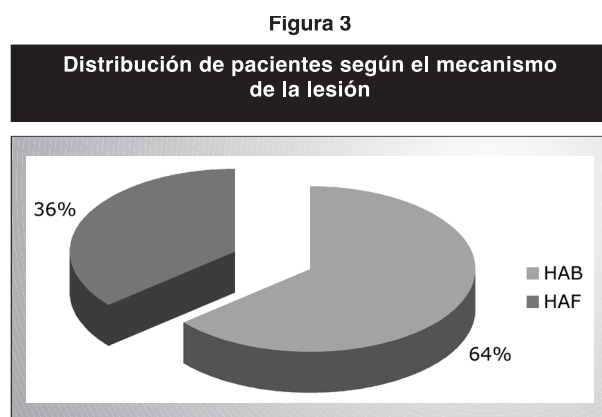


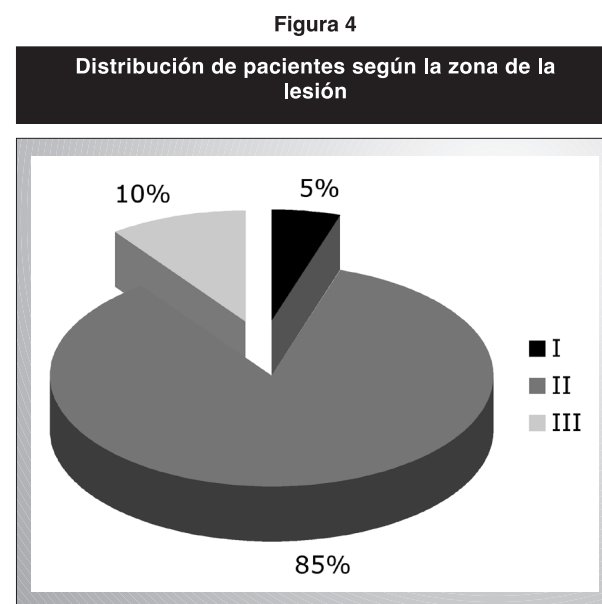
Figura 2



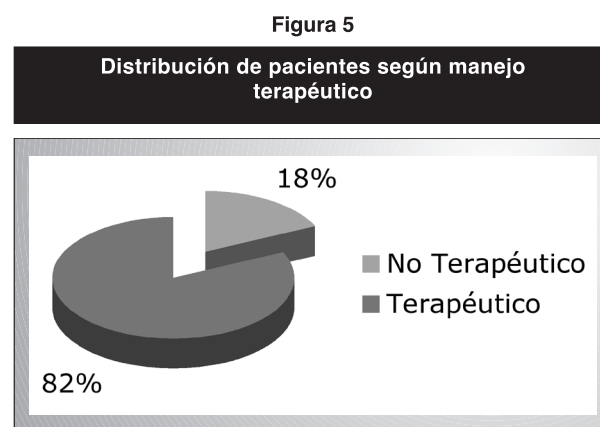
El mecanismo de lesión que se presentó con más frecuencia fue herida por arma blanca (HAB) en 64 % (14 casos), seguido de heridas por arma de fuego (HAF) en 36 % (8 casos) (**Figura 3**).



Todos los pacientes se presentaron a la emergencia de nuestro centro hemodinámicamente estables, siendo la zona del cuello más afectada la zona II con 18 casos (82 %), seguido de la zona III con dos casos (9 %) y la zona I con un caso (5 %). (**Figura 4**)



Todos los pacientes se manejaron de forma quirúrgica realizándose cervicotomía exploradora, el 82 % fue terapéutica (18 casos). (**Figura 5**).

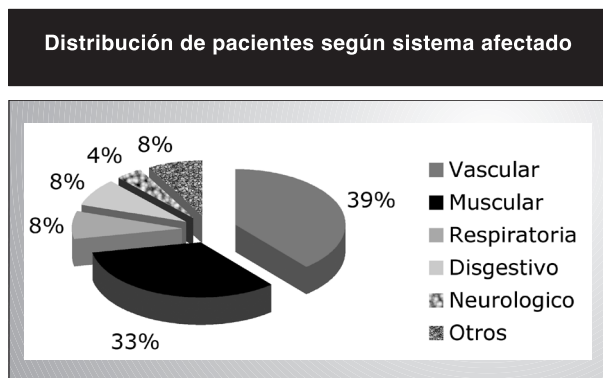


Caracterizando el tipo de lesiones según el sistema afectado podemos observar que las lesiones vasculares fueron las más frecuentes con un 38 % (9 casos), donde observamos lesión de los vasos faciales en tres casos, lesión de venas yugulares en tres casos, lesión de arteria carótida interna y externa en un caso y lesión de la arteria cervical transversa en un caso; en todos la conducta quirúrgica fue la ligadura selectiva del vaso comprometido.

El sistema muscular fue el segundo más afectado 33 % (8 casos) siendo el más frecuente el músculo esternocleidomastoideo. Los sistemas respiratorio, digestivo y endocrino se presentaron con dos casos cada uno para 8 % del total. En cuanto al sistema respiratorio se observó en un paciente una lesión a nivel de la tráquea, la cual se resolvió por medio de la resección de anillos traqueales, con anastomosis término-terminal; y el otro caso fue un paciente con neumotórax que se resolvió con una toracotomía mínima. Las lesiones del sistema digestivo se presentaron con dos lesiones a nivel de hipofaringe. En cuanto al sistema

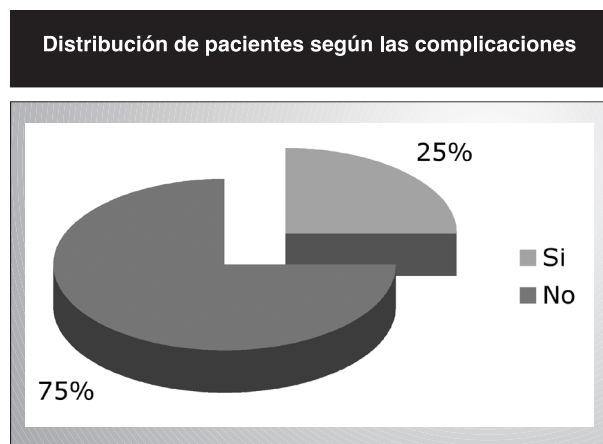
endocrino las lesiones que se observaron fueron dos lesiones a nivel de lóbulo superficial de la glándula parótida. La lesión neurológica constituida un solo caso por una lesión a nivel del nervio facial. **(Figura 6).**

Figura 6



De todos los pacientes que presentaron algún tipo de lesiones se observó un porcentaje de complicaciones de 25 % (6 casos), entre las más severas dehiscencia de la anastomosis de anillos traqueales, accidente cerebro-vascular en un paciente en el que se realizó ligadura de la arteria carótida interna y parálisis facial en un paciente con lesión del nervio facial. **(Figura 7).**

Figura 7



Discusión

Con este trabajo se demuestra que la violencia urbana, sigue siendo uno de los problemas más importantes de las grandes ciudades del mundo entre las cuales se encuentra Caracas.

Es muy preocupante observar que la gran mayoría de estas lesiones se producen en pacientes en edades productivas siendo mayor la incidencia entre los 20 y 39 años. Estas lesiones se presentaron predominantemente en pacientes del sexo masculino.

El mecanismo más frecuente que provocó estas lesiones fueron las heridas por arma blanca con 64 %, lo cual guarda relación con la estadística mundial, sobre todo en nuestros países en los cuales la utilización de armas blancas es mucho más frecuente aun cuando las lesiones por arma de fuego conllevan a una mayor morbilidad⁽⁷⁾.

En vista de que en nuestro hospital no contamos con estudios especializados, tipo ultrasonido Doppler, realización de arteriografías de emergencia, ni un servicio de trauma shock, no es posible realizar un tratamiento conservador, por lo que todos aquellos pacientes que ingresan al área de emergencia con disrupción del músculo platisma son llevados a la mesa operatoria para la realización de cervicotomía exploradora. En base a este hallazgo pudimos observar que las exploraciones no terapéuticas fueron poco frecuentes (18%) , con lo cual consideramos que la conducta de la cervicotomía exploradora en los casos en lo que el músculo platisma está comprometido, está muy bien indicado en nuestros centros.

La zona del trauma más afectada es la zona II del cuello, lo cual explica la gran diversidad de lesiones que se presentaron en este estudio,

siendo representadas predominantemente las lesiones vasculares, seguidas de las lesiones a nivel muscular.

En el caso de las lesiones vasculares la conducta que se realizó en todos los casos (todos los pacientes se presentaron hemodinámicamente estables) fue la ligadura, por ser vasos de pequeño calibre. Un caso a considerar de manera aislada fue un paciente con lesión a nivel de la carótida interna, en este caso se consideró la reparación primaria utilizando un injerto de vena safena, pero durante la evaluación se evidenció que el paciente tenía cicatriz de una exploración vascular bilateral con lo que no fue posible realizar ningún tipo de reparación primaria y fue necesaria la ligadura, presentando como complicación un accidente cerebro-vascular de tipo isquémico, siendo ésta una complicación esperada para este tipo de conductas.

Un tipo de lesión que preocupa al equipo quirúrgico son las de vías áreas, debido a que ameritan una conducta expedita para evitar la muerte por asfixia, ameritando en algunas oportunidades la realización de procedimientos tipo traqueostomía previos al acto quirúrgico. Otras de las lesiones que ameritó atención fue una lesión a nivel de cartílagos traqueales, que no permitió la rafia primaria, y se practicó en segundo tiempo por el servicio de cirugía de tórax, realizando resección de anillos traqueales con una traqueostomía protectora.

Las lesiones combinadas de múltiples sistemas son vistas principalmente en heridas producidas por arma de fuego, en estos casos se debe considerar de forma preoperatoria el tipo de lesiones que podemos hallar, así como el probable trayecto del proyectil percutido, a nivel de cuello y evitar pasar por alto lesiones desapercibidas, principalmente del esófago que conllevan a una alta mortalidad.

Podemos concluir con la realización de este trabajo, que el traumatismo cervical penetrante constituye un reto para el cirujano de emergencia, debido a la multiplicidad de lesiones que se pueden presentar y fundamentalmente a lo complejo de las reparaciones de cada lesión.

Referencias

1. David Levy, DO, Neck Trauma, <http://www.emedicine.com/emerg/topic331.htm> el 30 de mayo de 2005.
2. Herve' J. LeBoeuf, M.D. Francis B. Quinn, Jr., M.D. Penetrating Neck Trauma Dept. of Otolaryngology, UTMB, Grand Rounds Presentation January 26, 1999
3. Monson DO, Saltea JD, Freearu RJ: Carotid-vertebral trauma. *J Trauma*, 1969, 9:987.
4. Nason RW, Assuras GN, Gray PR, Lipschitz J, Burns CM. Penetrating neck injuries: analysis of experience from a Canadian trauma centre. *Can J Surg*. 2001; 44(2):122-6.
5. Siegrist B, Steeb G. Penetrating neck injuries. *South Med J*. 2000; 93(6):567-70.
6. Brennan JA, Meyers AD, Jafek BW. Am J Penetrating neck trauma: a 5-year review of the literature, 1983 to 1988. *Otolaryngol*. 1990; 11(3):191-7.
7. Eddy VA. J; Is routine arteriography mandatory for penetrating injury to zone 1 of the neck? Zone 1 Penetrating Neck Injury Study Group. *Trauma*. 2000; 48(2):208-13
8. Colombo F, Sansonna F, Baticci F, Boniardi M, Di Lerna S, Ferrari GC, Pugliese R. Penetrating injuries of the neck: review of 16 operated cases. *Ann Ital Chir*. 2003 Mar-Apr;74(2):141-8.
9. Bumpous JM, Whitt PD, Ganzel TM, McClane SD. Penetrating injuries of the visceral compartment of the neck. *Am J Otolaryngol*. 2000; 21(3):190-4.
10. Mittal VK, Paulson TJ, Colaiuta E, Habib FA, Penney DG, Daly B, Young SC. Carotid artery injuries and their management. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2000 ; 41(3):423-31.
11. Azuaje RE, Jacobson LE, Glover J, Gomez GA, Rodman GH Jr, Broadie TA, Simons CJ, Bjerke HS. Reliability of physical examination as a predictor of vascular injury after penetrating neck trauma. *Am Surg*. 2003; 69(9):804-7.
12. Sekharan J, Dennis JW, Veldenz HC, Miranda F, Frykberg ER. Continued experience with physical examination alone for evaluation and management of penetrating zone 2 neck injuries: results of 145 cases. *Vasc Surg*. 2000; 32(3):483-9.
13. Roden DM, Pomerantz RA. Penetrating injuries to the neck: a safe, selective approach to management *Am Surg*. 1993 Nov; 59(11):750-3.
14. Sriussadaporn S, Pak-Art R, Tharavej C, Sirichindakul B, Chiamanathapong S. Selective management of penetrating neck injuries based on clinical presentations is safe and practical. *Int Surg*. 2001; 86(2):90-3.
15. Kendall JL, Anglin D, Demetriades D. Penetrating neck trauma. *Emerg Med Clin North Am*. 1998; 16(1):85-105
16. Bishara RA, Pasch AR, Douglas DD, Schuler JJ, Lim LT, Flanigan DP. The necessity of mandatory exploration of penetrating zone II neck injuries. *Surgery*. 1986; 100(4):655-60.

CARCINOMA PAPILAR EN UN QUISTE TIROGLOSO: REPORTE DE UN CASO.

Adel Al Awad*
Gladys Chow**
Víctor H. Zambrano**
Euro Arias**
Jhonan Chirinos**

Resumen

Objetivo: comunicar nuestra experiencia con un caso de carcinoma papilar en un quiste del conducto tirogloso.

Material y métodos: recolección de información de la historia clínica respecto a datos demográficos, clínicos, estudios complementarios, hallazgos en la cirugía y evolución posterior de una paciente femenina de 62 años con diagnóstico de quiste tirogloso, cuyo estudio histopatológico reportó carcinoma papilar en un quiste del conducto tirogloso.

Ambiente: Servicio de Cirugía General Número 1, Servicio Autónomo del Hospital Universitario de Maracaibo (H.U.M.)

Discusión: El carcinoma del conducto tirogloso se presenta como una masa benigna en el 70 por ciento de los casos, pero si se asocia a disfonía, disfagia, pérdida de peso, o hay cambios bruscos en el patrón de crecimiento se debe sospechar malignidad. El diagnóstico se realiza habitualmente en el transoperatorio o con el estudio anatomopatológico de la pieza definitiva, siendo el carcinoma papilar el tipo histológico más frecuente. La técnica de Sistrunk es el tratamiento de elección, pero si existe patología maligna asociada al tiroides, o existen ganglios linfáticos positivos, la tiroidectomía y la disección de cuello, respectivamente, están indicadas.

Conclusiones: El carcinoma del conducto tirogloso es una entidad infrecuente, diagnosticada transoperatoriamente o con el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica. El tratamiento debería incluir la tiroidectomía total para facilitar el tratamiento con yodo radioactivo y el seguimiento ulterior.

Palabras clave: Tiroides, carcinoma papilar, quiste tirogloso.

Abstract

PAPILARY CARCINOMA IN A THYROGLOSSAL CYST. REPORT OF A CLINICAL CASE

Objective: To present our experience with a case of papillary carcinoma arising a thyroglossal cyst duct.

Patient and method: We collected data from the clinical history of a feminine patient with thyroglossal cyst duct, that histological examination revealed a papillary carcinoma arising in such duct. We reviewed demographic aspects, clinical manifestation, complementary studies, surgical finding and patient outcome.

Ambient: Nº 1 General Surgery Department from Servicio Autónomo de Hospital Universitario de Maracaibo (HUM). Venezuela.

Discussion: The Thyroglossal duct carcinoma is presented as a benign mass in almost 70 percent of cases, but if the patient has dispha-

* Doctor en Ciencias Médicas, MSVC

** Residentes del postgrado universitario de cirugía, Hospital Universitario de Maracaibo

gia, hoarseness and weight loss, or the mass increases abruptly, malignity is suspected. The diagnostic is usually made during operation or with examination of the surgical piece. Papillary carcinoma is the most especimen histologic presentation. Sistrunk operation is the surgical treatment choice, but if thyroid gland is affected, or there are positive cervical nodes, thyroidectomy or cervical dissection is indicated.

Conclusion: Thyroglossal duct carcinoma is infrequent, and its diagnosis is made during operation or histologic examination of the surgical piece. Treatment will include total thyroidectomy to provide a better treatment with radioactive iodine and ulterior follow up.

Key words: Thyroid, papillary carcinoma, thyroglossal cyst duct

Los remanentes del conducto tirogloso constituyen la lesión de la línea media del cuello más frecuente en la infancia y la adolescencia, constituyendo el 75 por ciento de los casos, pero puede hallarse en adultos, en aproximadamente un 7 por ciento. Desde el punto de vista embriológico, el tiroides desciende desde el endodermo en el suelo de la faringe entre el primer y segundo arco branquial hacia la séptima semana de desarrollo embrionario y queda comunicado con el suelo de la boca a través del conducto tirogloso, el cual desaparece hacia la décima semana. La persistencia de dicho ducto es la causa del quiste del conducto tirogloso. El procedimiento de Sistrunk, con disección del trayecto y la remoción del hueso hioides, es aceptado como la operación de elección⁽¹⁻⁴⁾ para esta patología.

Se estima que podemos encontrar carcinoma en estos remanentes en el 1,0 % de los casos^(1, 3, 5, 6), la mayoría de ellos asintomáticos. El

adenocarcinoma papilar constituye el 92 % de los casos (5); tumores mixtos de tejido papilar y folicular le siguen en frecuencia. Un tercer grupo está representado por el carcinoma de células escamosas, en un 7 % y el carcinoma anaplásico con menor frecuencia, con el uno por ciento. No se han registrado casos de carcinoma medular tiroideo en estas estructuras. Del 11 al 30 % de los pacientes presentan tumores sincrónicos en el tejido remanente tiroideo^(9,11,13). Las metástasis a los ganglios linfáticos regionales se presentan entre el 10 al 20 % de los casos, y sólo la mitad de ellos se diagnostica preoperatoriamente⁽⁷⁾. Hasta hoy día, sólo se han reportado 215 casos de estos tumores⁽³⁾.

No existe un claro consenso acerca del manejo subsiguiente a la escisión del quiste, especialmente el rol de la tiroidectomía total y la terapia postoperatoria con yodo radioactivo⁽⁶⁾.

El objetivo de este trabajo es comunicar nuestra experiencia con un caso de carcinoma papilar en un quiste tirogloso.

Pacientes y Métodos

Se recolectó la información de la historia clínica de un caso atendido por el servicio de Cirugía General número 1 del Hospital Universitario de Maracaibo, en el mes de marzo del año 2002. Se revisaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, antecedentes, examen físico, análisis de laboratorio, estudios de imágenes, hallazgos operatorios, tratamiento adyuvante recibido y evolución postoperatoria.

Caso Clínico

Paciente femenina de 62 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual desde los 20 años, caracterizada por tumoración en región anterior de cuello, de consistencia firme,

no dolorosa, de aproximadamente 7 x 6 cms, que se eleva con los movimientos de proyección de la lengua y con la deglución. Concomitantemente refiere disfonía desde hace cinco años, progresiva, motivo por lo cual consulta e ingresa con diagnóstico de quiste de conducto tirogloso. En los antecedentes personales refiere asma e hipertensión, con un hábito tabáquico acentuado de una caja de cigarrillos al día, hasta los 33 años. En el examen físico al ingreso, se apreciaba cuello con aumento de volumen en región anterior, de aproximadamente 15x20cms, con ulceración en región central de piel y signos de flogosis; consistencia dura, adherida a planos profundos. Se solicita interconsulta a servicio de ORL el 26 de marzo de 2002, realizándose laringoscopia indirecta, donde se visualiza epiglotis normal, senos piriformes libres, sin éstasis salival. Bandas ventriculares libres y cuerdas vocales verdaderas con buena movilidad, buen espacio glótico. Presencia de dos nódulos en comisura anterior, sin edema ni evidencia de tumor supra e infra-glótico. Debido a estos hallazgos, se sugiere tomografía de cuello con contraste que revela densidad de tejido blando de aspecto y superficie heterogénea, contornos irregulares, de aspecto lobulado, que ocupa la posición anterolateral derecha del cuello, extendiéndose desde la porción supraclavicular hasta parafaríngea derecha. La misma desplaza los vasos del cuello en sentido anterior y externo, así como la porción superior de tráquea, laringe, valécula y nervios piriformes hacia el lado contralateral, más no la infiltra, no observándose disminución de la luz del calibre de la misma. Asimismo, se evidencia desplazamiento de la masa muscular de la porción antero-lateral del cuello. Glándulas paratiroides lucen de tamaño conservado, sin infiltraciones o desplazamientos. Glándula tiroides luce de densidad conservada, con discreto desplazamiento del lóbulo derecho, más no infiltrada. El cintillograma tiroideo

mostró una glándula de morfología, posición y volumen normal, con buena capacidad de concentración y distribución uniforme del trazador. En el ecograma tiroideo se visualiza glándula de tamaño normal, contornos regulares, la cual no produce compresión de estructuras vasculares. Anterior al lóbulo derecho se aprecia imagen compleja predominantemente sólida, con zonas anecoicas en su interior de contornos irregulares, la cual mide aproximadamente 3,1x 3,2 cms y desplaza glándula tiroides hacia la izquierda. Se realizó punción con aguja fina (PAAF), la cual no fue concluyente, reportando tejido necrótico abscedado.

Se realizó intervención quirúrgica, se tomó muestra para cortes congelados y reportó tumor mesenquimal maligno. Son evidenciadas adenopatías bilaterales, compromiso de ambas glándulas submaxilares e infiltración de vena yugular derecha. Se procedió a la extirpación de toda la lesión (Fig.1 y 2), se practicó disección radical del cuello derecha y disección radical modificada del lado contralateral, sin incluir tiroidectomía dentro del procedimiento quirúrgico.

Figura 1

Tumor ulcerado de cuello: Carcinoma Papilar de Tiroides en Quiste Tirogloso

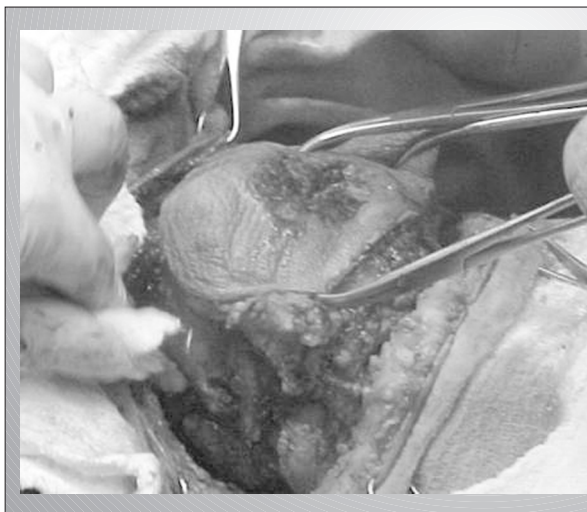


Figura 2

Tumor ulcerado y disección de vena yugular derecha

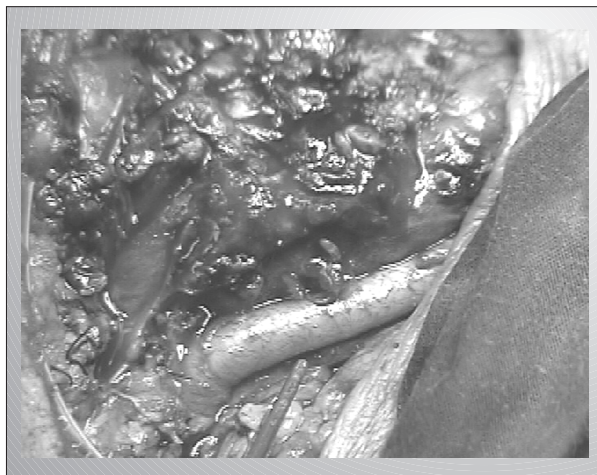
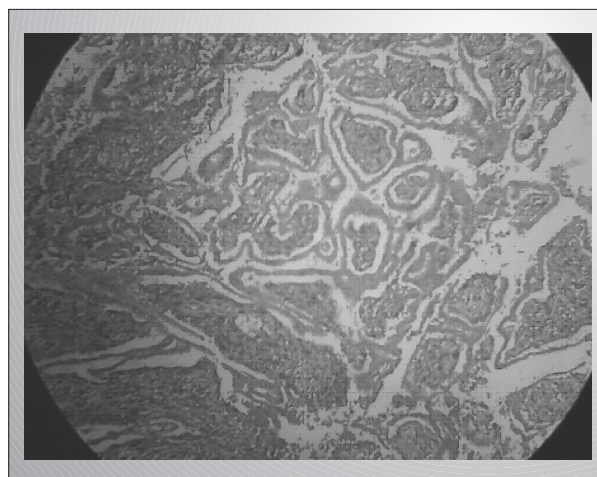


Figura 3

Ca papilar en quiste tirogლოს. Coloración hem- eos
170x



Se enviaron muestras para estudio anatomopatológico, que reportó:

Ca papilar de tiroides moderadamente diferenciado, infiltrante. (Fig.3)

- Patrón histológico papilar sarcomatoide difuso sólido y en nidos.

- Permeación de vasos sanguíneos.
- Áreas de necrosis, márgenes laterales libres, márgenes profundos tomados.
- Linfadenitis inespecífica.

La paciente no tuvo complicaciones postoperatorias inmediatas y se egresó seis días después; sin embargo, falleció luego de cuatro semanas, sin precisarse la causa.

Discusión

El carcinoma del conducto tirogლოს se puede presentar clínicamente como una masa cervical benigna en el 70 por ciento de los casos, sin embargo, en otras oportunidades puede aparecer disfonía, disfagia e incluso pérdida de peso ⁽⁶⁾; tal como sucedió en este caso, donde la paciente presentó una masa cervical asintomática, que posteriormente aumentó rápida y progresivamente de tamaño hasta producir, incluso, disfonía, lo cual es un signo diagnóstico de los quistes del conducto tirogლოს que nos permiten sospechar malignidad ⁽⁸⁻¹¹⁾. En cuanto a la distribución por sexo, no existe diferencia en el caso de quistes tirogლოს benignos, pero cuando se asocia con patología maligna aparece con más frecuencia en el sexo femenino, como en el caso reportado. Se desconoce la razón de esta prevalencia, pero se puede relacionar con la mayor frecuencia de carcinoma papilar en mujeres, en una proporción 3:1 con respecto a los hombres ^(3, 6, 8).

El diagnóstico se realiza habitualmente en el transoperatorio o con el estudio anatomopatológico de las piezas definitivas. Ésto se debe a que la malignización de los quistes tirogლოს es del 1 por ciento de los casos aproximadamente ^(1, 3, 5, 6), por lo que frecuentemente no se sospecha dicho diagnóstico y no se realizan estudios preoperatorios, como la PAAF, para descartar dicha posibilidad. Se ha descrito que ésta es útil en el diagnóstico preoperatorio en un 53 % de los casos ^(3, 6, 12). Además, siempre que se sospe-

che de malignidad se debe realizar una TAC preoperatoria. En nuestro caso no se realizó PAAF, pero si TAC, cuyos hallazgos no evidenciaron malignidad en la tumoración o en la glándula tiroidea, al igual que en los demás estudios imagenológicos complementarios (ecograma y cintillograma tiroideos).

Existen criterios diagnósticos para determinar que una tumoración cervical inicialmente diagnosticada como un quiste del conducto tirogloso se trata de un carcinoma papilar primario del conducto tirogloso, los cuales son: identificación histológica del quiste, que demuestra que el conducto o el quiste tienen una envoltura epitelial con folículos tiroideos normales en la pared; la existencia de tejido tiroideo normal adyacente al tumor, la ausencia de carcinoma primario en la glándula tiroidea, o la exclusión de otros carcinomas, e invasión de los tejidos circundantes por el tumor ^(6,10,13,16-18).

En nuestro caso, el carcinoma hallado fue del tipo papilar, como en el 90 por ciento de los casos reportados⁽⁵⁾. Se evidenció, desde el punto de vista macroscópico, intraoperatoriamente, que la glándula tiroidea no se encontraba aparentemente infiltrada, no así los tejidos circundantes, entre ellos glándulas submaxilares, ganglios linfáticos cervicales bilaterales y vena yugular interna derecha, lo que corresponde al 10 por ciento de los casos reportados en los cuales se puede evidenciar metástasis regionales⁽⁷⁾.

El tratamiento de los carcinomas de conducto tirogloso es un tema que sigue siendo controversial. La técnica de Sistrunk (resección simple del quiste tirogloso junto con hioidectomía parcial) es el tratamiento quirúrgico de elección para los carcinomas del conducto tirogloso ⁽¹⁴⁾, excepto en aquellos casos en donde exista patología tumoral maligna asociada con la glándula tiroidea, donde si se considera indicada la tiroi-

dectomía y si existen nódulos linfáticos positivos y unilaterales, se puede realizar una disección simple de cuello ⁽¹²⁾. En otro estudio, realizado por Barriga Sánchez et al ⁽⁶⁾, se considera que el tratamiento del carcinoma papilar en un quiste tirogloso no debe ser diferente al llevado a cabo en el caso de un carcinoma de tiroides, por lo que ellos realizan una tiroidectomía total asociada a la técnica de Sistrunk, con lo que se facilitaría la ablación con yodo radiactivo, del tejido tiroideo remanente o de las metástasis a distancia, así como el seguimiento de estos pacientes mediante la determinación de tiroglobulina sérica.

El tratamiento con yodo radiactivo adyuvante y la supresión de la TSH con T4 está indicada para la mayoría de los casos, pero se requiere la realización de una tiroidectomía total junto a la resección del quiste tirogloso para que la misma sea efectiva ⁽¹⁵⁾.

En conclusión, el carcinoma papilar asentado en un quiste tirogloso es una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico es transoperatorio o en la mayoría de los casos con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, sin embargo, la implementación de la PAAF, pudiera ser de ayuda para el diagnóstico preoperatorio de esta entidad clínica; cuyo tratamiento quirúrgico debería incluir la tiroidectomía total, lo que facilitaría el seguimiento ulterior y el tratamiento con yodo radioactivo.

Referencias

1. Martín-Pérez E, Larrañaga E, Marrón C, Monje F. Primary papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Eur J Surg* 1997; 163:143-5
2. Pacheco Ojeda L, Caiza Sánchez A, Martínez AL. Quistes del conducto tirogloso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1999; 50: 531-3
3. Luna-Ortiz K, Valderrama-Landaeta JL, Hurtado LM, Ruiz-Vega A. Thyroglossal duct cyst with papillary carcinoma: what must be done?. *Thyroid* 2004; 14(5): 363-6.
4. Deditis M, Camargo DL, Peixoto G, Weissman L, Guimaraes AV. Thyroglossal Duct: a review of 55 cases. *J Amer College Surg* 2002; 194-3
5. Patel SG. Management of well-differentiated thyroid carcino-

- ma presenting within a thyroglossal duct cyst. J Surg Oncol 2002; 79 (3): 134-9
6. Barriga-Sánchez R, Martín-Pérez E, Larrañaga E, Escorial HV. Carcinoma papilar en el seno de un quiste tirogloso. Endocrinol y Nutr 2003; 50: 76-80
 7. Patiño JF, Harper H, Supelano G, Cavanzo F. Carcinoma de estirpe tiroidea en quistes tiroglosos. Rev Colomb Cir 1994; 9: 153-6
 8. Fernández JF, Ordoñez NG, Shultz PN, Samaan NA, Hickey RC. Thyroglossal Duct carcinoma. Surgery 2001; 110: 928-935
 9. Heshmati HM, Fatourech V, Van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal Duct carcinoma: Report of 12 cases. Mayo Clinic Proc 1997; 72: 315-9
 10. Joseph TJ, Komoroski RA. Thyroglossal duct carcinoma. Hum Pathol 1975; 6: 717-29
 11. Vernaud JP, Restrepo S, Bernal J, Penagos S, Lopera C. Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso. Reporte de 2 casos. Experiencias clínicas 2002.
 12. Walton BR, Koch E, Pharm D. Presentation and management of a thyroglossal Duct cyst with a papillary carcinoma. South Med J 1997; 90: 751-61.
 13. Windström A, Magnusson P, Halberg O, Hedqvist H, Reibert T. Adenocarcinoma originating in the thyroglossal duct. Am Otol rhino Laryngol 1976; 85: 286-90.
 14. Ewing CA, Kornblut A, Greeley C, Manz H. Presentation of thyroglossal duct cyst in adults. Eur Arch Otorhinolaringol 1999; 256: 136-8
 15. Weiss SD, Orlich CC. Primary papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst: report of a case and literature review. Br J Surg 1991; 78: 87-9
 16. LiVolsi VA, Perzin KH, Satvesky L. Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). Cancer 1974; 34: 1303-15
 17. Kart TK, Chen MD. Cytology of thyroglossal cyst papillary carcinoma. Diagnostic Cytopathology 1992; 9: 318-21
 18. White IL, Talbert WM. Squamous cell carcinoma arising in thyroglossal duct remnant cyst epithelium. Otolaryngol Head Neck Surg 1982; 90: 25-31

LXIII Jornada Nacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía, en conjunto con el VIII Congreso Venezolano de Residentes de Cirugía (SOVERCI) y III Jornadas andinas de Mastología, tendrá como sede el Centro de Convenciones Mucumbarila en la Ciudad de Mérida, los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2006. Fecha límite de recepción de trabajos 15 de Septiembre de 2006.

Información:

S.V.C., Av. Sucre de los Dos Caminos, Centro Parque Boyacá, Torre Centro, Piso, 17, Ofc. 173. Tlfs: 0212-2868459/8106.

AS` Event C.A., Calle Gracilaso, Centro Polo, Torre A, Piso 8, Ofc. 83, Tlfs: 0212-7515629/6552/8338.

S.V.C. Capítulo Mérida: (0274) 2510471, Av. 5 entre calles 25 y 26, Centro Profesional Mamaicha Piso 1, Local 1-1.

Novedades Mc Graw-Hill

BRUNICARDI

SCHWARTZ PRINCIPIOS DE CIRUGÍA, 8ª EDICION

2400 PÁGINAS, 2 VOLUMENES, 2 COLORES, 21 x 27,5 TAPA DURA 2006.

Nueva Edición de una obra que durante 35 años ha tenido un sitio muy importante en el entrenamiento de residentes y en la renovación de las habilidades de cirujanos en ejercicio. Todos los capítulos fueron revisados en su totalidad, más de 100 colaboradores renombrados a nivel mundial.

Nuevo formato a dos colores y más de 1000 ilustraciones nuevas.

Seis capítulos nuevos: Tratamiento quirúrgico de la obesidad; Sarcomas de tejido blando; genómica en celular y cirugía molecular; Seguridad del paciente, errores y complicaciones en la cirugía; Consideraciones quirúrgicas en las personas de edad avanzada y anestesia del paciente quirúrgico.

DIURESIS DURANTE LA NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPI- CA ASISTIDA. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 25 CASOS.

Gattorno Federico*

Edye Michael **

Burrow Lewis***

Resumen

La nefrectomía laparoscópica asistida para el donante (NLA) ha evolucionado y es hoy en día un procedimiento realizable con un margen adecuado de seguridad. Los estudios han mostrado que si la presión intraabdominal es mayor de 15 mmHg o se prolonga el neumoperitoneo, causa trastornos renales transitorios manifestados por una reducción del volumen urinario (VU). La adecuada administración de líquidos en el intraoperatorio es importante para asegurar al máximo la perfusión renal previa a la extracción del riñón.

Para esta relativamente nueva técnica, hay una escasez de datos relacionados con el volumen de orina esperado durante el procedimiento.

Objetivo: El propósito de este informe es proporcionar un rango de "normalidad" asociado con unos buenos resultados en el receptor que pueden ser usados como referencias durante los procedimientos y determinar la viabilidad de operar laparoscópicamente con baja presión de insuflación.

Método: En 25 pacientes consecutivos sometidos a NLA, la tensión arterial (TA), volumen urinario (VU), el volumen de líquidos intravenosos infundidos y la respuesta a la administración de diuréticos se registró a intervalos igua-

les o cuando ocurría un evento importante lo largo del procedimiento y postoperatoriamente. Un caso se convirtió a cirugía abierta debido a lesión de la arterial renal, y fue excluido. La TA fue supervisada continuamente por una línea arterial. El VU se registró cada 30 min. Estos intervalos y su correlación con la administración de diuréticos; manitol en 2 dosis de 12.5 g. se administró al comienzo de la disección de la vena renal y la arteria respectivamente. La furosemida fue administrada cuando el cirujano avisó que la extracción del riñón ocurriría dentro de una hora para aumentar al máximo VU.

Resultados: El 56% de los pacientes fueron del sexo femenino; edad media 35 años (18-61); el peso promedio: 84 Kg (54-130). La Nefrectomía Izquierda se realizó en 80%. TA sistólica promedio =120 mmHg, diastólica promedio= 72 mmHg. No se observó ningún cambio al comienzo del neumoperitoneo. La presión media de CO₂ en los primeros 13 pacientes fue 9 mmHg. Todos los pacientes subsecuentes se operaron a 8 mmHg. El promedio del total de líquidos administrados en el intraoperatorio fue: 6000 ml; VU total promedio: 2300 ml. Un paciente masculino de 60 Kg. que desarrolló edema pulmonar agudo después de la extubación; había recibido 9 litros de líquidos, a pesar de que era supervisado el estado del volumen cardíaco con ultrasonido endoscópico transesofágico. Antes de la administración de diuréticos, el VU medio se mantuvo a 2ml/kg/h. El VU promedio después de la primera dosis de manitol fue de 3ml/kg/h; la segunda dosis de manitol 5ml/kg/h, y después de la furosemida era 7ml/kg/h.

* Cirujano General, MSVC, FACS

** Jefe de la División de Cirugía Laparoscópica del Mount Sinai Medical Center, New York. FACS

*** Jefe de la División de Transplante del Mount Sinai Medical Center, New York. FACS.

Conclusión: NLA puede realizarse con presiones de CO₂ tan bajas como 8 mmHg para minimizar los efectos del neumoperitoneo sobre el riñón.

Palabras clave: Nefrectomía, Laparoscopia, Transplante Renal, Neumoperitoneo.

Abstract

DIURESIS DURING LAPAROSCOPICALLY ASSISTED DONOR NEPHRECTOMY. A PROSPECTIVE 25 STUDY CASES.

Laparoscopically assisted donor nephrectomy (LDN) has evolved as a safely used procedure. Studies have shown that intraabdominal pressure over 12-15 mmHg or prolonged pneumoperitoneum, cause transient renal dysfunction manifested by reduced urinary output (UO). Intraoperative volume loading is performed to ensure maximal renal perfusion prior to kidney extraction. For this relatively new approach, there is a paucity of data concerning expected urine output during the procedure.

Objective: The purpose of this report is to provide a range of normality associated with good recipient results to be used as benchmarks during later procedures and determine the feasibility of laparoscopic surgery with lower than normal insufflation pressure.

Methods: In 25 consecutive LDN, blood pressure (BP), urine output (UO), volume of intravenous fluids infused and response to diuretic administration were recorded at intervals throughout the procedure and postoperatively. One case was converted to open surgery because of renal arterial injury, and was excluded. BP was continuously monitored intraarterially. UO was recorded at 30 min intervals and correlated with administration of diuretics; mannitol in 2, 12.5 g. doses of, was given at the

beginning of dissection of renal vein and artery respectively. Furosemide was administered when the surgeon anticipated the kidney extraction which would occur within one hour in order to maximize UO.

Results: Fifty % of patients were female; mean age 35 years (18-61); mean body weight: 84 kg (54-130). Left nephrectomy was performed in 80%. Mean systolic BP was 120 mmHg, diastolic was 72 mmHg, no change was observed at the beginning of pneumoperitoneum. Mean CO₂ insufflation pressure of first 13 patients was 9 mmHg. All subsequent patients were operated at 8 mmHg. Mean total fluids given: 6000 mL; mean total UO: 2300 mL. One 60 kg male developed acute pulmonary edema when extubated having received 9 liters fluid, despite monitoring cardiac volume status through endoscopic ultrasound. Prior to diuretics administration, mean UO was maintained at 2ml/kg/h. Mean UO after first manitol dose was 3ml/kg/h; after second manitol dose was 5ml/kg/h, and after furosemide 7ml/kg/h.

Conclusions: LDN can be performed with CO₂ pressures as low as 8 mmHg in order to minimize the effects of pneumoperitoneum on urine output.

Key words: Nephrectomy, Laparoscopy, Kidney Transplantation, Pneumoperitoneum

La evolución de las técnicas de cirugía laparoscópica avanzada permite en estos momentos al equipo quirúrgico realizar la nefrectomía para la obtención del riñón donante en los casos de transplante vivo a vivo. Sin embargo, la mayoría de los avances en la cirugía laparoscópica se habían realizado en el área de ginecología, estando limitado respecto a la cirugía general y la urología. Después de la introducción de la colecistectomía laparoscópica por

Phillip Mouret y Erich Mühe a finales de los 80, el campo se abrió a la investigación con el deseo de realizar los procedimientos quirúrgicos abiertos por esta técnica innovadora, permitiendo una menor agresión al paciente, menos dolor, menos tiempo de hospitalización y una recuperación más rápida.

Diferentes estudios han mostrado que si la presión intraabdominal es mayor de 15 mmHg o se prolonga el tiempo del neumoperitoneo, puede causar trastornos renales transitorios que se manifiestan con una reducción del volumen urinario (diuresis) ⁽¹⁻⁷⁾. La oliguria se ha observado asociada al neumoperitoneo durante la laparoscopia ⁽⁸⁾. La nefrectomía laparoscópica asistida, aplicada en enfermedades benignas del riñón fue inicialmente descrita por Clayman en 1991 ⁽⁹⁻¹¹⁾. La eficacia de la cirugía mínima invasiva ha sido demostrada en un período de tiempo relativamente corto; pero a pesar de los trabajos publicados sobre nefrectomía laparoscópica, pocos se habían propuesto investigar los efectos sobre uno de los parámetros importantes de la función renal, como es la diuresis y la posibilidad de realizar este procedimiento de una manera segura y así evitar el posible daño renal transitorio o permanente. Cuando iniciamos esta investigación, encontramos escasez de datos relacionados con el volumen de orina esperado durante el procedimiento.

Por ello nos propusimos estudiar los diferentes parámetros fisiológicos haciendo énfasis en el volumen urinario, que es un reflejo de la perfusión renal, filtración glomerular y función renal en los pacientes que eran sometidos a una nefrectomía laparoscópica asistida para donar un riñón a un familiar mediante trasplante vivo a vivo.

Pacientes y métodos

En este estudio prospectivo nos propusimos investigar cuales son los cambios en los parámetros

fisiológicos de los pacientes que se sometieron a una nefrectomía laparoscópica asistida (NLA). Se incluyeron 25 pacientes (Tabla 1) a los que se les realizó una NLA para donar un riñón a un familiar en un trasplante vivo a vivo en el programa de trasplante renal de la División de Trasplante de Órganos Abdominales del Mount Sinai Medical Center de New York en conjunto con la División de Cirugía Laparoscópica del mismo centro que se iniciaba en el año 1997.

Los pacientes fueron sometidos a una serie de estudios preoperatorios, se evaluó el funcionamiento renal (depuración de creatinina) y desde el punto de vista anatómico a través de angiografía renal; que con una reconstrucción en 3D (tercera dimensión) por medio de una TAC en espiral determina el mapa vascular de ambos riñones para observar las variaciones anatómicas en cada paciente, y así asegurar una técnica depurada en la disección y recolección del riñón a ser donado.

Debido a que la vena renal izquierda es más larga, el riñón izquierdo es el preferido para usar como donante, sin embargo la adquisición de experiencia con el riñón derecho ha hecho cada vez más factible su uso como una alternativa

A cada paciente, al entrar a la sala operatoria, se le llenaba en una hoja tabulada especial que consistía en:

1. Tensión Arterial (TA) por medio de una línea arterial para monitoreo continuo, midiendo la presión sistólica, media y diastólica.

2. Volumen Urinario (VU) a través de una sonda de Foley conectada a un circuito cerrado con un sistema de medición constante en escala de 0 a 200 ml. Este VU fue medido de la siguiente manera:

En el momento que el paciente entraba a la sala operatoria y posterior a la inducción de la anestesia e intubación, se colocaba una sonda de Foley calibre 16 Fr. conectada a un circuito cerrado con doble trampa, una para medición horaria (Urimeter) y otra para volumen total. Una vez introducida la sonda, la primera medida de orina constituyó el volumen inicial, luego se prosiguió con la medición de la diuresis al inicio de la cirugía, al inicio del neumoperitoneo y sucesivamente durante el acto quirúrgico cada 30 minutos o cuando ocurriese algún evento técnico importante como interrupción del flujo arterial al riñón intervenido, extracción del riñón, finalización del neumoperitoneo, extubación del paciente y hasta una hora posterior a la cirugía, en la sala de recuperación.

Esta monitorización proseguía con:

La respuesta a la administración de diuréticos tipo manitol y furosemida, así como el intervalo entre las dosis y las drogas respectivamente. Estos intervalos y su correlación con la administración de diuréticos; manitol en 2 dosis de 12.5 g., al comienzo de la disección de la vena y arteria renal respectivamente. La furosemida se administró cuando el cirujano avisó que la extracción del riñón ocurriría dentro de una hora para aumentar al máximo el VU.

Cuantificados por el anestesiólogo quién continuamente monitorizaba al paciente, asistido por una computadora, se llevó un control del total de líquidos y drogas administradas. Se llevó a cabo un control de la expansión de líquidos por medio de ecosonograma transesofágico para determinar el llenado auricular y ventricular, así como la dinámica cardíaca. Todo esto constituyó el volumen total de líquidos administrados.

En lo que respecta al neumoperitoneo, se llevó registro del inicio, final tiempo de duración y la presión de insuflación de CO₂.

Todos los pacientes fueron intervenidos y monitorizados por el mismo equipo quirúrgico. Los controles se llevaron a cabo mas allá del acto operatorio en la sala de recuperación hasta una hora después de terminada la operación.

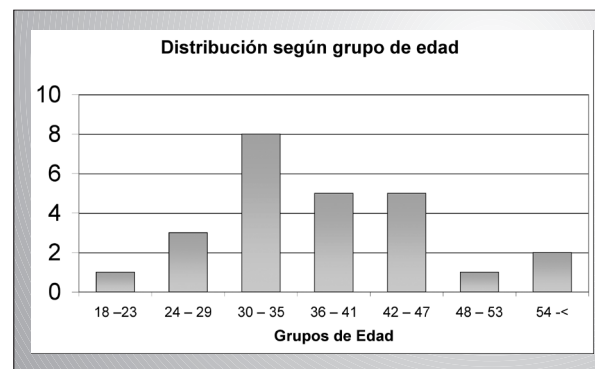
Todos los pacientes fueron registrados en una hoja diseñada para tal efecto en un sistema computarizado, en la cual se registraba además de los parámetros antes descritos, el sexo, edad, peso corporal, diuresis, riñón donado, momento de la extracción renal y sangrado intraoperatorio. Sólo un caso se convirtió a cirugía abierta debido a lesión de la arteria renal y fue excluido.

Resultados

La distribución según sexo de los 5 pacientes fue:

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	14	56
Masculino	11	44
TOTAL	25	100

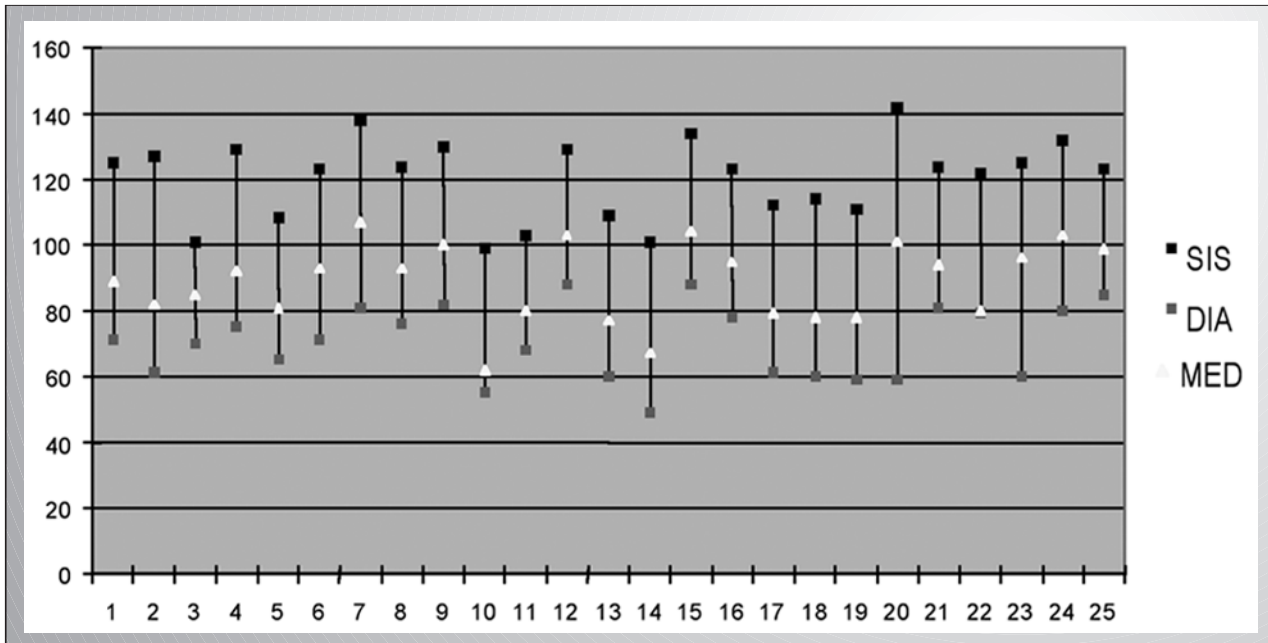
La distribución según grupo de edad



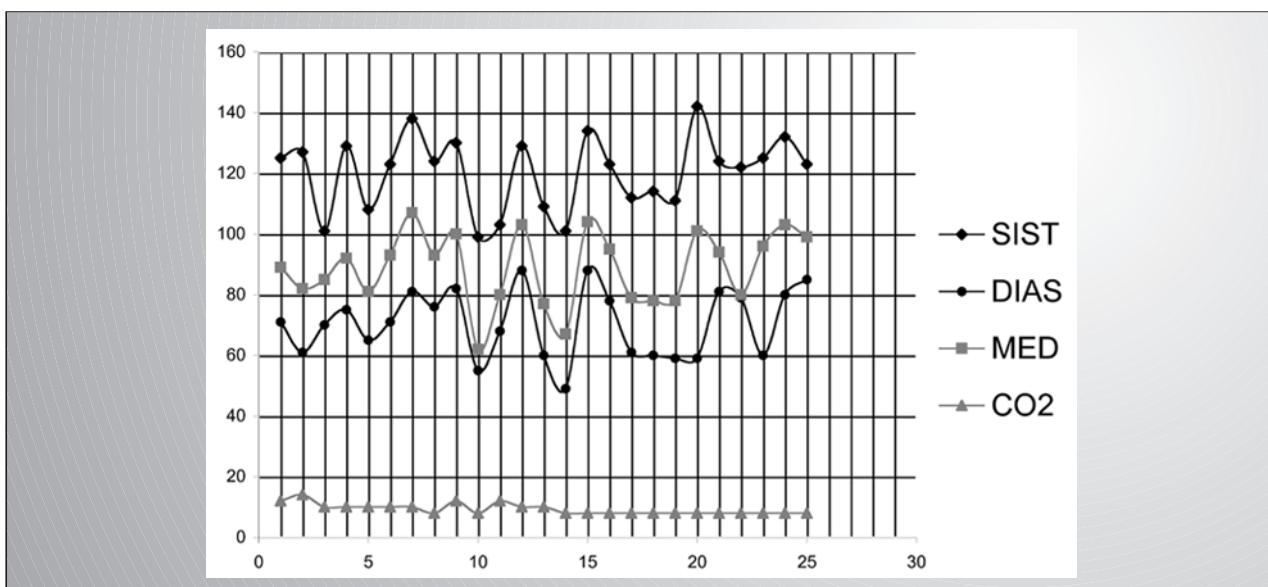
Distribución según grupos de edad.
 Edad promedio: 35 años (18-61)

Peso corporal promedio: 84 Kg. (54-130).
 Riñón Donado / Lado de la Nefrectomía.

Presión Arterial (promedio) de los pacientes durante la cirugía



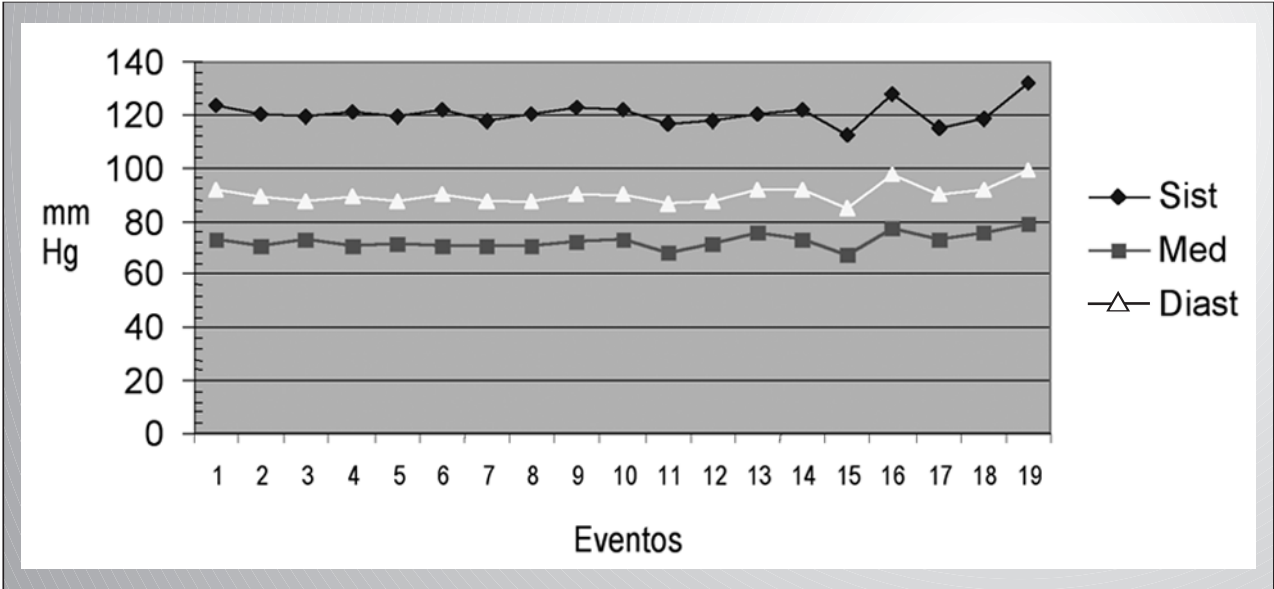
Distribución de los casos según TA PROMEDIO / PRESIÓN CO2 por paciente durante el procedimiento



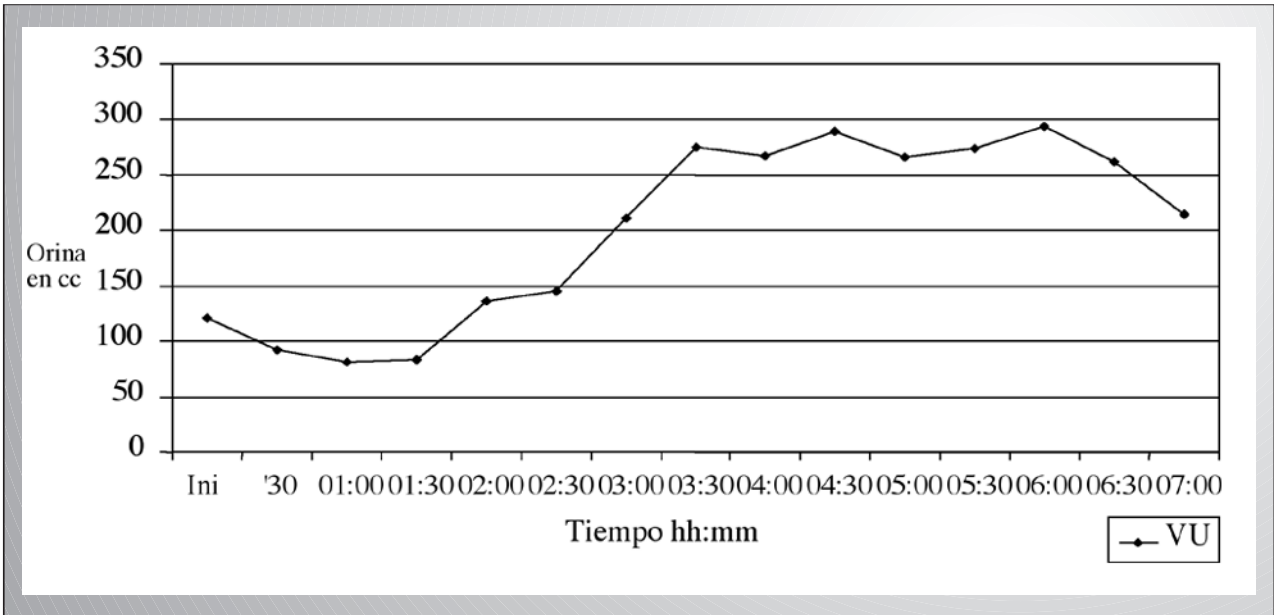
RIÑÓN DERECHO = 5
 RIÑÓN IZQUIERDO = 20
 El promedio de la suma de la TA de cada

paciente en cada evento durante la intervención, evidencia estabilidad hemodinámica durante la nefrectomía laparoscópica asistida

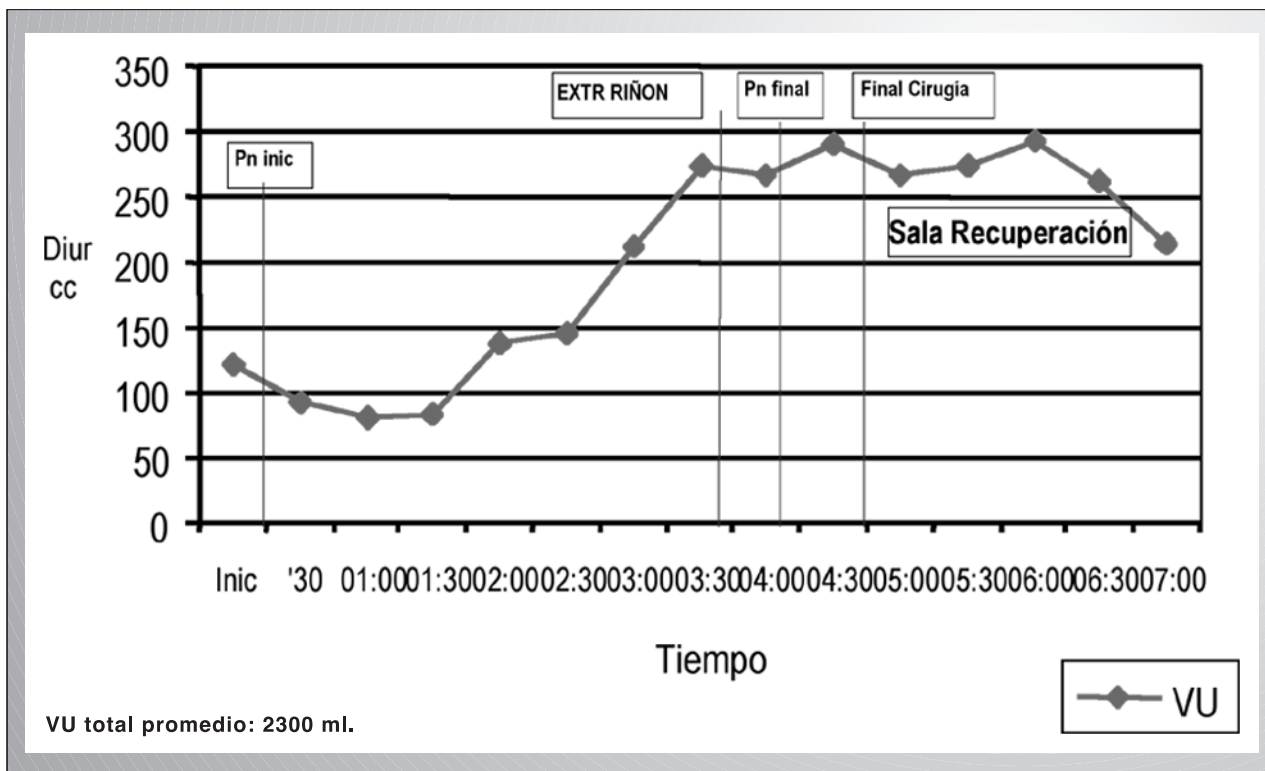
Presión arterial promedio paciente en cada evento durante el acto quirúrgico



Volumen urinario promedio en 25 Pacientes, distribuido cada 30 minutos



Diuresis media en pacientes y su relaciones con inicio y final neumoperitoneo, extracción del riñon y periodo de recuperación



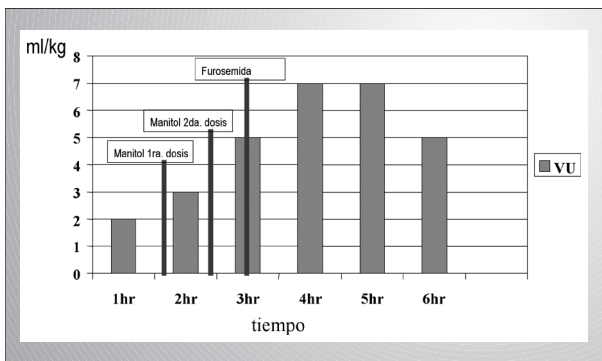
Relación entre tiempo operatorio - administración de diuréticos y diuresis horaria por Kg / Peso

1h = 2ml / Kg.	Primera dosis de manitol (Prom.) 1h : 42' Segunda dosis de manitol (Prom.) 2h : 26' Dosis de furosemida (Prom.) 3 hs
1h = 2ml / Kg.	
1h = 2ml / Kg.	
1h = 2ml / Kg.	
1h = 2ml / Kg.	
1h = 2ml / Kg.	

atendiendo las normas pautadas de volumen de líquidos y manejo del neumoperitoneo.

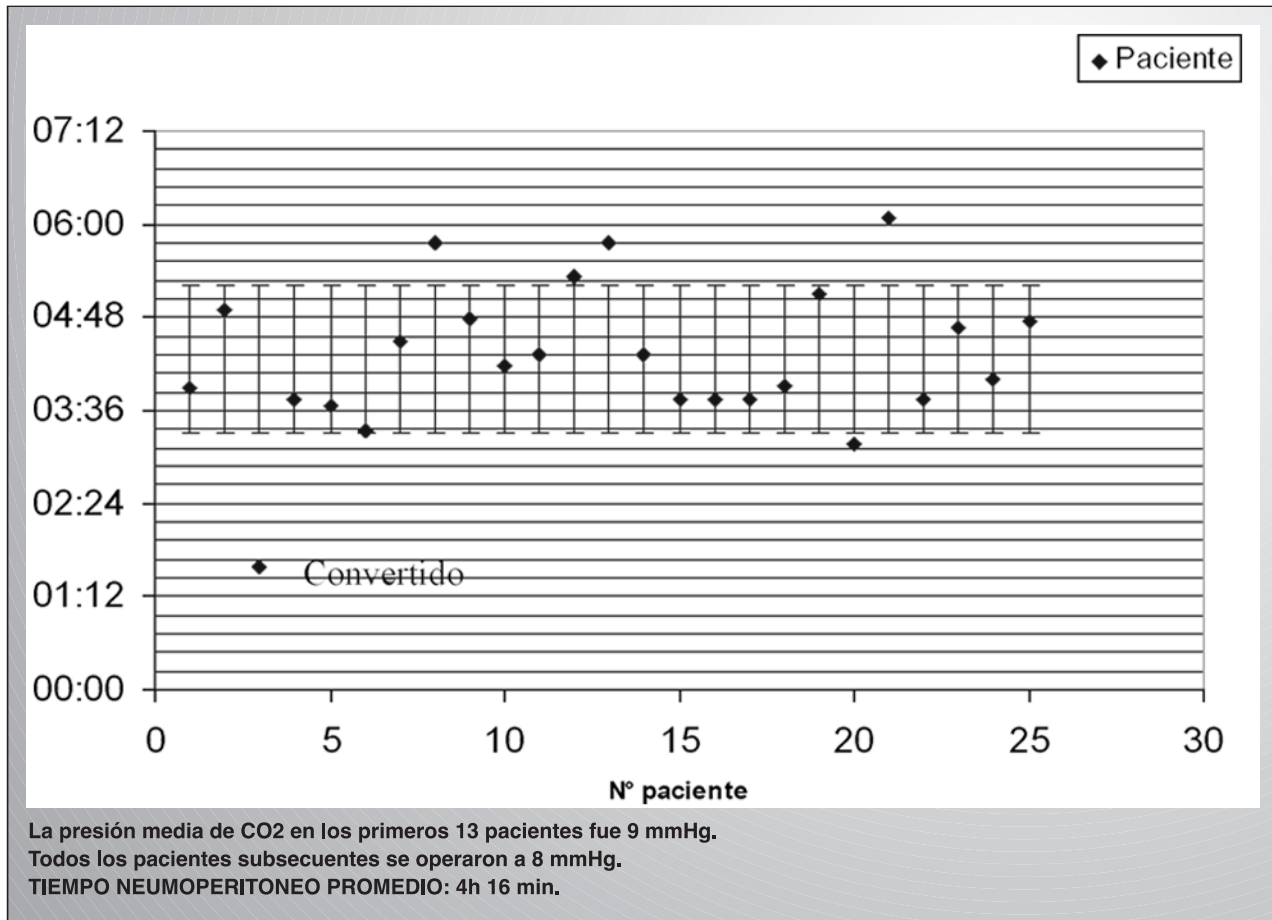
Antes de a la administración de diuréticos, el VU medio se mantuvo en 2 ml/kg/h. VU promedio después de la primera dosis de manitol fue de 3ml/kg/h; la segunda dosis de manitol 5 ml/kg/h, y después de la furosemida era 7 ml/kg/h.

Relación entre el UV por ml / kg incrementado por diuréticos



El volumen urinario promedio inicial fue de 170 ml después de la primera dosis de manitol 280 ml, luego de la segunda dosis de manitol 400 ml y posterior a la administración de furo-

Distribución de los casos según tiempo de neumoperitoneo (1DS)



semida 550 ml. Un paciente masculino de 60 Kg. desarrolló edema pulmonar agudo después de la extubación. Había recibido 9 litros de líquidos EV, a pesar de que era supervisado el estado del volumen cardíaco con ultrasonido endoscópico trans-esofágico.

Discusión

1901 fue un año importante en la historia de la laparoscopia. George Kelling, cirujano de Dresden, acuñó el término "coelioskope" para describir la técnica usada para examinar la cavidad abdominal de perros con un cistoscopio.

El Dr. Kelling informó estos resultados a la Sociedad Alemana Biológica y Medicina en Hamburg, el 23 Septiembre de 1901 y publicado en el *Münchener Medizinische Wochenschrift* en Enero de 1902^(12, 13). Kelling también usó algodón estéril para filtrar el aire al crear el neumoperitoneo, con el fin de usar éste para cohibir la hemorragia intra-abdominal (embarazo ectópico, úlceras sangrantes, pancreatitis), pero estos estudios no encontraron partidarios ni seguidores. Kelling pudo comprobar que la cavidad abdominal podía guardar más de 2.5 litros de sangre a pesar del neumoperitoneo⁽¹⁴⁾.

Posteriormente siguieron muchos estudios para determinar los efectos de la presión intraabdominal sobre los diferentes parámetros fisiológicos⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. Las alteraciones en la función renal durante la cirugía laparoscópica no es sólo afectada por los cambios de la presión intraabdominal, sino también por la anestesia general, los líquidos intravenosos administrados y el procedimiento quirúrgico. La elevación de la PaCO₂ podría causar cambios significativos que afecten con el tiempo la función renal⁽²⁰⁾. Se ha reportado que el sistema nervioso simpático es estimulado por un incremento en la PaCO₂, seguido de la absorción de CO₂ a través del peritoneo y por el aumento de la presión intratorácica debido a la elevación del diafragma inducida por el neumoperitoneo⁽²¹⁾.

La insuflación con CO₂ durante la laparoscopia se ha asociado con una oliguria transitoria, la cual disminuye después de evacuar el gas del neumoperitoneo de la cavidad abdominal. En estudios realizados para determinar los posibles mecanismos por los cuales se produce una reducción del volumen urinario durante la laparoscopia, Razvi y col.[8] propusieron un modelo experimental en el cual se aplicó una presión de 15 mmHg directamente sobre el parénquima renal con un manguito de presión colocado alrededor del riñón excluyendo las estructuras del hilio renal. El riñón contralateral no fue tocado para usar como control. El manguito fue insuflado a una presión de 15 mmHg por 2 horas en donde se midió el volumen urinario, filtración glomerular, flujo renal efectivo en ambos riñones, llegando a la conclusión de que la compresión directa sobre el parénquima renal es un factor importante en el desarrollo de la oliguria inducida por la insuflación durante la laparoscopia. Ésto podría ser cierto si los gases se comportasen de igual manera, pero pensamos que su comportamiento es diferente y que las leyes físicas de los gases, en este caso el CO₂, no cumple a exactitud la forma de compresión directa propuesta.

Posteriormente Miki y col⁽²²⁾. realizaron un estudio experimental en el cual estudiaron el VU, el flujo renal efectivo y la filtración glomerular en una serie de 7 pacientes sometidos a colecistectomía por laparoscopia con una presión de 12 mmHg o superior y 5 pacientes sometidos a la misma técnica quirúrgica pero con elevadores de la pared abdominal, con una presión de CO₂ de 4 mmHg. Los resultados fueron alentadores y mientras el grupo sometido a 12 mmHg o más de presión de CO₂ presentaron daño renal transitorio. En aquellos pacientes a los cuales se les aplicó una presión baja de CO₂ no se modificaban estos parámetros. Sabemos que el neumoperitoneo tiene efectos contraproducentes y cambios fisiopatológicos importantes y uno de ellos es la disminución del VU, pero si se cumple con una serie de normas la nefrectomía asistida por laparoscopia es un procedimiento realizable sin causar daños transitorios al riñón. Presentamos nuestro trabajo como una contribución a la realización de tablas de valores a ser usados como referencia durante la nefrectomía laparoscópica asistida. A pesar de que este estudio prospectivo se realizó durante los años 1997 a 1998 y que fue presentado por nosotros durante el XXVI Congreso Venezolano de Cirugía y II Congreso Bolivariano de Cirugía en Caracas durante el mes de Marzo del 2001, consideramos que todavía no se han producido a nivel nacional estudios que nos permitan día a día aplicar esta técnica avanzada con mayor frecuencia. Si bien es cierto que hay grupos de trabajo a nivel nacional tratando de implantar dicha técnica en nuestro país; las adversidades y las limitaciones conceptuales hacen cada día mas cuesta arriba dicha aplicación.

Consideramos que la nefrectomía asistida por laparoscopia es una excelente propuesta de abordaje quirúrgico para el paciente donante en el transplante vivo a vivo.

Sugerimos seguir las siguientes normas para evitar daño transitorio de la función renal:

- Hidratación preoperatoria e intraoperatoria adecuada.
- Monitoreo de la TA, VU, y presión de CO₂.
- Realizar la nefrectomía asistida por laparoscopia con una presión de CO₂ de 8mmHg o menos y sólo incrementar momentáneamente la presión para períodos críticos (extracción del riñón).
- Estos parámetros sirven de cifras "normales" para este relativo nuevo abordaje.
- El reemplazo de líquidos intraoperatorio de 17 ml/kg/hr con una diuresis de 5-7 /ml/kg/hr está asociado a una buena función renal en el receptor.

La cirugía laparoscópica aplicada a estos casos, procura con ello una más rápida y mejor recuperación de los donantes, siendo así más atractivo para el donante el someterse a un procedimiento que ha demostrado ser seguro y menos doloroso.

Referencias

1. Fornara, P., et al., Laparoscopy in renal transplant patients. *Urology*, 1997. 49(4): 521-7.
2. Chang, D.T., A.J. Kirsch, and I.S. Sawczuk, Oliguria during laparoscopic surgery. *J Endourol*, 1994. 8(5): 349-52.
3. Iwase, K., et al., Serial changes in renal function during laparoscopic cholecystectomy. *Eur Surg Res*, 1993. 25(4): p. 203-12.
4. Kirsch, A.J., et al., Renal effects of CO₂ insufflation: oliguria and acute renal dysfunction in a rat pneumoperitoneum model. *Urology*, 1994. 43(4): 453-9.
5. McDougall, E.M., et al., The effect of prolonged pneumoperitoneum on renal function in an animal model. *J Am Coll Surg*, 1996. 182(4): 317-28.
6. Wakizaka, Y., et al., [Changes of arterial CO₂ (PaCO₂) and urine output by carbon dioxide insufflation of the peritoneal cavity during laparoscopic cholecystectomy]. *Nippon Geka Gakkai Zasshi*, 1994. 95(5): 336-42.
7. Koivusalo, A.M., et al., Splanchnic and renal deterioration during and after laparoscopic cholecystectomy: a comparison of the carbon dioxide pneumoperitoneum and the abdominal wall lift method. *Anesth Analg*, 1997. 85(4): 886-91.
8. Razvi, H.A., et al., Oliguria during laparoscopic surgery: evidence for direct renal parenchymal compression as an etiologic factor. *J Endourol*, 1996. 10(1): 1-4.
9. Clayman, R.V., et al., Laparoscopic nephrectomy: initial case report. *J Urol*, 1991. 146(2): 278-82.
10. Clayman, R.V., et al., Laparoscopic nephrectomy [letter] [see comments]. *N Engl J Med*, 1991. 324(19): 1370-1.
11. Clayman, R.V., et al., Laparoscopic nephrectomy: a review of 16 cases. *Surg Laparosc Endosc*, 1992. 2(1): 29-34.
12. Kelling, G., Ueber Oesophagoskopie, Gastroskopie und Kólioskopie. *Munch Med. Wochenschr.*, 1902(1): 21-24.
13. Kelling, G., Ueber die Möglichkeit die Zystoskopie bei Untersuchungen seröser Höhlungen anzuwenden. *Munch Med. Wochenschr.*, 1910(45): 2358.
14. Davis, C.J. and C.J. Filipi, A History of Endoscopic Surg, in Principles of Laparoscopic Surgery. Basic and Advanced Techniques, M. Arregui, et al., Editors. 1995, Springer-Verlag: New York. 3-20.
15. Overholt, R.H., Intraoperative Pressure. *Arch of Surgery*, 1931. 22(5): p. 691-703.
16. Richards, W.O., et al., Acute renal failure associated with increased intra-abdominal pressure. *Ann Surg*, 1983. 197(2): 183-7.
17. Kron, I.L., P.K. Harman, and S.P. Nolan, The measurement of intra-abdominal pressure as a criterion for abdominal re-exploration. *Ann Surg*, 1984. 199(1): 28-30.
18. Harman, P.K., et al., Elevated intra-abdominal pressure and renal function. *Ann Surg*, 1982. 196(5): 594-7.
19. Chiu, A.W., et al., A porcine model for renal hemodynamic study during laparoscopy. *J Surg Res*, 1996. 60(1): 61-8.
20. Graham, A.J., et al., Effects of intraabdominal CO₂ insufflation in the piglet. *J Pediatr Surg*, 1994. 29(9): 1276-80.
21. Gebhardt, H., et al., Pathophysiological and clinical aspects of the CO₂ pneumoperitoneum (CO₂-PP). *Surg Endosc*, 1997. 11(8): 864-7.
22. Miki, Y., et al., Laparoscopic cholecystectomy and time-course changes in renal function. The effect of the retraction method on renal function. *Surg Endosc*, 1997. 11(8): 838-41.

NOTI-TIPS

TESORERÍA

Se informa a todos los miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía que puso a su disposición, un punto de venta para tarjetas de crédito y/o tarjetas de débito del Banco Exterior, en la sede de la Sociedad, para facilitar los pagos de las anualidades e inscripciones para cursos, jornadas y congresos.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. Refinamientos de la técnica para la Preservación de Bandas Neurovasculares (BNV)

René J. Sotelo*
Alejandro García-Seguí*
Rinci Dubois*
Wartan Keklikian*

Resumen

Objetivos: La Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL) fue descrita por Schuessler en 1991 y se ha venido aceptando en Europa y en EEUU. Reportamos la experiencia inicial con los refinamientos de nuestra técnica en la preservación de las Bandas Neurovasculares (BNV).

Ambiente: Departamento de Urología. Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva. Instituto Médico "La Floresta". Caracas / Venezuela.

Materiales y métodos: 135 pacientes fueron sometidos a prostatectomía radical laparoscópica, 32 con abordaje transperitoneal y 103 con abordaje extraperitoneal. A 72 pacientes se les realizó la técnica de preservación bilateral de las bandas neurovasculares, 51 de ellos tienen más de 6 meses de post-operatorio y 43 tiene seguimiento completo. La técnica contempla los refinamientos en los siguientes pasos quirúrgicos: incisión y disección de la fascia lateral periprostática, disección de las vesículas seminales, disección de la fascia de Denonvilliers, control de los pedículos prostáticos, disección de las bandas neurovasculares, división de la uretra y en la anastomosis uretrovesical. El procedimiento mantiene los principios de manipulación metódica y disección delicada evitando el uso de energía térmica. Los datos de función eréctil en el pre y postoperatorio de los pacientes fueron evaluados con el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).

*Cirujanos Generales Urólogos- MSVC. Departamento de Urología. Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva. Instituto Médico la Floresta, Caracas - Venezuela

Resultados

El tiempo operatorio promedio fue 150 minutos (rango 75-360), el promedio de márgenes positivos 20%. El 79% de los pacientes < 60 años pudieron realizar coito a los 18 meses después de la cirugía y 75 % en los pacientes >60 años.

Conclusion: La técnica PRL con preservación de BNV es un procedimiento factible con resultados de potencia comparables a la cirugía convencional, sin modificar los tiempos quirúrgicos y la efectividad oncológica. La selección apropiada de los pacientes, aplicación de criterios precisos para la preservación de las BNV y el conocimiento de la anatomía quirúrgica de la próstata es fundamental para obtener resultados oncológicos y funcionales óptimos

Palabras clave: cáncer de próstata, laparoscopia, disfunción eréctil.

Abstract

LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: (LRP)

Refinements in the laparoscopic nerve-sparing technique.

Objectives: To present our experience with the refinements in the nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy technique.

Ambient: Section of Laparoscopic and Minimally Invasive Surgery, Department of Urology. "La Floresta" Medical Institute. Caracas – Venezuela

Methods: 135 patients underwent to laparoscopic radical prostatectomy, 32 with transperitoneal approach and 103 by extraperitoneal approach. 72 patients underwent the bilateral nerve-sparing technique, 51 have more than 6 months of postoperative and 43 have complete follow-up. The technique describes the more important steps when the refinements in preservation of the neurovascular bundles (NVB) include: incision in the lateral prostatic fascia, dissection of the seminal vesicles, dissection of Denonvilliers' fascia, control of the prostatic pedicles, dissection of NVB, division of the urethra and vesicourethral anastomosis. The procedure keeps the principles of meticulous tissue handling and soft blunt dissection avoiding the use of the electrocautery. The dates about erectile function in the pre and postoperative periods were evaluated with the International Index of Erectile Function (IIEF).

Results: The mean O.R. time was 150 minutes (range 75-360), the mean of positive margins was 20%. 79% of patients < 60 years are able for sexual intercourse at 18 months after surgery and 75% of patients >60 years, respectively.

Conclusions: The nerve-sparing LRP technique is feasible and reproducible and represents a tempting alternative that does not affect the O.R.time and oncologic outcomes. The appropriate selection of the patients, precise criteria for the preservation of the BNVs and knowledge of the surgical anatomy is fundamental to obtain optimal oncologic and functional outcomes.

Key words: Laparoscopy, Malignancies, Prostate.

La prostatectomía radical es considerada como un procedimiento efectivo en el tratamiento del cáncer de próstata (CP) órgano-confinado. La primera prostatectomía radical (PR) fue realizada por Hampton Young en 1904 por vía perineal⁽¹⁾. Posteriormente en 1947, Millin describió la técnica de prostatectomía radical retropúbica (PRR). Esta provocaba sangrado importante del complejo venoso dorsal y tasas elevadas de incontinencia e impotencia⁽²⁾. No fue sino hasta 1977, cuando Walsh describe una serie de importantes aspectos anatómicos, que permitieron disminuir la hemorragia y mejorar la función eréctil al preservar los nervios cavernosos durante PR⁽³⁻⁵⁾. La experiencia creciente de los urólogos con esta técnica ha reducido la tasa de complicaciones y mejorado sus resultados oncológicos^(6,7).

La primera prostatectomía radical laparoscópica (PRL) fue realizada por Schuessler y col. en 1992 y en 1994 describieron su primera serie de 9 casos, pero no demostraron beneficios sobre las técnicas convencionales, principalmente por el consumo de un mayor tiempo operatorio, entre 8 y 11 horas^(8,9). En 1999, Guillonneau y Vallancien, en Montsouris Francia, reportaron una serie de 65 casos con cáncer de próstata tratados con PRL⁽¹⁰⁾. Esta serie demostró que la técnica es segura, factible, reproducible, posible de aprender y ofrece una alternativa quirúrgica que reduce la morbilidad del paciente. Sin embargo, requiere de una curva de aprendizaje importante de 50 a 70 casos. Esto despertó el interés en la cirugía laparoscópica de la próstata y se empezó a desarrollar en otros centros franceses, como el de Creteil de Abbou⁽¹¹⁾, y en otros países europeos como Alemania, principalmente en el grupo de Heilbronn con Rassweissler y col⁽¹²⁾; en el Institut Jules Bordet de Bélgica con Van Velthoven⁽¹³⁾. Posteriormente la PRL empezó a realizarse en varios centros de los Estados Unidos⁽¹⁴⁾. y en algunos países de Latinoamérica, como Brasil, Argentina, Chile y Venezuela. La tecnología robótica también ha sido empleada en la laparoscopia urológica, entre los autores

que la utilizan destaca el grupo del Vattikuti Institute en Detroit de Menon y col. Quienes la apoyan han descrito entre sus aportes la reducción del tiempo operatorio y de la curva de aprendizaje en los procedimientos laparoscópicos⁽¹⁵⁾.

La Cleveland Clinic Foundation ha descrito una serie de refinamientos de la técnica incorporando varias maniobras con el objeto de mejorar la preservación de las bandas neurovasculares (BNV). Primeramente la fascia lateral prostática es incidida para iniciar la liberación de las BNV, segundo estas son liberadas a nivel del ápex antes de la división de los pedículos laterales y finalmente las BNV son separadas con clips de Hem-o-lok y bisturí armónico evitando el uso de energía térmica⁽¹⁶⁾.

En el Institut Montsouris, Baumert y Vallancien han descrito que la fascia de Denonvillier contiene prolongaciones de fibras nerviosas originadas de las BNV y que pueden jugar algún papel en la erección. Por tal motivo, sugieren la preservación de la fascia y no han encontrado que esta maniobra deteriore los resultados oncológicos⁽¹⁷⁾.

El grupo del Vattikuti Institute ha introducido un refinamiento durante la PRL robótica que consiste en la preservación de los nervios cavernosos accesorios (Velo de Afrodita). Estos autores describieron, a través de estudios con animales y en humanos, la posible presencia de nervios cavernosos accesorios que corren debajo de la fascia pélvica lateral en la superficie ántero-lateral de la próstata, que pueden ser fisiológicamente relevantes en la función eréctil; por lo cual, sugieren una técnica para la preservación de la fascia lateral pélvica⁽¹⁸⁾.

En el presente trabajo reportamos nuestra experiencia inicial en prostatectomía radical laparoscópica aplicando los refinamientos durante la preservación de las BNV y evaluamos sus resultados.

Pacientes y métodos

Entre Abril de 2002 y Agosto de 2004, 135 hombres fueron sometidos a PRL por cáncer de próstata, órgano-confinado, por el mismo cirujano. Se incluyeron en el estudio aquellos casos con diagnóstico de adenocarcinoma (ADC) de próstata susceptibles para tratamiento con prostatectomía radical y sin co-morbilidad relevante. En 32 pacientes se realizó la PRL por abordaje transperitoneal y 103 por vía extraperitoneal.

A un total de 72 pacientes se les practicó la técnica de preservación bilateral de BNV basados en el protocolo de la Universidad de New York⁽¹⁹⁾. Para una adecuada evaluación de los resultados funcionales de potencia posterior a PRL se estableció un período de seguimiento de 6 meses; por lo cual sólo 51 pacientes, habían cumplido ese período y fueron incluidos en el estudio. Cuarenta y tres pacientes se han mantenido en control y seguimiento para lograr evaluar la función eréctil satisfactoriamente.

Los estudios pre-operatorios pertinentes incluyeron antígeno prostático específico (PSA), ecosonograma transrectal + biopsia transrectal de próstata. Los estudios imagenológicos (gammagrama óseo, tomografía axial computada) se realizaron en los casos con Gleason a mayor o igual⁽⁷⁾, PSA mayor o igual a 10 ng/dl o con examen rectal digital francamente patológico o con la presencia de tumores grandes. Se evaluó la función eréctil preoperatoria por medio de los cuestionarios de Internacional Index of Eréctil Function (IIEF)⁽²⁰⁾.

Los pacientes recibieron preparación intestinal con un frasco de fleet (a) oral en la tarde previa a la intervención y se administró antibiótico I.V. antes del inicio de la cirugía (ciprofloxacina 200 mg.) manteniéndose luego por 5 días vía oral.

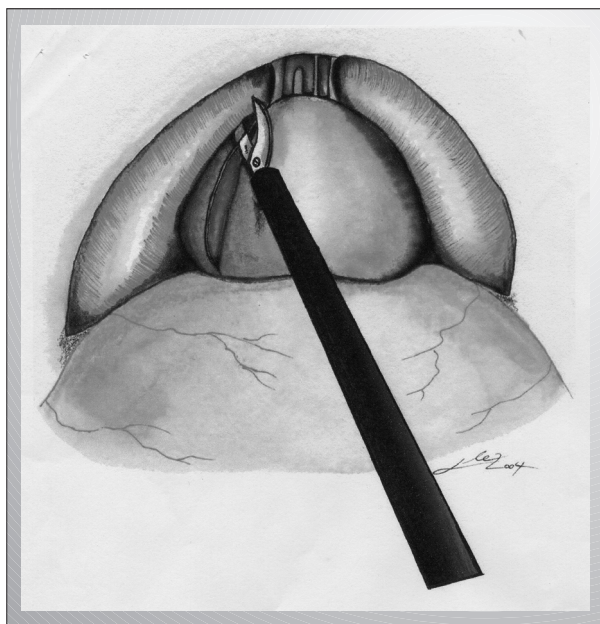
Técnica Quirúrgica

Realizamos la PRL por el abordaje extraperitoneal, con disección de la próstata en forma anterógrada y la liberación de las vesículas seminales por vía transvesical⁽²¹⁾. Existen algunos pasos quirúrgicos que consideramos claves para el momento de la preservación de las BNV, sobre los cuales describimos los detalles y las modificaciones implementadas:

1.-Apertura de la fascia lateral periprostática: una vez abierta la fascia endopélvica incidimos la fascia lateral periprostática con tijera desde el ápex hasta la base de la próstata (**Figura 1**) y con el empleo de una torunda la despegamos sutilmente en sentido posterior, delineando inicialmente el trayecto de las BNV. (**Figura 2**)

Figura 1

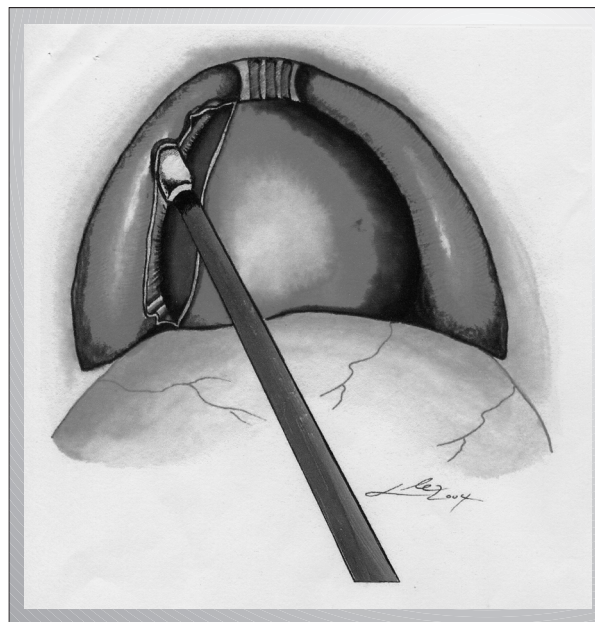
Incisión en la fascia lateral periprostática



2.-Disección de vesículas seminales: Se progresa en la sección de la pared posterior del cuello vesical hasta identificar, disecar y seccionar los conductos deferentes. La tracción sobre estos últimos permite disecar y movilizar las

Figura 2

Disección en la fascia lateral periprostática



vesículas seminales, cuyo proceso se ve facilitado con el rol activo del primer ayudante que con maniobras de contra-tracción aplicadas con la cánula de succión-aspiración, y el cirujano con la ayuda de una torunda y el bisturí armónico, termina de liberarlas de su lecho. Justamente en las porciones más laterales externas de las vesículas aplicamos disección muy cautelosa sin energía térmica, sólo empleamos el bisturí armónico para ligar los vasos, esquelizados en el procedimiento. (**Figura 3**)

3.-Disección de la fascia de Denonvillier: Con una pinza se realiza elevación de las vesículas seminales y de los conductos deferentes para levantar la próstata y así exponer la fascia de Denonvillier, para luego con torunda disecarla gradualmente, sin incindirla, logrando la separación del recto. (**Figura 4**)

4.-Control de pedículos laterales prostáticos: se evidencian los pedículos prostáticos, los cuales se seccionan con la tijera curva del bisturí armónico o empleando clips "Hemo-O-

Figura 3

Disección de las vesículas seminales

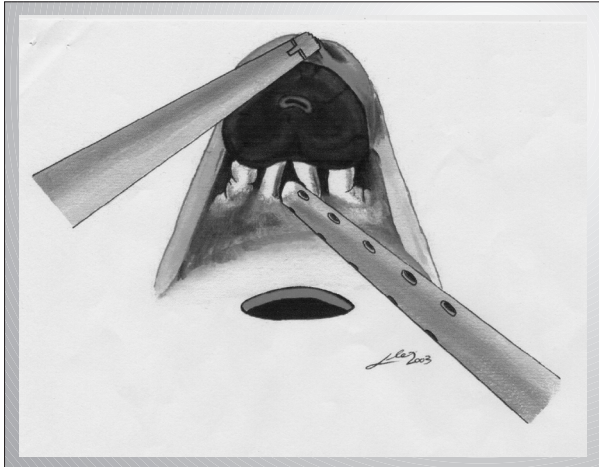
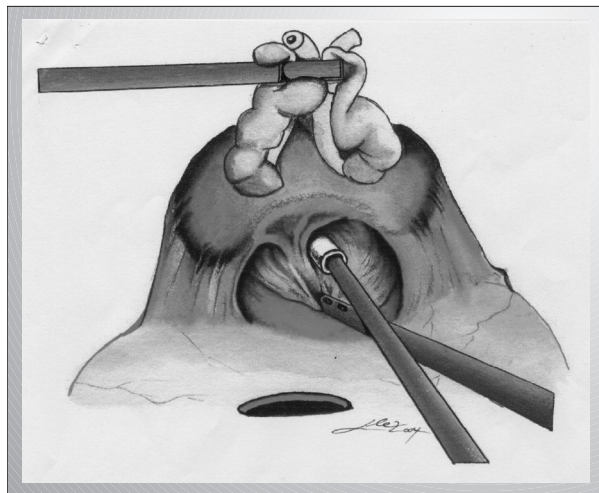


Figura 4

Disección de la fascia de Denonvillier

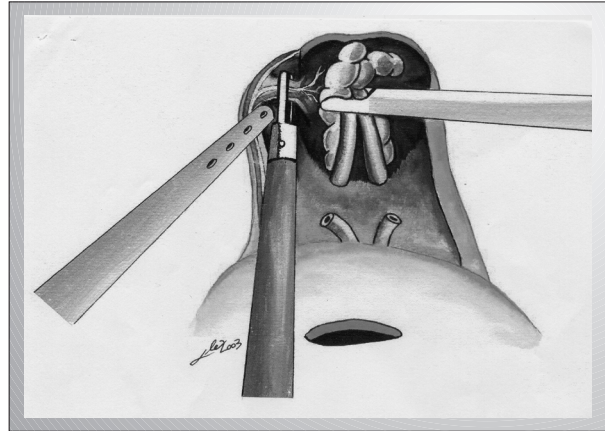


lok " y tijera en caso de preservación de BNV. (Figura 5)

5.-Liberación de las Bandas Neurovasculares: bordeando la próstata con la tijera y la ayuda de una torunda, se van separando las BNV progresivamente desde la base hasta el ápex, movilizandó la próstata en sentido lateral contrario a la banda que se desea preservar para identificar la incisión previa de la fascia lateral periprostática, que demarca el trayecto de las

Figura 5

Control de pedículos laterales

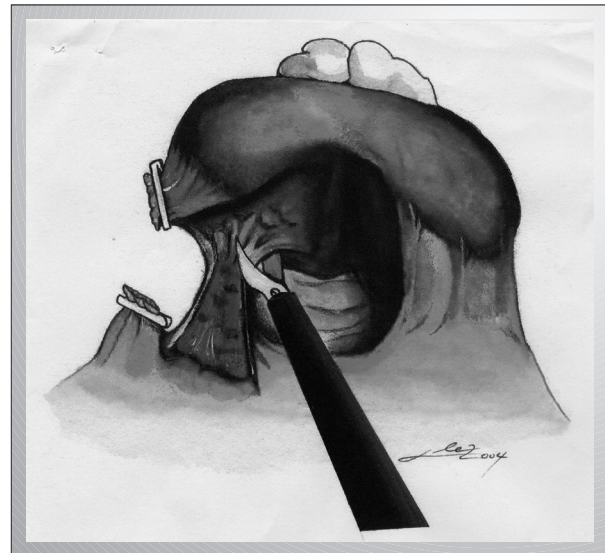


mismas (Figura 6). Se liberan completamente las mismas con la tijera de Metzembraum hasta el ápex y luego se realiza hemostasia de los pequeños vasos que sangren con clips de titanio directamente sobre el vaso o se coloca una sutura cromada. Se debe evitar el uso de energía térmica .

6.- Sección del complejo venoso dorsal, la uretra y el músculo rectouretral: con la tijera

Figura 6

Liberación y preservación de BNV



curva del bisturí armónico, se cauteriza y secciona el complejo dorsal. Seguidamente con la ayuda de un Beniqué se precisa el borde distal del ápex y con una tijera de Metzbaum se procede a la sección de la pared anterior y lateral de la uretra y finalmente de su pared posterior y del músculo recto uretral; en esta etapa del procedimiento debe prestarse especial atención en no agredir las BNV que fueron previamente disecadas, justamente en su porción distal, la cual está muy próxima a la uretra y fácilmente pueden ser afectadas directamente por el corte o por onda térmica del bisturí armónico⁽²¹⁾.

7.- Anastomosis uretra-vesical: durante la confección de la anastomosis se presta importante atención a la protección de las BNV, para no ser incluidas en la línea de sutura.

Los datos demográficos, preoperatorio, perioperatorios y postoperatorios fueron registrados sistemáticamente en un protocolo. Las variables que se incluyeron fueron las siguientes: edad, tiempo operatorio, márgenes de la pieza, potencia sexual posterior a los 6 meses con o sin medicación. A todos los pacientes se les repitió el cuestionario de IIEF trimestral durante el primer año y medio de postoperatorio. Los resultados fueron evaluados estadísticamente con medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados

La edad promedio fue 62 años (DE +/- 6,9) en un rango de 45 a 77 años. El promedio del tiempo operatorio fue de 150 minutos (DE +/- 65,74) con un rango de 75 a 360 minutos y una tasa de conversión de 0%.

Los reportes anatomopatológicos expresaron márgenes positivos en 10 pacientes (19,60 %); de los cuales 3 fueron Pt2a (6,38%), 3 pacien-

tes pT2b (6,38%), 2 pacientes pT3a (4,25%) y 2 pacientes pT3b (4,25%). De los pacientes menores de 60 años, recuperaron la potencia con o sin medicación oral y tuvieron capacidad para realizar coito satisfactorio en 79%; de ellos 9 la obtuvieron a los 3 meses de postoperatorio. Del grupo de los mayores de 60 años, 75% recuperaron la función eréctil con o sin medicación oral y tuvieron capacidad de realizar coito satisfactorio; 8 pacientes la obtuvieron a los 3 meses de postoperatorio. **(Tabla 1)**

Tabla 1

Tiempo operatorio. Resultados de la prostatectomía laparoscópica	
Tiempo operatorio (min)	150
Márgenes positivos (%)	19,60%
Potencia en < 60 años (% a los 18 meses)	79%
Potencia en > 60 años (% a los 18 meses)	75%

Discusión

Los resultados funcionales en cuanto a continencia y potencia deben ser evaluados a través de métodos estandarizados. Se ha empleado el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) principalmente para evaluar la potencia.^(17,22,23). Actualmente hay reportes de potencia postoperatoria de hasta 85% de erecciones y 60% de relaciones sexuales cuando se preservaron ambas BNV⁽²⁴⁾. Katz reportó 41 % de relaciones sexuales al año, en individuos menores de 60 años en los que se preservó ambas bandas y un 53,3% mantuvieron erecciones después de la cirugía⁽²⁵⁾. Tewari y col. reportaron 64% de actividad sexual a los 6 meses de operados por técnica robótica y 58% por PRL, en pacientes menores de 60 años⁽²⁶⁾.

La disección de los pedículos laterales prostáticos y la preservación de las BNV se realizaban en la técnica original con clips y con electrocauterio. Se fueron creando cambios buscando la mejor preservación, como el uso de clips Hem-o-lock Weck y la tijera del armónico. En la PRL con preservación de BNV se debe evitar el uso de energía térmica. Se ha sugerido la disección de estas estructuras con electrocauterio bipolar, bisturí armónico o clips colocándolos progresivamente al ir separándolas de la próstata. Sin embargo, no hay estudios prospectivos comparando los resultados funcionales con cada una de estas modalidades. Creemos que la disección de la fascia lateral periprostática, la disección meticulosa de las BNV sin empleo de energía térmica, la disección cuidadosa de la fascia de Denonvillier, la sección del complejo venoso dorsal y de la uretra sin empleo del bisturí armónico pueden ser algunas medidas adicionales que pueden ayudar en la técnica preservadora de BNV; sin que esto represente de forma significativa prolongación del tiempo quirúrgico ni aumentar el riesgo de dejar márgenes positivos. Por consiguiente, los resultados funcionales en cuanto a potencia en nuestra serie son satisfactorios y son equiparables a los obtenidos por Catalana⁽⁶⁾ et al, los cuales reportan 86% de potencia con o sin medicación oral en pacientes menores de 60 años sometidos a prostatectomía radical retro-pública, 72% para pacientes entre 60 y 70 años y 52% para mayores de 70 años. En nuestra serie obtuvimos un 77% de pacientes potentes con o sin medicación oral sometidos a PRL. Además, está claro que la cirugía laparoscópica ofrece una visión ampliada incomparable en el momento de la visualización e identificación de las BNV.

El tiempo operatorio depende fundamentalmente del nivel de experiencia del cirujano. Progresivamente la PRL se logra realizar en tiempo operatorio cada vez menor⁽²⁷⁾. El tiempo

promedio para los últimos 66 casos de Guillonau fue 2,9 horas⁽²⁸⁾. Hoznek y col. reportaron un tiempo operatorio más corto en los procedimientos extraperitoneales de 169,6 minutos vs. 224,2 minutos en los transperitoneales⁽²⁹⁾. Rozet y col. reportó un tiempo operatorio de 163 minutos versus 173 minutos entre extra y transperitoneal⁽³⁰⁾. En un estudio contemporáneo de Lepor y Kaci en 500 casos de prostatectomía radical retro-pública calcularon un tiempo operatorio promedio de 142,9 minutos⁽³¹⁾. En nuestra institución registramos un promedio de tiempo operatorio (150 minutos), equiparable con las series publicadas; con lo que queremos expresar que la técnica preservadora no modifica sustancialmente la duración de la intervención.

Las modificaciones y el perfeccionamiento en la técnica quirúrgica de la PRL, ha provocado reducción de los márgenes positivos en pacientes con enfermedad localizada, incluso con resultados superiores a los obtenidos en cirugía convencional⁽³²⁻³⁶⁾. Tasas entre 6 y 19% de márgenes positivos han sido reportados para pT2, cuyos resultados son comparables a los reportados para PRR⁽³²⁻³⁶⁾. Las tasas de márgenes positivos de la pieza operatoria fueron de 20% en los casos de la Cleveland Clinic Foundation, 37,16% fueron descritos por el grupo de Heilbron⁽³⁸⁾, 16,8% para los PT2 y 48% para los PT3 reportó el grupo de Creteil y 22% reportó el grupo de Bruselas⁽³⁹⁾. En nuestra serie el porcentaje de márgenes positivos fue de 20%, lo cual demuestra que la tasa de márgenes positivos es equivalente a otras series y la aplicación de la técnica preservadora de BNV no modifica los resultados oncológicos de la cirugía.

La PRL con la técnica preservadora de BNV es un procedimiento factible y reproducible, que representa una alternativa tentadora a la cirugía convencional en el tratamiento de CP órgano-confinado, con resultados funcionales y

oncológicos comparables, donde la adecuada selección de los pacientes, los criterios precisos para la preservación de las BNV, y el conocimiento de la anatomía quirúrgica de la próstata son fundamentales para obtener resultados positivos.

Referencias

- Young, H. H. The Early Diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate: Being a study of 40 cases and presentation of a radical operation which was carried out in four cases. *John Hopkins Hosp. Bull.* 1905; 16:315.
- Millin T. *Retropubic Urinary Surgery.* London: Livingstone; 1947.
- Reiner W B, Walsh PC. And anatomical approach to the surgical management of the dorsal vein and Santorini's plexus during radical retropubic surgery. *J Urology.* 1979.121:198-200.
- Walsh PC, Dunker PJ. Impotence Following radical prostatectomy: inside into etiology and prevention. *J Urology.*1982;128:492-497.
- Walsh PC, Marschke P, Ricker D, Burnett et al. Patient reported urinary continence after radical prostatectomy. *J Urol.*1996;156:1707-1713.
- Catalona WJ, Carvahal GF, Mager DE, et al: Potency, continence, and complication rates in 1870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol.* 162:433-438.1999.
- Walsh PC, Partin AW, Epstein JI. Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy: Results at 10 years. *J Urol.* 152:1831.1994.
- Schuesler W, Kavoussi LR, Clayman RU et al. Laparoscopic radical prostatectomy : Initial Case report. *J Urol.* 1992;147:246A-130.
- Schuesler WW, Schulam PG, Clayman RU, Kavoussi LR. Laparoscopic radical prostatectomy: Initial Short Term experience. *Urology.*1994;50:854-857.
- Guillemot B, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: Initial experience and preliminary assessment after 65 operations. *Prostate.*1999, April1:39(1)71-5.
- Abbou CC, Salomon L,Hoznek A, et al. Laparoscopic radical prostatectomy :Preliminary results. *Urology* 2000; 55: 630-634.
- Rassweiler J, Senker L, Seemann O , Hatzinger M, Rumpelt HJ. Laparoscopic radical prostatectomy with the Heilbronn technique: analysis of the first 180 cases. *J Urol.* 2001;166:2101-2108.
- Van Velthoven R., Peltier A.Chap: Prostatectomía Radical Laparoscópica en la especie humana. In: Prostatectomía Radical Laparoscópica. Usón J.,Sánchez F.M., Roca A., Passas J.,Van Velthoven R. Ed.Centro de Cirugía de Mínima Invasión. Cáceres- España. pp: 174-204.
- Gill IS, Zippe CD. Laparoscopic Radical prostatectomy: Technique. *Urol. Clin North Am.* 2001,28:423-436.
- Menon M, Tewari A, Baize B, Guillemot B, Vallancien G. Perspective comparison of radical retropubic prostatectomy and robot-assisted anatomic prostatectomy : the Vattikuti urology institute experience. *Urology* 2002; 60:864-868.
- Desai M.M., Abreu S.C., Steinberg A., C. Ng., Ramani A.P, Gill I.S. Laparoscopic Radical Prostatectomy: technical refinements at the Cleveland Clinic. . *J Endourol.* Sept.2003;17(suppl 1) Abstract V08.03.
- Baumert H., Widmer H., Renda A., Combes F., Cathelineau X., Rozet F., Vallancien G. Modifications in Nerve Sparing Laparoscopic Radical Prostatectomy. *J Endourol.* Sept.2003;17(suppl 1) Abstract V08.07.
- Menon M., Tewari A., Shrivastava A., Hemal A. Technical Nuances in Vattikuti Institute Prostatectomy after 450 cases. *J Endourol.* Sept.2003;17(suppl 1) Abstract V08.04
- Shah O., Robbins D.A., Melamed J.,Leport H. The New York University Nerve Sparing Algorithm decreases the Rate of Positive Surgical Margins following Radical Retropubic Prostatectomy. *J Urol* 2003; 169: 2147-2152.
- Rosen R.C., Riley A., Wagner G., Osterloh I.H., Kirkpatrick J., Mishra A. The International Index of Erectil Function (IIEF): A Multidimensional scale for assessment of Erectil Dysfunction. *Urology.* 1997, 49: 822-830.
- Sotelo R., Garcia A., Yaime H., Hanssen A., Keklikian W., Novoa J.,Dubois R., Karam O. Prostatectomía Radical Laparoscópica: Procedimiento en desarrollo. *Rev Urol Panam* .Oct-Dic 2003;15(4):16-24.
- Rassweiler J, Senker L, Seemann O , Hatzinger M, Rumpelt HJ. Laparoscopic radical prostatectomy with the Heilbronn technique: analysis of the first 180 cases. *J Urol.* 2001;166:2101-2108.
- Menon M, Tewari A, Members of the vattikutti Institute prostatectomy team. Robotic radical and the vattikutti urology Institute techniques: and interine analysis of the results and technical points. *Urology* 2003;61(suppl 4A):15-20
- Guillemot B, Cathelineau X, Doublet JD, Bzumert H, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy : Assessment after 550 procedures. *Crit Rev. Oncol. Hematol.* 2002; 43:123-133.
- Anastasiadis AG, Salomon L, Kata R, Hoznek A et al. Radical retropubic vs. Laparoscopy prostatectomy: a prospective comparison of functional outcome. *Urology* 2003;62:292-297
- Tewari A, Shrivastava A, Hasan M, Menon M. Prospective comparison of sexual function following robotic and conventional Radical prostatectomy: a study using expanded prostate cancer index composite (EPIC) quality of life instrument. *J Endourol.* Sept.2003;17(suppl 1)Abstract MP16.03.
- El-Feel A., Davis J.W., Deger S., Roigas J., Wille A., Schnorr D., Loening S., Hakiem A.A., Tuerk I. Laparoscopic radical prostatectomy- An analysis of factors affecting operating time. *Urology.*2003; 62(2): 314-318.
- Guillemot B, Cathelineau X, Doublet JD, Bzumert H, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy : Assessment after 550 procedures. *Crit Rev. Oncol. Hematol.* 2002; 43:123-133.
- Hoznek A., Antiphon P, Borkowski T., Gettman M.T., Katz R., Salomon L., Zafi S., de la Taille A., Abbou C.C. Assessment of surgical technique and perioperative associated with extraperitoneal versus transperitoneal laparoscopic radical prostatectomy. *Urology* 2003;61(3): 617621
- Rozet F., Cathelineau X., Widmer H., Cahill D., Baumert H., Vallancien G. Transperitoneal or extraperitoneal approach for laparoscopic radical prostatectomy. A prospective comparison of 200 cases. *J Endourol.* Sept.2003;17(suppl 1)Abstract MP15.11.
- Lepor H., Kaci L. Contemporary evaluation of operative parameters and complications related to open radical retropubic prostatectomy. *Urology.*2003;62(4):702-706.
- Li-Ming Su. Laparoscopic and Robotic-Assited Radical Prostatectomy.Updates. In:Campbell's Urology. 2003.(1);4:12.
- Fromont G., Guillemot B., Validire P., Vallancien G.

- Laparoscopic Radical Prostatectomy : Preliminary pathologic evaluation. *Urology*. 2002 ; 60(4) : 661-665.
34. Guillonnet B, El – Fettouh H, Baumert H, Cathelineu X, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy : Oncological evaluation after 1000 cases at Montsouris Institute. *J Urol*. 2003 169:1261-1266.
 35. Katz R, Salomon L, Hoznek A, Abbou C. Positive surgical margins in Laparoscopic Radical prostatectomy: the impact of apical dissection, bladder neck remodeling and nerve preservation. *J Urol*. 2003 169:2049-2052.
 36. Fromont G., Baumert H., Cathelineau X., Rozet F., Valdire P., Vallancien G. Intraoperative frozen section analysis during nerve sparing laparoscopic radical prostatectomy : feasibility study. *J Urol*. Nov.2003; 170: 1843-1846.
 37. Steinberg A, Gill I. Laparoscopic Radical Prostatectomy. Progress, problems and promise. *Contemporary Urology*. May2002. 14(5):34-49.
 38. Rassweiler J, Sentker L, Seeman O, Hatzinger, Rumpelt
 39. Bollens R, Vanólen, Bossche M. Roumeguere, Damonn. A. Ekane, et al. Extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy. *Europ. Urol*. 200: 40(1): 65-9

LXIII Jornada Nacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía, en conjunto con el VIII Congreso Venezolano de Residentes de Cirugía (SOVERCI) y III Jornadas andinas de Mastología, tendrá como sede el Centro de Convenciones Mucumbarila en la Ciudad de Mérida, los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2006. Fecha límite de recepción de trabajos 15 de Septiembre de 2006.

Información:

S.V.C., Av. Sucre de los Dos Caminos, Centro Parque Boyacá, Torre Centro, Piso, 17, Ofc. 173. Tlfs: 0212-2868459/8106.

AS` Event C.A., Calle Gracilaso, Centro Polo, Torre A, Piso 8, Ofc. 83, Tlfs: 0212-7515629/6552/8338.

S.V.C. Capítulo Mérida: (0274) 2510471, Av. 5 entre calles 25 y 26, Centro Profesional Mamaicha Piso 1, Local 1-1.

Novedades Mc Graw-Hill

BRUNICARDI

SCHWARTZ PRINCIPIOS DE CIRUGÍA, 8ª EDICION

2400 PÁGINAS, 2 VOLUMENES, 2 COLORES, 21 x 27,5 TAPA DURA 2006.

Nueva Edición de una obra que durante 35 años ha tenido un sitio muy importante en el entrenamiento de residentes y en la renovación de las habilidades de cirujanos en ejercicio. Todos los capítulos fueron revisados en su totalidad, más de 100 colaboradores renombrados a nivel mundial.

Nuevo formato a dos colores y más de 1000 ilustraciones nuevas.

Seis capítulos nuevos: Tratamiento quirúrgico de la obesidad; Sarcomas de tejido blando; genómica en celular y cirugía molecular; Seguridad del paciente, errores y complicaciones en la cirugía; Consideraciones quirúrgicas en las personas de edad avanzada y anestesia del paciente quirúrgico.

INCIDENCIA DE ESTENOSIS EN ANASTOMOSIS COLÓNICAS Y RECTALES

Dra. Gabriela Rojas*
Dra. Denisse Mattar*
Dr. Honorio Sigala**
Dra. María T. Luna**
Dr. Raúl Monserrat***

Resumen

Objetivo: Se realizó trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar y comparar la incidencia de estenosis en anastomosis colónicas y rectales realizadas de forma manual y con autosuturadora.

Método: Estudio descriptivo, prospectivo y transeccional de pacientes admitidos de emergencia o electiva en los servicios de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño entre Diciembre 2001 y Marzo 2003. Fueron sometidos a colonoscopia a los tres y seis meses post operatorios.

Resultados: Se incluyen treinta pacientes; 56,7% anastomosis a mano y 43,3% mecánicas, trece casos (43,3%) de estenosis diagnosticadas los primeros cuatro meses. Solo 20% permaneció estenótico para el segundo período ameritando una sesión más de dilataciones.

Conclusión: Las anastomosis mecánicas tienen mayor tendencia a presentar estenosis. La técnica de dilatación con balón se realiza de forma exitosa para el tratamiento de las estenosis.

Palabras clave: Estenosis anastomótica; Complicaciones post-operatorias; Cirugía Colorrectal Anastomosis Quirúrgica, Dilataciones.

*Residente de postgrado de Cirugía General. Hospital Miguel Pérez Carreño

**Cirujano General, Servicio de Cirugía 1. Hospital Miguel Pérez Carreño, MSVC

*** Gastroenterólogo Centro Médico de Caracas.

Abstract

INCIDENCE OF STENOSIS AFTER COLO-NIC AND RECTAL ANASTOMOSIS

Objective: To compare the incidence of colonic and rectal strictures in manual versus mechanical anastomotic.

Methods: Our study was descriptive, prospective and transactional. The patient studied were admitted through the emergency or electively to the surgical services of hospital Miguel Pérez Carreño. The patients studied were those with colon or rectum anastomosis in the period December 2001 through march 2003. Colonoscopies were used to measure the diameter of the anastomosis. Diagnosed the strictures dilations were done.

Results: thirty patients were included. 73,3% were electively operated; 56,7% anastomosis were hand made and 43,3% were mechanically performed. Twelve presented stricture. 43,3% of the estenosis cases were diagnosed within the first four months. 20% remained stenotic during the second period needing additional dilation.

Conclusions: The mechanical anastomosis presented a mayor tendency to become stenotic postoperatively. Balloons dilation was successfully done for the treatment of anastomotic stricture.

Key Words: Stenotics anastomosis, Post surgi-

cal complications, colorectal surgery, surgical anastomosis, dilations.

La estenosis como complicación de las anastomosis colorrectales ocurre en 3 a 30 % de los casos. Este amplio rango puede deberse a la ausencia de una definición precisa de estenosis anastomótica.

Según Luchtefel y col⁽¹⁾, es una estrechez crónica u obstrucción del flujo de contenidos intestinales resultando en signos o síntomas de obstrucción total o parcial. Fasth y col⁽²⁾, definieron estenosis rectal como la incapacidad de pasar un sigmoidoscopio de 12 mm a través de la anastomosis.

Su etiología no está completamente definida. Pueden influir varios factores como infección, isquemia, reacción a cuerpo extraño, fallas técnicas, recurrencia de la neoplasia, radioterapia, tensión lineal, fuga anastomótica o retardo en la ingestión oral tras la intervención. Aunque también se ha observado que las estenosis son más frecuentes en las anastomosis con sutura mecánica que las anastomosis manuales⁽³⁾.

La sintomatología en algunas circunstancias es difícil de definir. Los pacientes afectados tienden a referir deposiciones frecuentes con heces acintadas y cólicos abdominales inespecíficos. En casos avanzados puede presentarse una obstrucción intestinal⁽⁴⁾.

Este estudio prospectivo tiene como objetivo principal evaluar la incidencia de estenosis luego de anastomosis colónicas y rectales y los factores etiológicos que influyen para la aparición de éstas en las procedimientos realizados en el Hospital Miguel Pérez Carreño en los servicios de cirugía correspondientes, el tiempo de aparición de la estenosis y tratamiento más efectivo para mejorar la sintomatología.

Pacientes y métodos

Selección de pacientes

Estudio descriptivo, prospectivo, transeccional, de los pacientes admitidos por emergencia o electivamente a los servicios de Cirugía General del Hospital Miguel Pérez Carreño a quienes se les realizó anastomosis de colon o recto entre diciembre del 2001 y marzo del 2003. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron fugas anastomóticas que ameritaron re-intervención y realización de colostomía. Todos los pacientes fueron sometidos a endoscopia digestiva inferior ambulatoria en la unidad de Gastroenterología del Centro Médico de Caracas por el mismo observador, a los tres y seis meses aproximadamente de la intervención para medición del diámetro de la anastomosis, y posterior diagnóstico de estenosis.

El seguimiento fue clínico sin investigaciones especiales si el paciente permanecía asintomático.

El análisis de resultados se hizo a través de distribución de frecuencias, medias y desviación estándar, para las variables continuas descriptivas, el Test de Anova para comparar promedios de tiempo y determinar así la influencia o no del mismo sobre la aparición de estenosis.

Posteriormente se realizaron cálculos paramétricos, para las variables nominales, basándonos en el estadígrafo Chi Cuadrado que permitió verificar la significación estadística de los datos obtenidos y el nivel relación entre las variables con una finalidad práctica a la hora de realizar anastomosis colónicas y rectales a futuro. Se estableció un valor de significación estadística de 0,05.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes, 14 del sexo femenino (46,7%) y 16 del sexo masculino (53,3%), edad promedio de 51 años (rango, 18-87).

Dieciocho pacientes (60%) presentaron antecedentes quirúrgicos, como colostomía tipo Hartmann en once casos (61,1%) e histe-rectomía en 5 casos (27,8%). Ocho pacientes presentaron antecedentes médicos, el más importante fue hipertensión arterial en 6 casos (75%). El 53,3% de los pacientes presentó estudios de imagen previos a la cirugía. (**Tabla 1**).

Tabla 1

Procedimientos quirúrgicos realizados	
Indicación	Pacientes
Restitución de tránsito	12
Cáncer colon y recto	8
Enfermedad Diverticular	3
Herida abdominal por arma de fuego	3
Apendicitis Aguda	2
Adenoma Velloso	1
Estenosis anastomosis de sigmoides	1

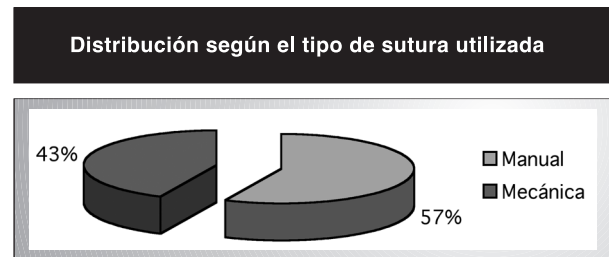
Todos los pacientes fueron sometidos a resección colónica o rectal y posterior anastomosis. Veintidós casos (73,3%) fueron intervenidos en forma electiva, y ocho casos fueron emergencias.

Se realizaron 17 anastomosis manuales (56,7 %) y 13 anastomosis mecánicas (43,3 %), de las cuales ninguna fue protegida con estoma proximal (**Tabla 2; Figura 1**). La sutura manual más utilizada fue la Poliglactina 910, seguida de la sutura Seda 3-0.

Tabla 2

Distribución de frecuencia y porcentajes de acuerdo al tipo de sutura empleado		
Tipo de sutura	Frecuencia	Porcentaje
Manual un plano	12	40.0
Manual 2 planos	5	16.7
Mecánica	13	43.3
Total	30	100.0

Figura 1



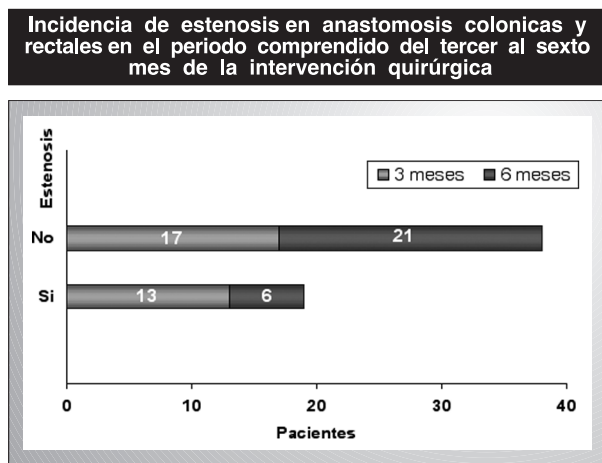
La autosuturadora más utilizada fue la engrapadora intraluminal circular (EEA 31, United States Surgical Corporation, Norwalk, CT). Se realizaron 26 (86,7%) anastomosis termino-terminales (T-T) y el resto fueron termino-lateral (T-L) y latero-lateral (L-L) en igual proporción.

El diagnóstico de estenosis fue establecido en un promedio de tiempo de 138,3 días luego de la intervención. Se observaron 13 casos (43,3%) de estenosis anastomótica y todos fueron diagnosticados en los primeros cuatro meses. Los síntomas de obstrucción colónica estuvieron presentes en uno (7,69%) de los pacientes. Otros pacientes (2) refirieron estreñimiento, heces acintadas, distensión y/o meteo-rismo. El diámetro promedio de la estenosis anastomótica fue 6,92 m.m (rango, 5-11). Todos los pacientes fueron evaluados a los tres meses; y 25 pacientes (83,3%) a los seis meses de la intervención. Los pacientes que no acudieron al segundo control endoscópico fue, uno por

muerte, y el resto se desconoce. De los cinco pacientes no evaluados en el segundo período dos presentaron estenosis anastomótica en el primer control, una de las cuales fue realizada con autosuturadora.

De los trece casos con estenosis de la anastomosis estudiados en el primer período sólo permanecieron 6 (20%) estenóticos en el segundo período; los cuales ameritaron una sesión más de dilatación. Ningún caso ameritó una tercera sesión. En el segundo período no se diagnosticaron nuevos casos. (Figura 2)

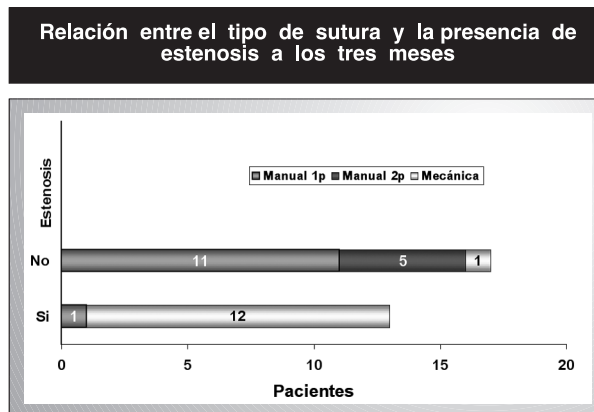
Figura 2



Se observó que el sexo femenino tiene 11,2 [1,04-120,36; IC 95%] veces más probabilidad de presentar estenosis a los tres meses ($p < 0,05$).

Se asociaron las variables: tipo de sutura y presencia de estenosis a los tres y seis meses mediante el estadígrafo Chi cuadrado ($X^2=14,47$; $Gl=2$, $P=0,000$ y $X^2=16$; $Gl=2$, $P=0,000$; respectivamente), siendo estos valores estadísticamente significativos. Se observó que doce de las trece anastomosis (92,3%) realizadas con sutura mecánica presentaron estenosis de la anastomosis. Una de las anastomosis realizada de forma manual presentó estenosis (5,88%). (Figura 3)

Figura 3



El tiempo en días desde la intervención quirúrgica hasta el control endoscópico presentó una media de 138,3 días para los pacientes que tenían estenosis y de 98 días para los que no presentaron estenosis. Se aplicó el Test de Anova a fin de determinar la influencia del tiempo transcurrido sobre la aparición de estenosis anastomótica, comparando la posibilidad de que al ser estudiados con mas tiempo los pacientes con estenosis pudiese haber influido en los resultados, se evidenció que estadísticamente no fueron significativos ($p > 0,05$).

Discusión

Según la literatura internacional^(1,3,5), la incidencia de estenosis en anastomosis colorrectales varía entre 3 y 30%. En este estudio, 30 pacientes con anastomosis colónicas y rectales fueron evaluados por 6 a 9 meses y la incidencia de estenosis fue mayor (43,3%) que la reportada en otros estudios; sugiriendo ser una complicación post-operatoria luego de anastomosis colónicas y rectales realizadas con auto-suturadora altamente frecuente.

Se consideran múltiples factores que influyen en la aparición de estenosis⁽⁶⁾. Uno de los más controversiales es el calibre de la engrapadora, consignado como un factor de riesgo para el desarrollo de estenosis por lo que se aconse-

ja no utilizar cartuchos menores de 25mm, y se recomienda utilizar los de 31mm^(7,8).

En nuestra serie las anastomosis mecánicas fueron hechas mayoritariamente con máquina circular de 31mm, siendo las de menor diámetro, ya que las otras autosuturadoras que se utilizaron eran de 33mm o lineales cortantes de 45, 55 o 65mm; sin embargo el uso de máquina de mayor calibre no excluyó la aparición de estenosis. Y así como en otras series se ha visto que las anastomosis con autosuturadoras de menor calibre (25mm) no presentan estenosis⁽⁵⁾, en nuestra serie si presentaron estenosis 92,3% de las anastomosis realizadas con autosuturadora.

En nuestro estudio, el tipo de anastomosis realizada con más frecuencia fue T-T, la cual presenta menor probabilidad de estenosis al presentar menor tensión entre cabos; sin embargo, luego de realizar las pruebas estadísticas comparando el tipo de anastomosis con la presencia o no de estenosis no se halló significación estadística a favor. El material de sutura utilizado, cuando el procedimiento realizado es técnicamente adecuado, tiene poca influencia en la disminución del diámetro de la luz intestinal.

En este estudio todas las estenosis eran regulares, con un diámetro promedio de 6,92mm; la mayoría eran menores de un centímetro de longitud, que es el diámetro máximo aceptado para las técnicas endoscópicas.

El diagnóstico de la estenosis fue temprano, con un promedio de tiempo de diagnóstico de 138,3 días, todas fueron diagnosticadas antes de los primeros cuatro meses.

La endoscopia digestiva inferior como examen complementario sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de estenosis en anastomosis de colon y recto, por esto es importante realizar controles postoperatorios para su identificación precoz^(9,10).

La mayoría de las estenosis anastomóticas colorrectales son pequeñas y usualmente asintomáticas. Parecen una pequeña membrana que puede ser tratada satisfactoriamente por dilatación u otras alternativas endoscópicas, o electrocauterio⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Shimada et al⁽¹⁶⁾, desarrollaron un nuevo equipo, la engrapadora cortadora (cut stapler) fue utilizada exitosamente en nueve casos de estenosis anastomótica luego de doble engrapado.

Se utilizó la técnica de balón neumático transendoscópico, en aquellas que no han recibido ningún tratamiento previo, y cuyas estenosis fueron diagnosticadas de manera temprana. Por lo que fue altamente efectivo, todos los pacientes fueron sometidos a una sesión y 6 (20%) permanecieron con estenosis para el segundo período, por lo que recibieron otra sesión de dilatación. La ventaja notable de este tratamiento es el bajo índice de re-estenosis. Siendo efectivo en 80% de los pacientes⁽⁹⁾. Todos los pacientes estuvieron satisfechos con los resultados, y no fueron detectadas recurrencias sintomáticas de estenosis en un seguimiento promedio de 3 meses luego de la última dilatación.

Cuando la dilatación o las técnicas endoscópicas no han funcionado o no se pueden intentar, el tratamiento quirúrgico es el indicado. Los pacientes que son sometidos a anastomosis con sutura mecánica tienen mayor tendencia a experimentar estenosis anastomóticas postoperatorias⁽¹¹⁾. Sin embargo estas son leves, generalmente asintomáticas o con síntomas discretos y la mayoría tratables con dilataciones.

En nuestro estudio se incluyó un paciente que acudió por emergencia con obstrucción intestinal por estenosis anastomótica, realizada antes del período de ingreso, que no se resolvió médicamente por lo que ameritó resección de la estenosis y anastomosis termino-terminal, evolucionando satisfactoriamente.

Son pocos los factores externos manejables para disminuir la incidencia de estenosis en anastomosis del colon y recto.

Aun cuando las anastomosis realizadas con autosuturadora presentan mayor posibilidad de estenosis la realidad actual es que sigue siendo un método eficaz, y práctico de realizar anastomosis en menor tiempo operatorio, con todas las implicaciones que tiene en el postoperatorio dicho beneficio.

Referencias

- Luchtefeld MA, Milsom JW, Senagore A, Surrell JA, Mazier WP. Colorectal anastomotic stenosis: results of a survey of the ASCRS Membership. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:733-6.
- Fasth S, Hedlund H, Svaninger G, Hultén L. Autosuture of low colorectal anastomosis. *Acta Chir Scand* 1982; 148:525-9.
- Schlegel RD, Dehni N, Parc R, Caplin S, Turet E. Results of reoperation in Colorectal Anastomotic Strictures. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:1464-68.
- Díaz M. Estenosis como complicación de la anastomosis colorectal mecánica con CEEA. *Cirugest*.
- Vallejo JF, Arango JH, Arbey J, Kestenberga A. Tratamiento con dilataciones de las estenosis rectales secundarias a cirugía y radioterapia. *Colombia Médica* 1998; 29: 18-19.
- Rodríguez G, Bruno G, Ruso L, Gatti A, Quiró F, Balboa O. Complicaciones con el uso de la sutura mecánica en cirugía colorrectal. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 47, 1996, noviembre 18-22 Montevideo.
- Lustosa SAS, Matos D, Atallah AN, Castro AA. Mechanical versus manual suturing for anastomosis of the colon (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library Oxford Update Software*. 2000; Issue 2.
- Lustosa SAS, Matos D, Atallah AN, Castro AA. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *Sao Paulo Med J/Rev Paul Med* 2002; 120 (5):132-6.
- MacRae HM, McLeod RS. Handsewn vs. stapled anastomoses in colon and rectal surgery: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:180-9.
- Fingerhut A, Elhadad A, Hay JM, Lacaine F, Flammant Y. Infraperitoneal colorectal anastomosis: hand-sewn versus circular staples. A controlled clinical trial. *French Associations for Surgical Research. Surgery* 1994; 116:484-90.
- Yamane T, Takahashi T, Okuzumi J. Anastomotic stricture with the EEA stapler after colorectal operation in the dog. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 174:41-45.
- Oz MC, Forde KA. Endoscopic alternatives in the management of colonic strictures. *Surgery* 1990;108:513-9
- Lausen SB. Treatment of a stenotic colorectal anastomosis by transanal use of an endoscopic stapler. 1994. *Br. J. Surg.* 81,144.
- Geller A, Gal E. Dilation of benign strictures following low anterior resection using Savary-Gilliard bougies; Endoscopic treatment of benign anastomotic colorectal stenosis with electrocautery. *Endoscopy* 2000; 32:385-8.
- Brandimarte G, Tursi A, Gasbanini G. Endoscopic treatment of benign anastomotic colorectal stenosis with electrocautery. *Endoscopy* 2000; 32:461-3.
- Shimada S, Matsuda M, Uno K, Matsuzaki H, Murakami S, Ogawa M. A new device for the treatment of coloproctostomic stricture after double stapling. *Ann Surg* 1996; 224:603-8.

LXIII Jornada Nacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía, en conjunto con el VIII Congreso Venezolano de Residentes de Cirugía (SOVERCI) y III Jornadas andinas de Mastología, tendrá como sede el Centro de Convenciones Mucumbarila en la Ciudad de Mérida, los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2006. Fecha límite de recepción de trabajos 15 de Septiembre de 2006.

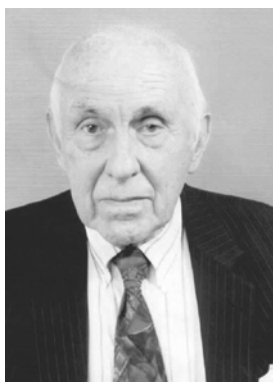
Información:

S.V.C., Av. Sucre de los Dos Caminos, Centro Parque Boyacá, Torre Centro, Piso, 17, Ofc. 173. Tlfs: 0212-2868459/8106.

AS` Event C.A., Calle Gracilaso, Centro Polo, Torre A, Piso 8, Ofc. 83, Tlfs: 0212-7515629/6552/8338.

S.V.C. Capítulo Mérida: (0274) 2510471, Av. 5 entre calles 25 y 26, Centro Profesional Mamaicha Piso 1, Local 1-1.

Semblanza del Dr. Francisco Plaza Izquierdo



Dr. Francisco Plaza Izquierdo

Detrás de cada sillón de la Academia Nacional de la Medicina existe la semblanza de un hombre apasionado por la ciencia y la transmisión del conocimiento. El sillón V lo ocupa el Dr. Francisco Plaza Izquierdo desde el 14 de marzo de 1991. Fue con el trabajo "Cirugía experimental: contribución a su desarrollo" con el que logró pertenecer a este selecto grupo de intelectuales. Hoy tiene 89 años y ocupa parte de su tiempo y esfuerzo en actividades para la divulgación de la Historia de la Medicina y trabajos científicos.

Desde sus comienzos sintió inclinación por investigar la anatomía. El Doctor José Izquierdo, su "tío Pepe" como él lo llamaba, fue quien le enseñó anatomía haciendo trazos con tizas y sombreando con los dedos para explicarle las características de los órganos.

Dos investigaciones del Dr. Francisco Plaza, publicadas en la Revista del Hospital Obrero, dejan constancia de su interés por la anatomía. El primer documento hacía referencia a la variación de la arteria femoral profunda; y el otro, a un fascículo cóndor epitroclear del pectoral mayor.

* *Cirujano General. MSVC.*

Dra. María Zoraida Pacheco P.*

Realizó cursos de perfeccionamiento quirúrgico en el Instituto de Cirugía Experimental de la Universidad Central de Venezuela, entre 1940 y 1942. Durante esos años también se desempeñó como Adjunto de los Hospitales Obrero, Bolivariano y Vargas de Caracas.

Fue preparador por concurso de anatomía descriptiva, Jefe de trabajos prácticos de anatomía, profesor agregado en Técnica quirúrgica, Director del Instituto de Cirugía Experimental y profesor de cortesía en clínica quirúrgica, en forma ininterrumpida desde 1936 hasta 1971, año en el que se jubiló.

Ejerció la medicina privada como cirujano en la Clínica Venezuela, fundada entre otros por su hermano Alberto (quien también fue fundador del Hospital Obrero), y en la Clínica Plaza.

Actualmente es miembro emérito de la Sociedad Venezolana de Historia de Medicina e individuo de número en el sillón XXIII, miembro de la Sociedad Internacional de la Historia de Medicina, de la Sociedad de Historia Iberoamericana, Sociedad de Escritores Médicos de y Asociación de Escritores Venezolanos.

Una familia numerosa

Cuando Caracas apenas tenía 100.000 habitantes, 8 hijos alegraban el hogar de Carmen Izquierdo Esteva y Alberto Plaza Orea. El Dr. Francisco Plaza Izquierdo nació el primero de febrero de 1916.

Comenzó sus estudios de medicina en 1934 en la antigua sede de la Universidad Central de Venezuela, ubicada en la esquina de San Francisco, por influencia de sus familiares. Tenía varios tíos, hermanos y cuñados que se habían dedicado a la medicina.

Obtuvo su título de Doctor en Ciencias médicas a los 24 años, el 31 de julio de 1940. Su tesis se tituló "Gastroduodenostomía combinada o no con la ligadura del píloro en el tratamiento del ulcus gastroduodenal".

Cuatro años más tarde, se casó con la señorita Flor Rivas Larrazabal y tuvieron 8 niños: Francisco, Alberto, Jorge, Mariflor, Marisela, Carmen, Ambrosio y Luis Javier.



Sra. Flor Rivas Larrazabal de Plaza I.

Ha escrito algunos versos, le gusta leer biografías e historia de Venezuela, escuchar los clásicos de Beethoven y Mozart y visitar museos. De hecho, fue fundador y director del Museo de la Facultad de Medicina (1984). En su

juventud aprendió a tocar guitarra y aunque también jugó fútbol hasta los 16 años, no fue sobresaliente en los deportes.

Académico y escritor

Entre sus aportes a la historia de la medicina en Venezuela se encuentran los siguientes títulos: "1891-1991, cien años del Hospital Vargas de Caracas. Su historia cronológica y significación nacional" y "Hospital Universitario de Caracas: recuento histórico en su trigésimo aniversario". Editó 4 libros en multígrafo para estudiantes universitarios, 39 artículos científicos y varias películas.

En el índice de la Gaceta Médica de Caracas, que incluye publicaciones desde 1893 hasta 1992, se encuentran los siguientes trabajos: "Académicos de medicina durante los treinta años del Hospital Universitario de Caracas", "Evaluación histórica de la cirugía científica en Venezuela", "Palabras de clausura pronunciadas con motivo del centenario del grado de doctor de Luis Razetti en sesión conjunta de la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad venezolana de Historia de la Medicina" y "Palabras pronunciadas con motivo del cuadragésimo año de la fundación de la Sociedad Venezolana de Cirugía".

Ha recibido las siguientes condecoraciones: Francisco de Miranda, José María Vargas, José Izquierdo, Andrés Bello, Ambrosio Plaza, Mérito al Trabajo, Augusto Pinaud, Diego de Lozada y 27 de junio, entre otros.

NÓMINA DE MIEMBROS DE LA SOCIEDAD HASTA DICIEMBRE DE 2005

SEDE (Caracas - Vargas - Miranda)

Apellidos y Nombres

ABREU S., Juan José
 ACOSTA DE ABAD, Carmen
 ACOSTA CAMACHO, Jaime Alberto
 ACOSTA FREITES, Víctor
 ACOSTA MERCHAN, Bernardo
 ACOSTA U., Darío
 ACUÑA LEZAMA, Gregorio
 ADRIANZA, Manuel
 AGUILAR ACEVEDO, Miryam
 AGUDO LINARES, Esteban
 AGÜERO, Oscar
 AGUILERA GARCÍA, Francisco
 AGUILERA FRANCESCHI, Leopoldo
 AGUIRREOLA MORALES, Marcos
 ALBERTI RODRÍGUEZ, Tomás
 ALBORNETT FENTES, Zhina Carolina
 ALCÁNTARA, Angel
 ALFARO GARANTON, Rodrigo
 ALFARO MONTAÑO, Luis A.
 ALFONZO N., Ricardo A.
 ALFONZO SOTILLO, Rafael E.
 ALONZO LEÓN, Guillermo A.
 ALOS BORDETAS, María
 ALTIMARI ROMERO, Rafael A.
 ÁLVAREZ BARRETO, Carlos A.
 ÁLVAREZ GONZÁLEZ, Elio T.
 ÁLVAREZ M., José
 ÁLVAREZ RIVAS, Katyana Alicia
 ALVIS QUINTERO, Erick
 AMAYA LÓPEZ, Víctor
 AMORIN DA COSTA, José
 ANDARA DURAN, Isaura
 ANDRADE CUADRA, Rafael Andrés
 ANGULO, Teodoro Alberto
 ANTÚNEZ CASAS, Sue Ivette
 ANZALONE BLANDINO, Salvador
 ANZOLA GÓMEZ, Félix M.
 APONTE LARA, Ciro
 ARANDA GANCEDO, Sergio E.
 ARANGUREN CHAPPELLIN, Germán
 ARANGUREN MUJICA, Vladimir
 ARANGUREN, Manuel
 ARANGUREN, Oswaldo
 ARAUJO, Juan Carlos
 ARAYA, Rodrigo
 ARCIA GARCÍA, Rafael

ARCIA ROMERO, Francisco
 ARCIA SALAZAR, Mario José
 AREVALO COHEN, Ismael
 AREVALO POMER, Gustavo
 ARNAL SMITH, Gonzalo
 AROCHA URBINA, Rubén
 ARREAZA, José Rafael
 ARREAZA, Felipe
 ARREDONDO FARRERA, Mario
 ARTEAGA GÓMEZ, Alirio José
 ARVELO DE FREITAS, Nelson
 ASCASO, Ricardo
 AULAR FRANCO, Geralldynne
 AURE BETANCOURT, Alejandro
 AURE TULENE, César
 AURE TURBAY, Guillermo
 AYALA CORAO, Bernardo
 AYALA ESTRAÑO, Jesús Emilio
 AYALA LANDA, Rafael
 AYALA NUÑEZ, Luis Arturo
 BADELL MADRID, Rafael
 BADILLO, José
 BÁEZ, Luis Oswaldo
 BALDA, Emigdio Armando
 BAPTISTA G., Carlos Alberto
 BAQUERO ARISTEGUIETA, Gustavo
 BARBEITO GARCÍA, Javier
 BARBERA CORTELL, José
 BARLETA CRATELLA, Aldo
 BARNIOLA, Jon
 BARRIOS ARMAS, Rafael G.
 BARRIOS L., Gonzalo Rafael
 BASSO ROJAS, Isabel
 BAUDET LLANO, Gerardo
 BATOUR DOVALHX, Sarkis
 BEAUJON HILL, Alcides
 BELGODERI MARCANO, Carlos B.
 BELLO, Alexis
 BELLO, Emilio
 BELLORIN GARCÍA-MIGUEL, Carlos G.
 BELLOSO C., Rafael M.
 BEIRUTTI RUÍZ, Iván Miguel
 BENAİM PINTO, Víctor
 BENEDETTI, Alfonso
 BENOTTO PIRELA, Jenny-Ann
 BENÍTEZ CHIRINOS, Luis
 BENÍTEZ PÉREZ, Gustavo
 BENSIMOL BENDAYAN, Alberto
 BENSIMOL BENMAMAN, José

BERAHA, Nikola
BERCOWSKY U., Eduardo
BERNAL H., Carlos E.
BITTAR ARAB, Jorge F.
BLANCH CABRERA, Ricardo
BLANCO L., Jorge
BLANCO RENGEL, César Rafael
BLONDET SERFATY, José A.
BOADA MARVAL, Edgyda Sumaya
BOLLICI MARTÍNEZ, Luis Jorge
BONET FURGERI, Harry
BONILLA ZAMORA, Rodrigo
BORZELLINO F., Diego Antonio
BORGES, Angel Enrique
BOZZA DE NICOLA, Vicente
BRACHO PERNIA, Néstor
BRACHO SEMPRUM, Néstor
BRACHO V., Miguel Pastor
BRACOVICHI, Rafael Angel
BRICEÑO CORONADO, Josefa María
BRICEÑO IRAGORRY, Leopoldo
BRICEÑO M., Miguel Enrique
BRICEÑO PIMENTEL, Pablo
BRICEÑO, Antonio
BRICEÑO, Jorge Antonio
BRITO ARREAZA, Edgar
BRUNETTI CARRIZALES, Nelson L.
BUSTAMANTE CHAFFARDET, Rafael
CABEZAS, Maria Antonia
CABRERA, Guillermo
CÁCERES ESPINOZA, José de Jesús
CAICEDO CUELLAR, Jorge
CALDERARO DI RUGGIERO, Franco J.
CAMACHO RAMÍREZ, Ricardo
CAMINO LÓPEZ, Marco A.
CAPOTE NEGRIN, Luis
CARABALLO GONZÁLEZ, Ciro
CARBALLO ISTÚRIZ,
CARBONELL O., Guillermo José
CÁRDENAS SALAS, Máximo
CÁRDENAS, Luis E.
CARDOZO C., José Isaac
CARDOZO DA SILVA Antonio J.
CARDOZO OROÑO, Alba Elizabeth
CARMONA JORGE, Oswaldo José
CARMONA PEREIRA, Juan
CARRASCO P., Jesús
CARRASQUEL, Ana Aura
CARREALES ARREAZA, Nelsón B.
CARRERO BARRIENTOS, Carlos A.
CARRERO BARRIENTOS, Yadira Coromoto
CARRETTA DI STASI, Mauro
CARTAYA, José María
CARVALLO ISTURIZ, Ernesto
CASTELLANOS, José Alirio
CASTILLO, Carmen C.
CASTILLO, Francisco
CASTILLO HERNÁNDEZ, José M.
CASTILLO MARRERO, Livia
CASTILLO NATERA, Nahir Egleé
CASTRO AGUILAR, Juan Joaquin
CASTRO GARCÍA, Jorge
CASTRILLO R., José Luis
CEBALLOS G., Luis
CEBRIÁN POZO, Javier
CENTENO, Jorge Luis
CERQUONE CAMEJO, Luis Reinaldo
CERQUONE RAVELO, Luis Enrique
CESIN NIETO, Ofir Jacqueline
CÉSPEDES, Carlos Humberto
CHACÍN FERNÁNDEZ, Beatriz
CHACÍN GIFFUNI, Blas Ramón
CHACÓN, Oscar Antonio
CHACÓN ESCALANTE, Néstor
CHANG VÁSQUEZ, William José
CHÁVEZ CARTAYA, Rafael
CHÁVEZ, Rodrigo
CHIRINOS SANOJA, Andrés
CHIRINOS, Miguel A.
CHIRINOS, Walter
CHOCRÓN BAENA, Fortunato
CIFRES BAIXERAS, Rafael
CIRIGLIANO G., Nicola
CLEMENTE, Antonio
COELLO CADANET, Alfredo
COELLO PAZ, Julián Antonio
COGORNO ESPINA, Carlos A.
COIMAN C., Ramón A.
COLANGEL DE CRESPI, María
COLINA CEDEÑO, Oscar Luis
COLMENARES ARREAZA, Guillermo
CONTARIS I., Angelo
CONTASTI BOCCO, Rafael
CONTRERAS SILVA, Alberto
CORONIL, Fernando Rubén
CORREA SIFONTES, Juan
CORREA, Juan
CORREA, Vicente Javier
CORTEZ HERNÁNDEZ, Germán
COUTINHO G., Rafael A.
CREVILLEN U., María S.
CROCE M., Santiago
CRUELLS, Ramón
CUDEMUS M., Gastón A.
CUERVO, Manuel
D'APUZZO FERRAIOLI, Giulio
DAHDAH, Antonio
DAO DAO, Héctor Alberto

DE ABREU, José Manuel
DE ANDRADE A., Robert
D'ANDREA MARÍN, Vittorio
DE FREITAS FLORES, Augusto
DE LA FUENTE TORRES, Rafael
DE NOIA, Vincenzo
DE SANTOLO, Antonio
DE SOUSA GONCALVES, Joao C.
DEFILIO S., Julio C.
DEL BIANCO, Bruno
DEL MÉDICO LUPO, Pedro
DEL REGUERO, Antonio
DEL RÍO, Joaquín
DEL RÍO FERNÁNDEZ, Yenny
DELGADO N., Víctor
DELGADO SANTANA, Manuel
DELGADO ROMAN, Zahira
DELLAN PINO, Nelson
DE OLIVEIRA, María de Fátima
DI GIAMPIETRO, Loretta
DÍAZ ACOSTA, José M.
DÍAZ ACUÑA, Shellyn
DÍAZ BOLAÑOS, Jaime
DÍAZ CABELLOS, Alberto
DÍAZ DÍAZ, Alvaro
DÍAZ HERNÁNDEZ, Juan
DÍAZ LAKATOS, Raúl
DÍAZ MEZONES, Hugo
DÍAZ ODREMAN, Juan Carlos
DÍAZ PIETRI, Gustavo
DÍAZ PORTOCARRERO, Jesús
DÍAZ, Luis Alfredo
DONA LARES, Francisco
DORDELLY SALAZAR, Jackdeblin
DOT LAMEDA, Mauricio
DOTI COLANGELO, María
DOVAL GARCÍA, Raúl
DUBOIS CARBONELL, Rinci
DUGARTE FLORES, Carlos José
DURÁN B., Trinetta
ECHEGARAY IBARRA, Francisco
EICHELBAUM, Eric
EICHELBAUM, Johana
ELÍAS MORA, José Luis
EMMERICH, Eduardo
ESCALANTE GARCÍA, Ricardo
ESCALANTE P., Egleé
ESCALONA ALARCON, Roger E.
ESCAR GÓMEZ, David
ESCOBAR MELENDEZ, William A.
ESCRIBENS CARRIZALES, Jorge
ESPINOZA LOVERA, Marcos Edgardo
ESPINOZA, Ladimiro
FARIÑAS GUEVARA, Francisco
FEIJOO, Julio César
FERNÁNDEZ ANDRADE, Juan
FERNÁNDEZ IGUAXZO, Alejandro
FERNÁNDEZ, Alejandro
FERNÁNDEZ, Carlos Felipe
FERRER, José
FERRO MACHADO, Raúl
FERRO P., Guillermo
FIGUEIRA RODRÍGUEZ, Jorge
FIGUEREDO GONZÁLEZ, José
FIGUEREDO, Hernán
FLEURY, Alejandro
FLORES M., José Benito
FLORES MUJICA, Rafael
FLORES R., Guillermo
FONTANA G., Nuris
FRANCIS TINEO, Nayib
FRANCO GUNBERG, Carlos Alejandro
FUENMAYOR RIVERA, Germán
FUENTE RAMAJO, Juan Manuel
GALANDIS, Rafael
GALARRAGA, Rafael
GALAVÍS ALBORNOZ, Vladimir
GALAVÍS D., Félix
GALINDO ECHEANDIA, Roger
GALINDO S., Rolando
GALLARDO GONZÁLEZ, Marisel
GARASSINI, Miguel
GARBARI, Vittorio
GARCÍA COLINA, Jesús José
GARCÍA DEL MORAL, Margarita
GARCÍA FIGUERAS, F.
GARCÍA GONZÁLEZ, Lenín José
GARCÍA HERNÁNDEZ, Richard A.
GARCÍA PEÑA, Franklin
GARCÍA R., Argelio
GARCÍA SEGUI, Alejandro José
GARCÍA TORRES, Antonio María
GARCÍA U., Wilfredo
GARCÍA VELASCO, Francisco
GARCÍA, Alberto
GARCÍA HERNÁNDEZ, Alberto José
GARDIÉ SUÁREZ, Juan Ernesto
GARÍN GARCÍA, Alice
GARRIDO MUJICA, Manuel D.
GARRIDO DEL MORAL, Carlos
GARRIGA G., Esteban
GATTORNO CASTELLANOS, Federico
GERLUD, Moisés
GIADAS PENELA, José Gregorio
GIL MENDOZA, Armando
GIMENEZ PARRA, Zaideth
GODAYOL DISARIO, Fernando G.
GODAYOL ROVIRA, Juan

GODOY BRICEÑO, Alí Josue
GÓMEZ GARCÍA, Robinson
GÓMEZ CALDERON, Leonardo
GÓMEZ MAGGIO, Joel
GÓMEZ OSPINA, Manuel
GÓMEZ RODRÍGUEZ, Alvaro L.
GONCALVES FREITAS, Antonio
GONZÁLEZ BAQUERIZO, M.A.
GONZÁLEZ R., Julio César
GONZÁLEZ ESTAL., Luis Hernán
GONZÁLEZ LEÓN, Luis José
GONZÁLEZ LORENZO, Pedro
GONZÁLEZ PADRÓN, Alejandro
GONZÁLEZ, Carlos
GONZÁLEZ, José
GONZÁLEZ, Armando
GONZÁLEZ, Armando A.
GONZÁLEZ, Eric
GONZÁLEZ, Luis Hernán
GONZÁLEZ, Luis Humberto
GONZÁLEZ, Luis José
GONZÁLEZ, Medardo
GORDON, Raúl
GORROCHOTEGUI, Frank
GOTERA GONZÁLEZ, Gustavo
GOTTENGER BERCOVIC, Rafael
GRANADOS, Oswaldo
GROSSMANN SIEGERT, Víctor
GRUNBLATT GUERRA, George
GUARAPO RODRÍGUEZ, Cutberto
GUASTAFERRO, Joanne M.
GUERRERO FERNÁNDEZ, Humberto
GUEVARA G., Luis H.
GUTIÉRREZ FERRER, Agustín
GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, Carlos A.
GUTIÉRREZ PÉREZ, Antonio
GUTIÉRREZ S., José
GUTIÉRREZ, Enrique
GUTIÉRREZ, Rusbeth
GUZMÁN MIRABAL, César
GUZMÁN, Pedro Vicente
HALABI BITTAR, Alfredo
HALLARDO, Antonio
HANSEN L., Andrés
HENNING MEYER, Jorge
HENRÍQUEZ DAO, Alvaro
HENRÍQUEZ ARCAY, Ruben
HENRÍQUEZ LOZADA, Alfredo
HEREDIA M., Juan L.
HERMIDA CAFARO, Raúl
HERNÁNDEZ, Rafael
HERNÁNDEZ CASTILLO, Rubén
HERNÁNDEZ DE LEÓN, Alexis
HERNÁNDEZ GÓMEZ, Rafael Enrique
HERNÁNDEZ MANTELLINI, Pablo
HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Freddy D.
HERNÁNDEZ MUÑOZ, Gerardo
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Aura Violeta
HERNÁNDEZ SEQUERA, Ricardo
HERNÁNDEZ T., Guillermo
HERNÁNDEZ, Betty Luz
HERNÁNDEZ, Carlos
HERNÁNDEZ, Manuel I.
HERNÁNDEZ, Simplicio
HERNÁNDEZ, Pedro
HERRERA, Ramón
HERRERA MEJÍAS, Juan Antonio
HIDALGO SOSA, Iván
HIDALGO, Octavio
HOLLEBEG DE COELLO, Ana M.
HOYER PRINCE, Carlos
HUMPIÉRREZ HERNÁNDEZ, Iván
HURTADO CARDENAS, Oscar
HURTADO, Ramón
IBARRA P., Eduardo
IMIÁK, Julio
INCERTO S., Alessandro N.
INOJOSA H., José E.
ISAAC L., José
ISAAC, Abraham
ISEA D., Ma. Magdalena
IZQUIERDO OTAOLA, Juan Pablo
JAEN C., Ruben
JAIME CASTILLO, Juan Carlos
JAIME, Lorenzo
JELAMBI GARCÍA, Ingrid María
JIMENEZ VILLEGAS, Edgar
KAFRUNI, Raimundo
KALBAKDY S., Basile
KAZANA CHAPARRAS, Atanasio
KASSABJI CHELHOT, Abelardo
KEKLIKIAN ABOU-YOUN, Wartan Fadi
KERTZNUS, Abraham
KHALEK MÉNDEZ, Yihad
KNAPP, Peter
KOBERNYK BERESOVSKY, Valentina
KOELZOW JIMENEZ, Adolfo
KOURY CHIDIAC, Pablo
KRIVOY, Saúl
KRYGIER, Aaron
KUBE LEÓN, Reinaldo
KUNATH BARRIENTOS, Sneyder
LAIRET P., Félix
LANES, Joseph
LANOY, Jesús Antonio
LAPADULA GUGLIEMELLI, Nicolás
LAPLACE R., Antonio
LARES PRATO, Raúl

LASAGNA, Giuseppe
LEAL MONSALVE, Francisca
LEÓN DE CRESPO, Elena
LEÓN GARCÍA, Luis del Valle
LEÓN ILLAS, Rodolfo
LEÓN L., Magda
LEÓN ROCHA, Alonzo
LEÓN, Odoardo
LEIBA ZAVARCE, José Luis
LEVEL CORDOVA, Luis Rafael
LEVY BERCONSKI, Marcos
LINARES DA SILVA, Carlos
LISCANO VALERA, Henry
LIUZZI STAMENA, Juan Francisco
LIZARDO GRAMCKO, Adolfo José
LIZARRAGA, Pedro
LOAIZA, Franklin
LÓPEZ C., Joybell H.
LÓPEZ CARRASQUERO, Ricardo
LÓPEZ I., Ricardo A.
LÓPEZ LEÓN, Jesús
LÓPEZ LEÓN, José Rafael
LÓPEZ N., Brady Augusto
LÓPEZ R., Reinaldo
LÓPEZ TROSELL, William Jesús
LÓPEZ, Juan
LORENZO D., Jaime B.
LORETO GONZÁLEZ, Francisco
LOVERA MARÍN, Juan Carlos
LOYO ZAMBRANO, Herfrank José
LOZADA C., José
LOZADA, Alfredo
LOZANO SANABRIA, Emilio F.
LUALDI, Luciana
LUCENA O., Jorge
LUCENKO, Leónid
LUGO, Joaquín
LUIGI SANDOVAL, Juan Carlos
LUNA APONTE, Maria Teresa
LUONGO FONT, Jesús
LUY MILLÁN, Marcos
MACCARONE GERBASI, Biagio
MACHADO MANRIQUE, Gustavo
MAITA, Miguel Angel
MAIZ DÍAZ, Cruz A.
MAIZ DE HURTADO, Carmen C.
MAKAREM KANSO, Ziad R.
MALAVÉ M., Hermógenes
MALAVÉ R., Guillermo
MALAVÉ, Susana
MANRIQUE LANDER, Pedro José
MANRIQUE PRADO, Yelitza
MANRIQUE DE BELLARD, María Ca.
MANRIQUE, Néstor
MANRIQUE B., Javier
MANRIQUE, Oswaldo
MARCANO E., Héctor
MARCOS A., Amadeo
MARCHÁN, Elías
MARÍN, Florencio
MARÍN L., William
MARMOL GARCÍA, María Eugenia
MARMOL, Luzardo Joaquin
MÁRQUEZ B., Enrique A.
MÁRQUEZ DELGADO, Atilio
MÁRQUEZ ATARS, Irving
MÁRQUEZ F., Víctor R.
MÁRQUEZ S., Atilio
MARRERO OLIVARES, Carlos R.
MARRERO, Arturo
MARTELO, María del Pilar
MARTÍ, Manuel
MARTÍN L., José M.
MARTINELLI ONDERKA, Antonio F.
MARTÍNEZ D., José
MARTÍNEZ DÍAZ, Alejandro
MARTÍNEZ ESCUER, Manuel A.
MARTÍNEZ H., Jasmín
MARTÍNEZ J., Paul
MARTÍNEZ L., Pedro
MARTÍNEZ M., Eva Lourdes
MARTÍNEZ VALERA, José Daniel
MARTÍNEZ, Carmen
MARTÍNEZ, Luis
MARTÍNEZ, Edgard
MARTÍNEZ, Julián
MARTÍNEZ MARCOS, Alberto
MARTÍNEZ, Sergio
MARTÍNEZ, Yasmín
MARZULLO MONACO, Vicente
MASTRODOMENICO SÁNCHEZ, Pedro
MATA AVILA, Omar
MATA ITURRIZA, José Francisco
MATA MATUTE, Hermógenes
MATA, Aquiles
MATUS MAC NIVEN, Carlos Rodrigo
MEDEROS, Nelson
MEDINA DE LÓPEZ, Rebeca
MEDINA RODRÍGUEZ, José Aníbal
MEDINA, Gabriel
MEDINA JIMMY, José A.
MEJIA ARANDA, Alejandro
MEJIAS GONZÁLEZ, José Gregorio
MEJIAS S., Luis E.
MELENDEZ CH., Samuel
MELO AMARAL, Ingrid Mercedes
MÉNDEZ CONTRERAS, Eucario
MÉNDEZ FERRE, José

MÉNDEZ MÉNDEZ, Arlene
MENDOZA HERNÁNDEZ, Milton A
MENDOZA, Milton
MENDOZA O., Fernando
MENESES, Nelson
MERCHAN, Gustavo
MERCHAN BURIEL, Javier
MEYER, Freddy
MICHIELLI, Giovanni
MIFSUT CABRERA, Manuel
MIGUEZ NOVOA, Josefina
MIJARES BRÍÑEZ, Alirio
MILANO SÁNCHEZ, María
MILLÁN, Miguel
MILLÁN ALMEIDA, Odoardo
MILLÁN HERNÁNDEZ, Germán
MIQUILARENA, Rodolfo
MISRAHI, Nelly
MOLINA COLINA, José Luis
MOLINA GUEDEZ, Nairobi Eugenia
MOLINA MARTÍ, Ricardo
MOLINA, Tulio
MONROY FALCON; George Louis
MONROY P., Tito
MONROY R., Jorge
MONROY U., Jorge
MONSERRATTE, Freddy
MONTAÑEZ PASTOR, Luis A.
MONTBRUN, Francisco
MONTBRUN M., Enrique
MONTILLA H., Alvaro Antonio
MORA KUMBOZ, Elías
MORA MORA, Abelardo
MORALES O., José Francisco
MORALES, Edison
MORALES CAMACHO, Eva
MOREIRA C., Erick
MORENO BLANCO, Claudia
MORENO BRANDT, Leopoldo
MORENO M., Alejandra
MORENO O., Randolpho
MORENO YEJAS, Astrid Yelina
MORENO, Rodolfo
MORGADO NIEVES, Pedro
MORGADO SCHIMILINSKY, Pedro
MORON TORRES, Hernán
MOSCOVITZ, Isay
MUJICA NEIRA, Santiago José
MULLER ARTEAGA, Carlos
MUÑOZ MOLERO, Humberto E.
MUÑOZ, Ezequiel
NAHMENS RECIO, Lorenzo Alfredo
NAKHAL HAKIN, Elías
NARVAEZ, Manuel
NAVA, Ender
NAVARRETE AULESTIA, Salvador
NAVARRETE LLOPIS, Salvador Antonio
NAVARRETE, Néstor
NAVAS FARFAN, Hugo
NAVAS, Sergia del Carmen
NESSI, Juan
NESSIM LANDAU, Armando
NORERO K., Raul
NOYA VICENTE, José Ramón
NUCETE VIANI, Manuel Alberto
OBREGÓN COLOMBANI, Francisco A.
OCHOA DÍAZ, Fedor
OJEDA H. Pedro J.
OLMOS P., Rafael
ONTIVEROS GONZÁLEZ, Gerardo
ORAA ORAA, Yadira
ORTEGA LÓPEZ, Domingo
ORTIZ, Jesús
OSORIO, David
OSUNA CALDERON, Carlos Enrique
OTTOLINO LAVARTE, Pablo Rafael
OZIEL S., Marcos
PACHECO B., Javier G.
PACHECO PALACIOS, Raquel
PACHECO PIMENTEL, María Zoraida
PACHECO SOLER, Carlos
PADRÓN AMARE, José Alberto
PADRÓN GONZÁLEZ, Alejandro
PADRÓN R., Javier
PÁEZ DELGADO, Fedor Jesús
PÁEZ R., Alberto
PÁEZ, José Antonio
PALACIOS AMIUNY, José A.
PALACIOS GONZÁLEZ, M.
PALACIOS H., Rafael
PALACIOS de CASTRO, Priscila
PALOMO HERRERA, Antonio J.
PAPPE VELASCO, Peter Heinz
PARDO, José Manuel
PAREDES HANY, Ricardo
PARIS D., Alberto
PARIS P., Antonio
PARMA V., Hernán
PARRA CALDERON, Armando
PARRA CHACÍN, Ernesto
PARRA, Jesús Felipe
PARUTA, José Francisco
PASCENTI DI PALMA, Marilena
PECIREP B., Dragan
PELLEGRINO F., Antonio
PEÑA, Angel Leonardo
PEÑALOZA, Alí
PEÑALVER, Manure

PENSO T., Manuel
PERDOMO F., José Silvestre
PEREIRA GRATEROL, Freddy Alberto
PEREIRO NEGRON, Manuel R.
PÉREZ ARVELO, Oswaldo
PÉREZ BENAVIDES, Hosmer
PÉREZ BRETT, Ramón José
PÉREZ DIEZ, Javier
PÉREZ COLINA, María de Lourdes
PÉREZ FEBRES, Pedro
PÉREZ JIMENEZ, Rodolfo
PÉREZ LÓPEZ, José Benito
PÉREZ LORETO, Francisco
PÉREZ G., Iraima E.
PÉREZ-MORELL, Alberto
PÉREZ P., Julio
PÉREZ PÉREZ, José
PÉREZ PONCE, Mario
PÉREZ RUBIO, Alberto
PÉREZ T., Rolando
PÉREZ MAGALLANES, José Leóncio
PÉREZ, Gerardo Antonio
PÉREZ BARRIOS, Gustavo
PÉREZ, Máximo
PÉREZ, Ramón
PESTANA FERNÁNDEZ, José Manuel
PESCI-FELTRI, Adriana
PETIT PIFANO, Guido
PIERINI ALBINO, Aurelio
PIERINI, María Rosa
PIFANO, Edmundo
PIÑANGO L. DE LEVEL, Silvia
PIÑATE, Santiago
PINEDA D'JESUS, Rafael
PIÑERO DE BORREGO, Milagros
PINTO ACOSTA, Sol
PINTO OLIVEROS, Kathyna Virginia
PINTO SILVA, Gustavo
PIZANI MÉNDEZ, Darío
PIZZOLANTE, Dulio
PLANAS, Gabriel
PLAZA ANSELMI, José Luis
PLAZA CORTES, Jaime
PLOTNIKOV, Sergio
PLUCHINO, Victor
POLER CYTTAN, Marcos
POMENTA BRAVO, Tito Jesús
PONTE SUCRE, Alejandro Ignacio
POSADAS A., Alfredo
POZO I., Hilda I.
POZO PARILLI, Juan Carlos
PUCHI FERRER, José A.
PUENTE BRICEÑO, Dulce María
PULGAR G., Maria Teresa
PUERTAS, Jesús Alberto
PURROY ARIAS, Marly
QUEVEDO CORTES, Luis G.
QUIJADA, José Antonio
QUINTANA G., Ignacio
QUINTERO C., Carlos
QUINTERO LÓPEZ, Carlos Alberto
QUINTERO O., Julio
QUINTERO P., Manuel
QUINTERO ROJAS, Luis Oscar
QUIROZ, Miguel Angel
RACHADELL MONTERO, Juan José
RADA LEÓN, Víctor
RAMÍREZ LARES, Rafael
RAMÍREZ S., José Jesús
RAMÍREZ, Eudoro
RAMÍREZ, Nelson
RAMÍREZ, Roberto
RAMOS CASTILLO, Juana Gloria
RAMOS, Rafael Andrés
RASETTE DI MEO, Concenzo Liberato
RAVELO CELIS, José Antonio
RAVELO PAGES, Ricardo
REGGETTI, Jesús
REINA SEIJAS, José
RENC SAR, Laszlo
REZIC, Marko
RESTUCCIA, Giacomo
REYES TORRES, José Manuel
REYES, Rafael
RICARDO PEREIRO, Manuel
RINCÓN M., Francisco
RINCÓN PRADA, Albino
RÍSQUEZ L., Alvaro
RIVAS B., Eduardo
RIVAS M., José E.
RIVAS S., José
RIVAS, Gustavo Adolfo
RIVAS, Nelson
RIVAS, Hermes
RIVAS VETENCOURT, Pedro
RIVERA BENSIMOL, Eduardo
RIVERA, Angel Alberto
ROA G., José D.
RODRÍGUEZ AGOSTINI, Juan Carlos
RODRÍGUEZ ANGULO, Hermán
RODRÍGUEZ ARMAS, Otto
RODRÍGUEZ CASTRO, Carlos
RODRÍGUEZ DUARTE, Carlos P.
RODRÍGUEZ GRIMAN, Oscar
RODRÍGUEZ HERRERA, Rosa
RODRÍGUEZ MÉNDEZ, Andrés Javier
RODRÍGUEZ MARTIN, Andrés
RODRÍGUEZ MONTALVO, Fernando

RODRÍGUEZ OTERO, Angel R.
RODRÍGUEZ REGGETI, Juan J.
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Luis
RODRÍGUEZ, Claudio
RODRÍGUEZ, José
RODRÍGUEZ, José María
RODRÍGUEZ, Luis Eduardo
RODRÍGUEZ, Rafael
RODRÍGUEZ, Raúl
RODRÍGUEZ, Zoraya
RODRÍGUEZ TOVAR, Carlos
RODRÍGUEZ VASCONSELOS, José Carlos
ROFFE, León
ROJAS BENCOMO, Georgina
ROJAS CONTRERAS, José T.
ROJAS GÓMEZ, Eymar José
ROJAS HERNÁNDEZ, Jesús A.
ROJAS HERNÁNDEZ, Rubén D.
ROJAS L., Carlos
ROJAS MOLINA, Virgilio
ROJAS S., Eduardo
ROJAS, Henry Antonio
ROJAS, Jesús Antonio
ROJAS, María Zoraida
ROMERO BLANCO, Edward Omar
ROMERO LANDAETA, Irlax Soraya
ROMERO P., Luis
ROMERO, Héctor
ROMERO, Gabriel Eduardo
ROMERO VILCHEZ, Juan Enrique
RON SUÁREZ, Yemile
ROSARIO B., Jorge
ROSATI, Giancarlo
ROYLE, Guillermo
RUBIN DE CELIS, Mauricio
RUGGIERO MOLINARO, Angelo
RUÍZ D., Carlos
RUÍZ GONZÁLEZ, Simón
RUÍZ, Pedro Roberto
RUÍZ, Rhaiza
RUSSO, Salomón
SAADE AURE, Miguel José
SABOIN, José Luis
SAFAR PÉREZ, Jorge Alfredo
SAHMKOW PERERA, Edgar
SALAS MARCANO, Ismael
SALAS M., Patricio A.
SALAZAR, Alexis
SALAZAR, José
SALINAS, Alberto
SALOMON P., Jorge M.
SAMBRANO LINARES, José David
SANABRIA, Justo
SAN VICENTE, Anabelle
SÁNCHEZ A., Alfredo J.
SÁNCHEZ ISMAYEL, Alexis E.
SÁNCHEZ G., Luis A.
SÁNCHEZ G., Edgar
SÁNCHEZ LANDER, Jorge
SÁNCHEZ, Alfredo
SANTIMONE BAQUERO, Mario
SANZ AMAIR, Leopoldo
SARDIÑAS FERNÁNDEZ, Carlos E.
SASTRE ESTEVA, Juan Pablo
SCORZZA QUIARA, Rafael R.
SEDEK, Miguel Francisco
SELLE KNAUF, Rodolfo
SEMBERGMAN, Stewart
SEGNINI, Carlos Alberto
SEPIA, Moisés
SEQUERA A., Luis
SERRA GONZÁLEZ, Elpidio
SIERRALTA, Asdrubal
SIGALA FROMMEYER, Honorio
SILVA AZCARATE, José Félix
SILVA CACCAVALE, Gastón
SILVA CONTRERAS, Alberto
SILVA LANDAETA, Ismael
SILVA MILLÁN, José Luis
SILVESTRE M., Gilbert J.
SIMÓN YAGUES, George Z.
SISIRUCA, Honorio
SMITER INFANTE, José Gregorio
SNEYDER, Kunath
SOLÍS, Oscar
SORGI VENTURONI, Marco
SORRENTINO, Rolando
SOTELO NOGUERA, René Javier
SOTO APONTE, Jesús
SOTO ARBELAEZ, Arturo José
SOTO ROSA, Ricardo
SOUCHON VOGELER, Eduardo
STAMMITTI MORE, Giuseppe
STEINBERG, David A.
STOPELLO DE M., Gioconda
SUÁREZ, Guillermo
SUÁREZ DUARTE, Guillermo E.
SUÁREZ, Sacarias
SUCRE ALEMAN, Antonio J.
SZAUER TROCONIS, Jorge
TABORDA NASROUA, Joel E.
TAGUARUCO, Juan José
TAHAN NUÑEZ, Jorge Antonio
TARONNA, Ignazio
TATÁ AMOLDONI, Jesús
TATÁ SALDIVIA, Nassim Miguel
TEJADA PÉREZ, Augusto O.
TÉLLEZ CANRO, Nelson G.

TERÁN BRICEÑO, Francisco
 THERY QUINTERO, Gustavo
 THULA, Alberto
 TOLEDANO ABADI, Aholeab
 TOLEDANO, Aaron
 TORREALBA GUZMÁN, Ana Mercedes
 TORREALBA, Virgilio
 TORRES T., Melva V.
 TORRICO MILLÁN, Mario Carlos
 TORRIJOS MONASTERIO, Gabino Ricardo
 TRAVIESO GÓMEZ, Carlos
 TRAVIESO ISAVA, Carlos
 TREJO SCORZA, Ezequiel
 TRIVELLA R., Mario
 TROCONIS ELORCA, José Rafael
 TROCONIS ESPINA, Alvaro
 TROCONIS SAAVEDRA, Juan Carlos
 TURRI HERRERA, Rossana
 ULLOA A., Oscar D.
 UNDA ROSALES, Hilarión
 URDANETA BRAVO, Samuel Darío
 URDANETA FERRER, Rafael
 URRÁ MOLINA, Eduardo
 VALDIVIESO, Ali
 VALERA RONDON, Rafael Claret
 VARELA DÍAZ, Jennifer Alecia E.
 VARGAS, José Luis
 VARGAS G., Pedro Elías
 VARNAGY RADO, Roberto
 VÁSQUEZ, Jacobo
 VÁSQUEZ LEIVA, Jesús Ramón
 VÁSQUEZ R., Florencio
 VÁSQUEZ ZERPA, José Ramón
 VEGAS BARRIOS, Efraín Elías
 VEGAS RODRÍGUEZ, Armando M.
 VELANDIA MANTILLA, Arévalo
 VELANDIA OLIVO, Rosalva
 VELÁSQUEZ CAAMAÑO, Luz Marina
 VELÁSQUEZ REYES, Narciso
 VENTO MAGGIO, Giovanni
 VERA, Ernesto
 VERA COLINA, Félix
 VERA USECHE, Richard Alexander
 VERDE RONDON, Marta
 VILLANI BELLINO, Domingo A.
 VILLASANA, Ayaris
 VILLORIA DELGADO, Nelson
 VISO RODRÍGUEZ, Julián
 VITERI OTAZUA, Yosú
 VIVAS ARIZALETA, José Félix
 VIVAS ROJAS, Luis Antonio
 WAGNER NEUMANN, Gaston Fritz
 WHITTEMBURY HAUSWEDELL, Ana María
 YABUR, Juan Antonio

YEGUEZ G., José Francisco
 YEGUEZ RODRÍGUEZ, José F.
 YÉSPICA, Eduardo
 YRAUSQUIN DE P., Elizabeth
 ZAMBRANO B., Arly Leónel
 ZAMBRANO RINCONES, Víctor
 ZAMORA SARABIA, Francisco Alberto
 ZAPATA SIRVENT, Ramón
 ZENZOLA DE TOMA, Víctor
 ZERPA ZAFRANE, Miguel
 ZIAD RAMIZ, Makarem Kanso
 ZIEGLER TORO, Ramón Antonio
 ZIGHELBOIM LIVISUK, Itic
 ZOGHBIZ Z, Sami

Capítulo: Anzoátegui

Apellidos y Nombres

ANZOLA F., Carlos
 AVILA FIGUERA, Numan José
 BAPTISTA SIFONTES, Francis
 BARRIOS PÉREZ, Rafael
 BASTARDO PÉREZ, Francisco
 BELLO VALERA, Luis A.
 BENARROCH R., Alfredo
 BOUSQUET HERNÁNDEZ, José Alfredo
 CALADO LEAL, Carlos Manuel
 CANACHE PORRAS, Emelyn Josefina
 CASTILLO, Miguel Urbano
 CLAVEL PENSO, Rolando
 CONTRERAS FIGUEROA, Ramón A.
 CONTRERAS RODRÍGUEZ, Oscar José
 DÍAZ, Juan Bautista
 FLORES LAZARDE, Edgar
 GAMBOA BRITO, Gloria Elena
 GODOY JORDAN, Francisco
 GÓMEZ LEÓN, José Francisco
 GONZÁLEZ TEJERA, Ruben Eduardo
 GONZÁLEZ, Ovidio
 GRANADO GÓMEZ, Angel
 GUTIÉRREZ, Trino
 LICCIONI CEDEÑO, Gustavo Alfonso
 LÓPEZ MARIL, José Antonio
 MAITA MAITA, José Angel
 MAITA REGARDIZ, Néstor
 MALAVÉ CASANOVA, Hernán Nicolás
 MANRIQUE GONZÁLEZ, Sandra Josefina
 MARCANO HOFFMAN, Gilberto
 MARÍN ANDRADE, José Miguel
 MÉNDEZ MONTES, Miguel Esteban
 MONTES DE OCA SOTO, Gustavo A.
 MORON GONZÁLEZ, Yannellys del V.
 NEGRI CABALLERO, Claudio
 NORIEGA, Alirio Rafael
 PADILLA SOSA, María Gabriela

PÉREZ ONTIVEROS, Oswaldo
 PIMENTEL CORASPE, Eduardo E.
 QUINTERO RANGEL, Dairo
 REYES ZACARIAS, Pedro
 RODRÍGUEZ YILO, Cecilia
 RODRÍGUEZ MARCANO, Rosa M.
 RUSSELL CERRA, Waldemar Orlando
 SAIN SILVEIRA, Luis José
 SALAZAR FIGUEROA, Jesús
 SALOMÓN PÉREZ, Jorge Miguel
 SILVA BELTRÁN, Marcelo
 VILLALBA, Karin
 VELÁSQUEZ REYES, Narciso
 VIERA RODRÍGUEZ, Agustín
 ZACARÍAS, Yalitzá

Capítulo: Apure

Apellidos y Nombres

BARBATO INGENUO, Vicente
 BARRIOS ROMERO, Oscar Ramón
 DE ARMAS CLAVIER, Oswaldo
 LISCANO VALERA, Henry Wolfgang
 MONSERRAT, Orlando José
 MONTOYA SALAZAR, Sheyla Yessenia
 MUÑOZ CARRILLO, Rafael María
 OLIVARES CLAVIER, Gonzalo
 OLIVERO LAYA, Luis Enrique
 OROPEZA, Francisco
 PEÑA PALOMINO, Jorge Mauro

Capítulo: Aragua

Apellidos y Nombres

ALEJOS, Rafael José
 ALEJOS LIDERT, Carlos Alberto
 ALVAREZ C., Julio César
 ALVAREZ R., Euclides
 BERMUDEZ UROZA, Rafael
 BRAVO PALACIOS, Reina
 CARDOZO CHACÍN, José Isaac
 CARDOZO PIERANTI, Alberto
 CASILLI MARIANO, Ana Claudia
 CEQUEDA, Efrain Ramón
 CHINALOY, Michael
 CONTRERAS PALMA, Agustín
 CORDERO, José Alfredo
 CORREDOR QUIROGA, Alvaro
 CORREA, María del Carmen
 CUAREZ ALEJOS, Enrique C.
 DAVAUS MILLÁN, René José
 DÍAZ CORTEZ, Rafael Enrique
 FERRER VIVAS, María Solange
 FORTI, Néstor
 GAITÁN ROJAS, Rita

GARCÍA JAIMES, Blanca Rosa
 GÓMEZ ARIAS, Beltran
 GONZÁLEZ ZERPA, Ramón Alberto
 GONZÁLEZ, Julio César
 GREYNER YANEZ, Martín E.
 HERMOSO AGUIRRE, José Vicente
 HERNÁNDEZ CHIRINOS, Oscar Ramón
 LAREZ ALBORNOZ, Ramón
 LARREAL GODOY, Héctor
 LEÓN TERÁN Pedro Luis
 LUPO, Paulette
 MARTÍNEZ FUENTES, Pedro Alberto
 MENESES GONZÁLEZ, Nelson David
 MANTILLA PEROZO, Freddy E.
 ORTIZ PÉREZ, José A.
 PERDOMO, José
 POCAJ, Marcos
 RANGEL, Emilio
 RIVERO CRUCES, Dumar Amilcar
 ROFFE, León
 ROJAS GÓMEZ, Eymar José
 RON SOLORZANO, Saul José
 RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, José Antonio
 RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Robnald
 SANABRIA SILVA, Justo Efigenio
 SIFUENTES, Ramón
 SHIMKEVICH, Vladimir
 VARGAS, José Luis
 VERA, Félix
 VERA DÍAZ, Uber Antonio

Capítulo: Barinas

Apellidos y Nombres

AGUITON CONTRERAS, Rafael V.
 AZAN ZAYED, Fares Usama
 BRICEÑO PEÑA, Julio César
 BRICEÑO RONDON, Wilmar de Jesús
 CARRILLO FADUL, Miguel
 CONTRERAS LEAL, Antonio José
 CHIRINOS CERVANTES, Walter José
 FARÍAS HINOJOSA, Anibal
 FERRER BEBERAGGI, Eleazar
 HERNÁNDEZ, Rafael Oswaldo
 LISCHINSKY GRAUDY, Arnaldo S.
 MANRIQUE PICO, Gustavo Adolfo
 MONTERO RAMÍREZ, Ana María
 MUÑOZ CORTECIA, José Ignacio
 ORDÁZ RIVERA, Alvaro Enrique
 PÉREZ BARRIOS, Gustavo Rafael
 PÉREZ CRESPO, Humberto Enrique
 RIVAS, Nelson
 ROSALES MEDINA, José Alberto
 TAPIA CONTRERAS, José León

Capítulo: Bolívar**Apellidos y Nombres**

BARTOLOZZI MUÑOZ, Luis Manuel
 BETANCOURT NUÑEZ, Oswaldo A.
 BELISARIO P., Ricardo E.
 CAMPOREALE PLANCHART, José M.
 CAMPOS RENDON, Angel Rosendo
 CARVAJAL TRIAS, Argenis
 CEDEÑO, Esnardo
 CESIN DE LEÓN, Luisa M.
 DANIA VILCHEZ, Orlando José
 DE PACE LUCES, Alberto José
 FIGUEROA CHACÍN, Lenín
 GARCÍA, José
 GARCÍA, Miguel
 GARCÍA, Petronio
 GARCÍA FIGUERAS, Fernando
 GARCÍA MARCANO, Renny del Valle
 GHAYAR ISSA, Samih
 GIRON RODRÍGUEZ, Santo Rodolfo
 GÓMEZ, Ninoska
 HERNÁNDEZ FUENTES, Luis Aquiles
 HURTADO LARA, Agustín R.
 HURTADO SEGOVIA, Héctor
 LÓPEZ HERNÁNDEZ, José R.
 LÓPEZ PARRA, José A.
 LUCIC OLIVIERI, Ovidio
 MALLE PARA, Antonio A.
 MARADEY, Lino
 MARIÑA GAMARDO, Máximo Antonio
 MARTÍNEZ MACHORO, Julian A.
 MATHISON NATERA, Luis Eduardo
 MATOS, Carlos
 MAVARES MARTÍNEZ, Miguel R.
 MEZA, Hermes
 MIRANDA AGUILERA, Josefina Ana
 MOROS INCIARTE, José Gonzalo
 MORENO TORREALBA, José Ramón
 NASTASI NASTASI, Antonio
 NAVARRO MARTÍNEZ, José Jesús
 NAVARRO SOTO, Claudio A.
 NAVAS, Balbino
 OJEDA MONTOYA, Rita Aracelis
 PATIÑO GUDIÑO, Guillermo Alfonso
 PIÑATE, Santiago
 RABAT, Jorge
 RIVERA ZERPA, Carlos Manuel
 ROSARIO BARRUETA, Jorge Darío
 SALAZAR LUZON, José Antonio
 SEGOVIA PALACIOS, Luis
 SILVA CORDOVA, Manuel
 THULA RANGEL, Alberto José
 VALERY AVILA, Noel
 VANEGAS GARCÍA, Daniel Teodoro
 VERA MARTÍNEZ, Eufemia María

Capítulo: Carabobo**Apellidos y Nombres**

ACERO MARTÍNEZ, Jonna J.
 AGUILAR ROMERO, Luis A.
 ARTEAGA GÓMEZ, Alirio José
 BENAVIDES OSORIO, Lourdes
 BERMUDEZ, Orlando de Jesús
 BETANCOURT, Francisco
 BLANCO, Luis
 BRICEÑO CORTES, William
 BOADA de COLINA, Maristella
 BARBOUR, José
 CALDERA SÁNCHEZ, Arnaldo J.
 CIACCIA DE FERNANDES, Joyce Elina
 CAMPORA, Gian Carlos
 CANCEINI SEGURA, Luis Reinaldo
 CARICOTE, Luis Felipe
 CORRALES, Pedro J.
 DAHER RAMOS, Salim
 DEL PRETTE, Henry
 FERRER CAMACHO, José Antonio
 FERRI NICASSIO, Nino
 FLUMERI FIORETTI, Emilio Nino
 GADEA LÓPEZ, Carlos Manuel
 GADEA SÁNCHEZ, Carlos Javier
 GARCÍA CASTILLO, Frank Gregorio
 GONZÁLEZ CARRILLO, Miguel E.
 GUADA, Luis Francisco
 GUADA TORREALBA, William A.
 GUBAIRA BAHJOS, José Antonio
 GUBAIRA CAMPOS, José Eduardo
 GUBAIRA MENDOZA, José
 GUERRA MASS, Enrique
 GUERRA SAGARAZU, Oswaldo Raf.
 GRILLET, José Luis
 HARTMANN OTERO, Carlos Alberto
 HERNÁNDEZ LÓPEZ, Aura Damelis
 HUSSEIN ABDALLA, Khaled
 LÓPEZ JORDAN, Johnny Enrique
 LUGO MONTESINOS, Julio
 MADURO MAYTIN, Castor L.
 MALDONADO GONZÁLEZ, José Luis
 MÉNDEZ DÍAZ, Rafael Angel
 MELÉNDEZ PARRA, Humberto
 MIRANDA MARTÍNEZ, Ramón A.
 MORENO TORREALBA, José Ramón
 MORO MÉNDEZ, Braulio E.
 MUJICA TREJO, Juan Bautista
 NAVARRO, Mario
 NÚÑEZ, Lisandro
 ORTEGA GONZÁLEZ, Carlos Luis
 OSORIO, Lila
 PÁRRAGA FERNÁNDEZ, Rafael
 PENISSI PARRA, Oswaldo E.
 PÉREZ MARTÍNEZ, Alberto

PERFETTI CAVALIERI, Wilfredo
 PIETRI MATA, Carlos
 PIETRI PIFANO, Alfredo
 QUINTERO REYES, Mauro Angel
 REBOLLEDO PULIDO, Vilma E.
 REYES, Oswaldo
 RIERA LUGO, Alexis Ramón
 ROMANO CAMPI, José Augusto
 RINCONES CEDEÑO, Edgar
 RODRÍGUEZ, José Isidoro
 RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Manuel
 ROMERO D'EMPAIRE, Rafael Alberto
 RONDON HERNÁNDEZ, Manuel
 SAAB SAAB, Alaa
 SALAS BUSTILLOS, José Martín
 SALAZAR SANTIS, Alexis
 SANABRIA ACOSTA, Samuel Hernando
 SÁNCHEZ MAZZAFERRO, Rafael
 SARQUIS RAMOS, Elías
 SCARTON, Juan Carlos
 SEQUERA VARGAS, Carlos Iván
 SILVA CISNEROS, Douglas Gerardo
 SPINELLI RENES, Vicente
 SOMOGLY, Liliane
 TELLEZ UZCATEGUI, Ramón Eduardo
 TORO D'ALESSANDRO, Maximiliano
 TORRES STRAUS, Luis Guillermo
 TORTOLERO G., Federico
 TREMARIAS SABELLI, David Armando
 TRIANA, José Manuel
 UZCATEGUI DE MURGA, Nery J.
 VALERA MARTÍNEZ, Pedro Roberto
 VARELA G., Jesús
 VELAZQUEZ GUTIÉRREZ, Jesús Orlando
 VERDÚ LINARES, Carlos
 ZAMORA GRANADILLO, Eduardo S.
 ZITO ACHE, Jorge

Capítulo: Falcón

Apellidos y Nombres

ACOSTA CHIRINOS, Anniani
 ACOSTA, Milton
 BARBERA CORTELL, José Manuel
 BASCOM ABREU, Hugo
 BETANCOURT, Inés
 CABALLERO, Sonia
 CHÁVEZ LÓPEZ, Ma.Auxiliadora
 COLINA, Henry
 DE LA ROSA CEDEÑO, Jesús R.
 DI LORETO LIBERATORE, Roberto
 DÍAZ, José David
 GALINDEZ, Rafael José
 GARCÍA CORDIDO, José Angel
 GARCÍA CURIEL, Roger Eduardo

GONCALVEZ, Lourdes
 GONZÁLEZ, Eucario
 GONZÁLEZ, Ramón
 HIDALGO HIDALGO, Edgar José
 HURTADO, Pedro
 JORDAN, Eduard
 JURADO VAN GRIEKEN, Humberto
 LANOY, Jesús
 LEMUS M., José A.
 LÓPEZ DÍAZ, julio César
 LÓPEZ NAVARRO, Efraín
 MARÍN, Iskanden
 MARTÍN L., José M.
 MARTÍNEZ YEGUEZ, Gabriel J.
 MARTÍNEZ, Carmen
 MÉNDEZ, Dilia
 MENDOZA PEÑA, Yocher J.
 MOLERO ROMERO, Mario
 MOLINA MORAN, Sisoos
 MORA GOLFO, Delkys Antonio
 MOUMMAR EL MECHAL, Foaad
 NAVEDA, Ariel
 PÉREZ, José Leóncio
 PEROZO, Miguel
 PULGAR, María
 RAMÍREZ, Ligia
 REBOLLEDO, Miguel
 REYES ATACHO, Antonio Rafael
 RIQUEL NAVARRETE, Alexis
 ROMERO GUARECUCO, Jesús R.
 ROMERO, José Luis
 SALAZAR, Enrique
 SAMPOLLI PÉREZ, Silvio
 SEGOVIA, Rodrigo
 SOTO SÁNCHEZ, Leandro
 SOTO SÁNCHEZ, Rodolfo
 URBINA GONZÁLEZ, Carmen Luisa
 VALLEZ S., Plinio
 VELANDIA OLIVEROS, Rosalva C.
 VILLANUEVA, María
 VILLEGAS, Nidia
 YLARRETA ATACHO, Nancy Marilú

Capítulo: Guárico

Apellidos y Nombres

AREVALO URDANETA, Alirio A.
 BOYER IRIGOYEN, Neptalí
 CEDEÑO VALERA, José
 CHACÍN V., José
 CONTRERAS PALMA, Agustin
 CLAVO, Carlos Eduardo
 ELCOCK SARAWATARI, Eduardo José
 HERNÁNDEZ RAMOS, Pedro José
 ISKANDAN NAHAS, Rachid José

KAFRUNY ABUD, Yonde
 LEDEZMA M., Rafael
 MARTÍNEZ MOTA, Manuel Domingo
 MARTÍNEZ PONCE, Nellys Rosario
 MENDOZA DÍAZ, Freddy Ramón
 MUJICA NEIRA, Santiago José
 PÉREZ LAURENS, Isaura isabel
 RAMÍREZ, César Augusto
 REYES R., Ibrahim
 ROMERO CELIS, Belkys
 RUÍZ HIGUERA, José Guaicaipuro
 SANTAMARIA PINO, Luis Fermín
 SEIJAS GONZÁLEZ, Rafael
 SILVA, José Luis
 VELOZ RÍOS, Marcos
 VILLEGAS CAICEDO, Julio César

Capítulo: Lara

Apellidos y Nombres

AGUIRRE FREITES, Sergio R.
 ALCALÁ PALENCIA, Manuel
 ARIAS BELLO, Humberto
 BALSAMO, Guissepe
 BERLANGA GONZÁLEZ, Luis
 BORZELLINO FALZONE, Diego
 BRICEÑO ANGEL, Teresa
 BRICEÑO, Carlos Alberto
 BRICEÑO GONZÁLEZ, Abel Ovidio
 CALDERON CONTRERAS, Carlos A.
 CADENA ANGARITA, Hugo
 CASTELLANO CARRUYO, Hermes
 CASTILLO ROJAS, Manuel E.
 CASTRO, José
 COLMENARES RODRÍGUEZ, Pablo
 COLMENARES, Paúl
 CORDERO CAMACHO, Eulogio
 DAO, Luis
 DE LIMA LEÓN, Angel Eduardo
 DEPABLOS USECHE, Cirilo
 DÍAZ, Oscar
 DI SARLI CAPOZOLLI, José Nicolás
 FIGUEROA ROMERO, Blanca Isabel
 FRONTE, Antonio
 GATTI P., Elizabeth
 GONZÁLEZ ANZOLA, José Ma.
 GONZÁLEZ C., José
 GONZÁLEZ G., Miguel Angel
 GONZÁLEZ SÁNCHEZ, Daniel
 GOZAINÉ, José Manuel
 GUERRERO GONZÁLEZ, Manuel
 GUEVARA, Shirley
 GUIRNALDO FERÍA, José Francisco
 GUTIÉRREZ, Luis Alberto

HERNÁNDEZ M., Martín José
 HERNÁNDEZ ROUTMAN, Kalamy
 KIRIAKIDIS P., Constantino
 LIRA SOTO, Nieves María
 LONGHI DE KIRIAKIDIS, Josefina
 LÓPEZ DE RODRÍGUEZ, Digna Isabel
 MAGO, Hernán
 MAJANO SÁNCHEZ, Franklin A.
 MANAURE, Moisés
 MARRERO ESCAR, Arturo
 MARTÍNEZ, Luis Eduardo
 MARTÍNEZ, Nelson Rafael
 MEDINA DE PEREIRA, Ruth
 MEDINA V., Luis Enrique
 MILIANI, Ana Cecilia
 MONSALVE, María Teresa
 MONTES DE OCA, Gerardo
 MOSQUERA SUÁREZ, Otto
 ORTEGA HERRERA, Bernardo
 OVIEDO, Eudomar Jesús
 PACHECO VIERAS, José Luis
 PARADA, Jesús María
 PIRE CORDERO, Rafael
 PORRAS V., Zoraida
 QUINTERO R., Gustavo
 RODRÍGUEZ MORALES, Ramón
 ROJAS MELÉNDEZ, Juan Carlos
 ROJO Y., Vicente E.
 RUÍZ MARTÍNEZ, Nelson
 RUÍZ R., Angel A.
 SALDIVIA S., Juan Bautista
 SANCHIS P., Rosa Ma.
 SANTOS MONASTERIOS, Ramón
 SUÁREZ CORDERO, Alberto L.
 TANG SANGRONIZ, Ana Victoria
 TOVAR ANZOLA, Miguel Alfredo
 URIBE, Jorge
 VARGAS MATOS, Nancy V.
 VÁSQUEZ S., Ramón
 VÁSQUEZ PINEDA, Marcos José
 YEPEZ DE GONZÁLEZ, Ma. Soledad
 ZAPATA ROJAS, Amelia Carolina

Capítulo: Mérida

Apellidos y Nombres

AZUETA ARAUJO, Enrique
 AVENDAÑO ANGOLA, Juan Carlos
 CONCHO HANS, José
 FEBRES CORDERO, Diego
 FERREIRA GUERRERO, Eluvia M.
 GARCÍA CAJIAO, Mónica Elena
 GIL CÁMARA, Dina Luzia
 IBAÑEZ, José Vicente
 MARCANO, Pedro

MORENO DE CORDERO, Nélica Iris
 MOLINA, Luis Alfonso
 ORTIZ, Segundo
 PACHANO, Rafael
 PAREDES, Pablo
 PÉREZ PACHECO, Luis
 RAMÍREZ LABRADOR, Nelson E.
 RIOS, Orlando
 SPINETTI RIVERA, Demian Alonso
 TORRES DUGARTE, Carlos G.
 UZCÁTEGUI PAZ, María Celeste
 VENEGAS DE GRIJALVA, Evelyn M.
 ZAMBRANO FERRE, Werner A.

Capítulo: Monagas

Apellidos y Nombres

ALVES GOICETTI, Carmen Irene
 ARABIA, Freddy
 AROCHA HERRERA, José Guillermo
 BATTIKHA NOUNOU, Marisol
 CARRERA BOADA, Jesús
 CHAMCHAMIRE Q., Freddy J.
 DÍAZ MARCANO, Roger Gregorio
 FARIÑAS RODRÍGUEZ, Luis Alberto
 GARCÍA DELGADO, Antonio Luis
 GARCÍA ROMERO, Luis José
 GONZÁLEZ BEJA, Tania
 GONZÁLEZ FIGUEROA, Rafael José
 GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, Yutsy Coromoto
 GUEVARA PALERMO, Elia Alejandrina
 GUZMÁN, Antonio
 HERRERA TORTOLERO, Héctor
 LEAL ROSARIO, Ely Ramón
 MARÍN GARCÍA, Pedro Antonio
 MARTÍ, Pedro
 NATERA GARCÍA, Carlos Alberto
 NATERA ZAMORA, Pedro Alcibiades
 OLIVO VALDIVIESO, José Luis
 ORTEGA ALBORNOZ, Luis Antonio
 ORTEGA MAGO, Antonio
 PALACIOS DÍAZ, Aquiles Rafael
 PLAZA CABELLO, Oger Darío
 RIVAS ALVAREZ, Javier
 RODRÍGUEZ CHAPARRO, Yira C.
 RODRÍGUEZ ORTIZ, Pedro Pablo
 SALAS, Daniel
 TOUSSAINT DÍAZ, Abiezer Francisco
 TORRES YIBIRIN, Omaira Magdalena
 VALDERRAMA ROSSI, Ruben D.

Capítulo: Nueva Esparta

Apellidos y Nombres

AVELEDO, César
 BARRIOS, Carlos
 BELLO CARDOZO, Luis Rhamsés
 BRITO, Carlos

EDDE A, Roberto A.
 FERMIN, Beltrán
 FERNÁNDEZ, Luis
 FIGUEROA, Freddy
 GARCÍA, Miguel
 HERNÁNDEZ, Enrique
 LAURETTA MORANTE, Paolo R.
 MANSOUR, José
 NARVAEZ, Carlos
 NARVAEZ SILVA, Manuel A.
 NARVAEZ, Antonio
 NESSI, Zuly
 RIVAS, Graciela
 RODRÍGUEZ GAMERO, Luis A.
 RUÍZ, Carlos
 SALAZAR, Miguel
 SANABRIA, Pedro
 SANINT, Carlos
 SANTAMARIA ALVAREZ, César
 ZIRI-CASTRO AMORIN, Roxana M.

Capítulo: Yaracuy

Apellidos y Nombres

CASTRILLO, José Luis
 CORTEZ BETANCOURT, Julio A.
 CUESTA RUÍZ, José María
 ESCALONA, William
 FIGUEREDO, Leida
 GONZÁLEZ DE ALVARADO, Rosa Elena
 ISEA SANGRONI, Bolívar de Jesús
 MÉNDEZ, Edgardo
 PARRA ESCALONA, Saul
 PEREIRA DE MONTILLA, Alcira
 TORRES ROJAS, Antonio J.
 VINZO MOLINA, Ricardo

Capítulo: Sucre

Apellidos y Nombres

ANGULO S., Pastor
 AGUILERA MUÑOZ, Jesús José
 ARMADA FARFAN, Gilberto
 ARROYO GÓMEZ, Alfonso
 CARMONA GRANERO, Santiago
 CUENCA DE FIGUEROA, Olga
 DE FREITAS FLORES, Henry
 FIGUEROA, Rafael
 GARCÍA BARRETO, Cruz
 GARCÍA QUIJADA, Pablo A.
 GUARACHE, Luis Felipe
 GUEVARA, Wilman
 GUZMÁN TELLERÍA, Eduardo
 MATA ESTABA, Angel
 MAURELL GARCÍA, Irving
 MEAÑO, Jesús
 MORA VALLEJO, Jesús Simón

NASSAR G., Pedro E.
 PEREIRA VELÁSQUEZ, Jesús Antonio
 PONCE DUCHARNE, Luis
 REINA SEIJAS, Miguel Eduardo
 REYES DE DAOULATLI, Teresa
 RODRÍGUEZ, Jairo José
 RODRÍGUEZ VIVENES, Gustavo J.
 RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Diogenes
 ROJAS DE RODRÍGUEZ, Zurama
 SALAZAR G., Francisco
 SALDIVIA ZAPATA, Ismeldo R.
 SALGADO CAMACHO, María Rosalia
 SOTO MARCANO, José Cruz
 UGAS TOVAR, Antonio J.

Capítulo: Táchira

Apellidos y Nombres

ALBERTINI BERMUDEZ, Carlos
 ALEZARD R., Carlos
 ANZOULATOS, George
 ARGUELLO R., Rodrigo A.
 ARRIETA, Norman
 BARRIOS TORNERO, Carmen Gloria
 BETANCOURT RAMÍREZ, Angel
 CASTAÑO, Gonzalo Héctor
 CASTELLANOS MENESES, José A.
 CASTILLO, José Ramón
 CONTRERAS PEÑUELA, Jesús M.
 COTUA DE MORA, Luisa
 DURAN REYES, Lina Lorena
 FOSSI SOULES, Luis
 JOYA DE CASTILLO, Rebeca
 GARCÍA ZAMBRANO, Gustavo Adolfo
 GALVIZ VELANDRIA, Rafael
 GONZÁLEZ VALECILLOS, Hernán
 GONZÁLEZ DE FOSSI, Angela
 GONZÁLEZ ROMERO, Jesús
 GRANADOS RUÍZ, Pedro
 GRANADOS, Ramón
 GRECO LAPORTA, Mario A.
 GUERRERO OVALLES, Rafael E.
 GUTIÉRREZ Magnio, Rusbeth R.
 HARD, Sami
 HERNÁNDEZ DE VERNAEZ, Trina
 HERNÁNDEZ GARCÍA, Greys O.
 HERNÁNDEZ MOGOLLON, Félix
 HERNÁNDEZ VEJAR, Francisco E.
 JAIMES MARTÍNEZ, Carlos G.
 JURADO, Miguel
 MANCIPE CASTRO, Gerson E.
 MARQUINA, Ismael
 MARTÍNEZ BAPTISTA, Carlos A.
 MATAMOROS DE LÓPEZ, Mariela
 MÉNDEZ MORENO, José

MOGOLLON S., Samuel
 MORA GALLARDO, José Gerardo
 MORALES M., Félix E.
 MURZI MATAMOROS, Hugo E.
 NEGRON A., Nelson
 NOGUERA CHACÓN, Samuel
 NUÑEZ BORREGO, Asdrúbal
 NUÑEZ VÁSQUEZ, Jorge Arturo
 PADILLA, Francisco
 PÁEZ PÉREZ, Víctor
 PADILLA, Alvaro
 PADILLA, Francisco
 PARADA CHACÓN, Jesús M.
 PARRA CHACÓN, Luis Alberto
 PATIÑO MÁRQUEZ, José de Jesús
 PÉREZ DUQUE, Gerardo
 PETRILLI DE CRESENTI, Antonio
 PINEDA CARDENAS, Hermán
 PIRRONGELLI, Marco Tulio
 PORRAS DURÁN, Luis Alberto
 RAMOS, Edgard
 RAMÍREZ MORA, Luis Alexander
 RIVERA MORA, Juan J.
 RODRIGO MOLINA, Eduardo A.
 ROMERO FERRERO, Francisco
 RUÍZ, Hernán
 SÁNCHEZ LAGOS, Luis Daniel
 SÁNCHEZ MÉNDEZ, Antonio Ramón
 SERMAN BARRIOS, Isaac
 TERAN R., Carlos J.
 TREJO MANDONADO, Pedro J.
 USECHE DE A., Nerza
 VALERA VILLARROEL, Elio de J.
 VALERA MORALES, Rodolfo
 VELÁSQUEZ VILLARROEL, Elio de Jesús
 VIZCAINO S., Jesús

Capítulo: Trujillo

Apellidos y Nombres

ABASCAL, Luis Eduardo
 ALBARRÁN, Tobías
 CARRILLO VIVAS, Silvio Horacio
 CERESO, Mauro
 CHOCHRÓN, Alberto
 CORSINO, Víctor
 CRUZ, Adalberto
 GONZÁLEZ G., Héctor
 HERRERA, Alba Estrella
 LUJANO, Armando
 MATOS RAMÍREZ, Omar
 MONTILLA, Gustavo
 NAVA RULLO, Oscar
 PACHECO, José Luis
 PEÑA, José Antonio

PÉREZ BARRETO, Antonio José
 PÉREZ BENCOMO, Jorge
 PÉREZ, Gladys
 RIVAS, Hugo
 RODRÍGUEZ, Julio César
 RUÍZ, Alfredo
 TORRES P., Juan G.
 VILORIA, Alfredo
 VILORIA, Leonardo
 YÁNEZ, Juan

Capítulo: Zulia

Apellidos y Nombres

AL AWAD, Adel
 ACEVEDO NOVOA, Hernán D.
 ACOSTA G., Jesús
 ACOSTA VALE, Rafael
 ALBORNOZ PRIETO, Anaximenez
 ALVARADO PULGAR, Eliécer
 ANDRADE MANZANERO, Antonio
 ANDRADE TORRES, Antonio José
 ANDRADE TORRES, Ferdinando Antonio
 ARAMBULO DE BORIN, Odalis
 ARAUJO ALDAZORO, Atilio Alfonso
 ARAUJO BELLOSO, Alfonzo
 ARAUJO CUAURO, Juan Carlos
 ARCAYA PACHECO, Ivan
 AZUAJE, Héctor
 BARBOZA Q., Pedro José
 BARBOZA, Rafael
 BARRETO, Guillermo
 BELLO MATA, Hernán
 BELTRAN, Fermín
 BETANCOURT, Inés María
 BORIN, Mario
 BORJAS TIGRERA, Guillermo S.
 BRAVO GONZÁLEZ, Luis G.
 BRAVO GONZÁLEZ, Riccio
 BRAVO GONZÁLEZ, Simón
 BRAVO, Gilberto José
 BRICEÑO, Carlos Alberto
 BRICEÑO, Luis Guillermo
 BRICEÑO, Simón Andrés
 BURGOS DEL MORAL, Eliezer
 BUSTAMANTE PÉREZ, Leonardo
 CAMPBELL RAMBERT, Marianella B.
 CARRILLO, Miguel
 CARRUYO MÁRQUEZ, Abraham
 CASAS CORDERO, Orlando
 CASAS RINCÓN, Vinicio
 CEDEÑO MALDONADO, Enrique José
 CHACÓN MORANTE, Valmore
 CHAPARRO FLORES, José Angel
 COLINA CAMERO, José
 COLMAN P., Edgar
 COLMENARES, Dora María
 DA SILVA APONTE, Juan B.
 DELGADO, Iván
 DÍAZ ARAUJO, Felipe de Jesús
 DÍAZ, J.
 DORFMAN GEMER, Saúl
 DURAN VILLALOBOS, Luis Alfonso
 FERNÁNDEZ MORA, José
 FERNÁNDEZ SUÁREZ, Gabriel
 FERRER PELEY, Reyes
 FERRER HERNÁNDEZ, Carlos
 FLORES HERNÁNDEZ, Daniel
 FLORES, José
 FORTIQUE, José R.
 FOSSI, Carlos (USA)
 FRAGOSO ROZO, María Esther
 FUENMAYOR GALUE, Alberto
 FUENMAYOR, Alejandro José
 GARABAN E., Edgar José
 GARCÍA DE BOHORQUEZ, María del Pilar
 GARCÍA DÍAZ, José
 GARCÍA ELJURI, Luis Rafael
 GÓMEZ GÓMEZ, Ricardo
 GÓMEZ V., Juan B.
 GÓMEZ, Pompilio J.
 GONZÁLEZ BRICEÑO, Leonardo
 GONZÁLEZ CHACÓN, Cherry
 GONZÁLEZ POSE, Rogelio
 GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Jacobo G.
 GONZÁLEZ, Douglas
 GONZÁLEZ, Norberto
 GOUDET MÉNDEZ, Gonzalo Adolfo
 GUERRA A., Eliut
 GUZMÁN TORO, Fernando José
 GUZMÁN, José Ramón
 HERNÁNDEZ DEL G., Miguel
 HIDALGO ORTEGA, Jesús E.
 HINESTROZA VALBUENA, Dilmo Ant.
 HINESTROZA, Leóncio
 JIBARA, Adel
 JIMENEZ ORTEGA, Armando
 JIMENEZ SÁNCHEZ, Jorge E.
 KUNATH, Sneyder
 LAURETTA BOSCÁN, Juan Felipe
 LEONARDI TROCONIS, Regulo Jesús

LUQUE MARQUINA, Angel Segundo
LUZARDO B., Mario
LUZARDO PULGAR, Nerio José
MAROSO ITURBE, Juan B.
MATA B., Hernán
MIQUELENA, Raúl
MOLINA BRAVO, Heberto
MOLINA COLINA, José Luis
MONTERO V., Orlando
MONTIEL BOSCAN, Alejandro
MONTIEL R., Ricardo
MONTIEL VILLASMIL, Darío
MONTIEL, Leandro
MORA GALLARDO, José G.
MORALES GARCÍA, Dimas
MORALES M., Hugo
MORALES MANZUR, José Alberto
MORALES OJEDA, Edixon Luis
MORALES SÁNCHEZ, David
MORAN BARRIOS, Carlos
MORENO FINOL, Calimer de Jesús
MORENO VALBUENA, José
MOSQUERA MARTÍNEZ, Otto Fernando
MUÑOZ GONZÁLEZ, José Rolando
NEGRÓN GONZÁLEZ, Evanan
ORTIGOZA GONZÁLEZ, Aulo de J.
OSORIO BOZO, Sergio
OSORIO MORALES, Sergio
PADILLA, José Luis
PADRÓN VELARDE, Francis Manuel
PAREJO GONZÁLEZ, Luis
PARODI H., Luis E.
PARRA BERNAL, Enrique
PARRA G., Edinson Alberto
PEROZO QUINTERO, Fernando
PETIT, Luis Felipe
PIRELA, Francisco
POLANCO, Anel Jesús
PULGAR LUGO; Yadira Rosa
RAMÍREZ BRACHO, Luis Ramón
RAVINOVICH SALCEDO, Edgar Enrique
REPIZO ABELLO, Luis Enrique
REYES POLANCO, Josué
REVEROL VILLASMIL, Fernando José
RICHIANI N., Kaled
RÍOS HERNÁNDEZ, Braulio José
RIVERA OROZCO, Humberto
RINCÓN REYES, Hiliana del Valle
ROBERTI GONZÁLEZ, José Manuel
RODRÍGUEZ, Alexis
ROMAY, Rafael José
ROMERO, Raúl
ROSADO F., Alí
ROSAL, José Luis
ROSALES VILORIA, Ana Karelis
RUÍZ SALAS, Gonzalo
SALAZAR, Wilfredo de Jesús
SÁNCHEZ, César
SERIZAWA SERIZAWA, Alfonso E.
SOCORRO MORALES, Alfonso
SOTO MATOS, Rafael
SUÁREZ OCANDO, Darío
TORRES POLANCO, Juan
TORRES RIVAS, Jairo
TROCONIS G., Gustavo
URDANETA BOSCAN, Freddy
URRUTIA M., Adolfo E.
URRUTIA, Marcos
UZCÁTEGUI LOBO, Rafael A.
VALBUENA, Eduardo
VALBUENA RINCÓN, Rafael
VALLADARES NUÑEZ, Rosa I.
VÁSQUEZ URIBE, Alejandro
VERA, Guillermo
VÍLCHEZ, José
VIZCAÍNO SALAZAR, Jesús Guillermo
WANDERLINDER CÁRDENAS, Luis Enrique

ÍNDICE ACUMULATIVO DEL VOLUMEN Nº 58

ÍNDICE DE AUTORES

Al Awad, Adel. "Carcinoma papilar en un quiste tirogloso: reporte de un caso."	A propósito de un caso.".....	120
Albornet, Zhina . Ver Gardie, Juan.....	Mujica, Juan C. "Traumatismo de pene en el Hospital Dr. Domingo Luciani.".....	97
Araguayan, Hector. Ver Navarro, José.....	Nakhal, Elías. Ver Sánchez, Alexis.....	68
Arias, Euro. Ver Al Awad, Adel.	Navarro, Bexaida. Ver Navarro, José	58
Barbeito, Javier. Ver Gardie, Juan	Navarro, José. "Eficacia del ultrasonido intraoperatorio en el tratamiento quirúrgico de lesiones mamarias.".....	58
Benitez, Gustavo. Ver Sánchez, Alexis.....	Nunez, Ana. Ver Gardie, Juan.....	13
Benotto, Jenny Ann. Ver Moreno, Astrid.....	Ovalles, Valentina. Ver Godoy Briceño, Alí.....	1
Berrios Quintero, Marcial. "Producción del neumoperitoneo en cirugía laparoscópica. Técnica abierta vs técnica cerrada.".....	Pacheco, María. "Semblanza del Dr. Francisco Plaza Izquierdo".....	171
Bracho, Ediu. Ver Godoy Briceño, Alí.....	Pestana, José. Ver Ramirez Larez, Rafael.....	24
Burrow, Lewis. Ver Gattorno, Federico.	Pietri, Miguel. Ver Zito, Jorge.....	53
Cammarata, Francisco. Ver Uzcategui, Estrella.....	Pinto, Eliana. Ver Godoy Briceño, Alí.....	1
Campos, Mariana. Ver Berrios Quintero, Marcial	Pinto, Gustavo. Ver Ramirez Larez, Rafael.....	24
Cardozo, Alberto. Ver Ramirez Larez, Rafael.....	Plata, José . Ver Uzcategui, Estrella.....	48
Cercone, Luis. Ver Moreno, Astrid.....	Puerto P., Carlos. Ver Quintero Carlos.....	78
Chang Chu, Francisco. Ver Godoy Briceño, Alí.....	Pujadas, Zoe. Ver Sánchez, Alexis.....	68
Chang, Willian. Ver Berrios Quintero, Marcial.....	Quintero, Carlos. "Valoración de factores pronósticos con el índice de trauma abdominal.".....	78
Chirinos, Jhonan. Ver Al Awad, Adel	Ramirez Larez, Rafael. "Cirugía bariátrica.".....	24
Chow, Gladis. Ver Al Awad, Adel	Roberti, José. Ver Ramirez Larez, Rafael.....	24
Contreras, Antonio. Ver Moreno, Astrid.....	Rocha, María. Ver González, Gabriela.....	108
Cordero, Adriana. Ver Godoy Briceño, Alí.....	Rodriguez, Omaira. Ver Sánchez, Alexis.....	68
De Abreu, José M. "Traumatismo cervical penetrante en cirugía general"	Ruiz Gallad, José. Ver Godoy Briceño, Alí.....	1
Delgado, Gueisy. Ver De Abreu, José M	Salas, Ismael. Ver De Abreu, José M.	
Diegoz, Vicente. Ver Mujica, Juan C.....	Sánchez Méndez, Antonio. "Homenaje al Dr. Jesús González Romero.".....	124
Dubois, Rinci. Ver Sotelo, René	Sánchez, Alexis. "Exploración laparoscópica de la vía biliar".....	68
García Segui, Alejandro. Ver Sotelo, René	Sánchez, Anny. Ver Uzcategui, Estrella.....	48
Gardie, Juan. "Efecto preventivo de la Pentoxifilina intraperitoneal en la formación de adherencias postoperatorias en ratas".....	Sánchez, Anny. Ver González, Gabriela.....	108
Gattorno, Federico. "Diuresis durante la nefrectomía laparoscópica asistida. Estudio prospectivo de 25 casos.	Santander, Martín. Ver Zito, Jorge.....	53
Godoy Briceño, Alí. "Traumatismo vascular de abdomen: factores predictivos de mortalidad.".....	Serva, Luisa. Ver Mujica, Juan C.....	97
Godoy, Alí. Ver De Abreu, José M	Serva, Luisa . Ver Mujica, Juan C.....	120
González, Gabriela. "Casuística de cáncer de mama durante el quinquenio 2000-2004 en el IAHULA.".....	Sotelo, René. "Prostatectomía radical laparoscópica. Refinamiento de la técnica para la preservación de bandas neuromusculares"	
Gubaira B., José A. Ver Zito, Jorge	Szemat, Ricardo . Ver Mujica, Juan C.....	97
Gubaira M., José A . Ver Zito, Jorge.....	Tapia, José. Ver Uzcategui, Estrella.....	48
Ibrahim, Nicolas. Ver Godoy Briceño, Alí.....	Téllez Canro, Nelson G. Ver Quintero Carlos.....	78
Keklikian, Wartan. Ver Sotelo, René	Uzcategui, Estrella. Ver González, Gabriela.....	108
La Forgia, Giambattista. Ver Sánchez, Alexis.....	Uzcategui, Estrella. "Adenoma vellosos del colédoco con transformación maligna hacia adenocarcinoma bien diferenciado.".....	48
Labastida, Cesar. Ver González, Gabriela.....	Valero, Rair. Ver Sánchez, Alexis.....	68
Luna, María T. Ver Mujica, Juan C.....	Viso Rodriguez, Julian. Ver Zerpa Zafrane, Miguel.....	36
Luna, María T. Ver Mujica, Juan C.....	Vivas A., José F. Ver Quintero Carlos.....	78
Machado, Tomas. Ver De Abreu, José M.	Wagner, Gaston. Ver Godoy Briceño, Alí.....	1
Martínez, Juan C. Ver Berrios Quintero, Marcial.....	Yanez, Carlos. Ver Quintero Carlos.....	78
Medina, Wilfredo. Ver Mujica, Juan C.....	Yanez, Rosalucina. Ver Navarro, José.....	58
Michael, Edye. Ver Gattorno, Federico	Zambrano, Victor. Ver Al Awad, Adel	
Molina, Luis. Ver Uzcategui, Estrella.....	Zamora, Carolina. Ver Mujica, Juan C.....	97
Monteros, Juan P. Ver Quintero Carlos.....	Zerpa Zafrane, Miguel. "Remembranzas del Dr. Fernando Rubén Coronil.".....	36
Moreno, Astrid. "Manejo de la patología tiroidea en el Hospital General Dr. Jesús Yerena. Lidice.".....	Zito, Carlos. Ver Zito, Jorge.....	53
Mujica, Guillermo. "Bodas de Oro profesionales del Dr. José A. Gubaira Bahjos".....	Zito, Jorge. "Hemorroidectomía con el uso del bisturí armónico.".....	53
Mujica, Juan C. "Leiomiomas en cordón espermático.		

ÍNDICE ACUMULATIVO DEL VOLUMEN N° 58

ÍNDICE DE MATERIAS

Adenocarcinoma de Colédoco. Uzcátegui, Estrella y col..48	Leiomiocarcinoma. Mujica; Juan y col.....120
Adenoma Velloso. Uzcátegui, Estrella y col.....48	Localización intraoperatoria. Navarro, José y col.....58
Adherencias postoperatorias. Gardie, Juan y col.....13	Mama, Cáncer de. Gabriela Gonzalez y col.....108
Aguja de Veress. Berrios, Marcial y col.....41	Mama, Cáncer de. Navarro, José y col.....58
Albúmina. Quintero, Carlos y col.....78	Mama, Tumores de. Navarro, José y col.....58
Bandas neuromusculares. Sotelo, René y col.....156	Nefrectomía Laparoscópica. Gattorno, Federico y col..146
Bisturí Armónico. Zito, Jorge y col.....53	Neumoperitoneo. Berrios, Marcial y col.....41
Cáncer de Esófago. Barrios, Rafael.....27	Pentoxifilina. Gardie, Juan y col.....13
Casística de .Cáncer de mama. Gabriela Gonzalez y col.108	Peritoneo. Gardie, Juan y col.....13
Cirugía Bariátrica. Ramirez Larez, Rafael.....24	Prostatectomía Radical Laparoscópica. Sotelo, René y col..156
Cirugía Laparoscópica. Berrios, Marcial y col.....41	Quiste Tirogloso. Al Awad, Adel y col.....140
Cirugía Laparoscópica. Berrios, Marcial y col.....68	Tiroides, Carcinoma papilar de. Al Awad, Adel y col....140
Colédoco, Adenocarcinoma de. Uzcátegui, Estrella y col....48	Tiroides, Patología de. Moreno, Astrid y col.....102
Coledocolitiasis. Sánchez, Alexis y col.....68	Trauma Abdominal. Alí, Godoy y col.....1
Cordón espermático. Mujica, Juan y col.....120	Trauma Abdominal. Quintero, Carlos y col.....78
Discurso Inagural Dr Luis A. Molina.....31	Trauma Toraco Abdominal. Bollici, Luis.....26
Disfunción eréctil. Mujica, Juan y col.....97	Trauma Vasculat. Alí, Godoy y col.....1
Dr Fernando Rubén Coronil.....37	Trauma, factores pronósticos en. Quintero, Carlos y col.....78
Dr Jesus Gonzalez Romero.....124	Trauma, Índices de. Quintero, Carlos y col.....78
Dr Luis Felipe Barreto Garcia.....35	Traumatismo cervical penetrante, De Abreu, José y col..133
Dr. Armando Márquez Reverón.....87	Traumatismo de pene. Mujica, Juan y col.....97
Dr. José Antonio Gubaira Bahjos.....129	Traumatismo perineal. Mujica, Juan y col.....97
Dr. Francisco Plaza Izquierdo.....171	Trocar de Hasson. Berrios, Marcial y col.....41
Hemorroidectomía. Zito, Jorge y col.....53	Ultrasonido. Navarro, José y col.....58
Laparoscopia. Sánchez, Alexis y col.....68	Via Biliar, exploración de. Sánchez, Alexis y col.....68

PRÓXIMOS EVENTOS

- VII Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica ALACE, a celebrarse del 10 al 16 de julio de 2006 en South Beach Miami. Informa Monumental Tours. Tlfs: 7629466 al 69 – 7625696-5725.

-XXXII Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Cirugía, 22 – 25 de Agosto de 2006 en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada – Bogotá Colombia.

-
LXIII Jornada Nacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía, en conjunto con el VIII Congreso Venezolano de Residentes de Cirugía (SOVERCI) y III Jornadas andinas de Mastología, tendrá como sede el Centro de Convenciones Mucumbarila en la Ciudad de Mérida, los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2006. Fecha límite de recepción de trabajos 15 de Septiembre de 2006.

Información:

S.V.C., Av. Sucre de los Dos Caminos, Centro Parque Boyacá, Torre Centro, Piso, 17, Ofc. 173. Tlfs: 0212-2868459/8106.

AS` Event C.A., Calle Gracilaso, Centro Polo, Torre A, Piso 8, Ofc. 83, Tlfs: 0212-7515629/6552/8338.

S.V.C. Capítulo Mérida: (0274) 2510471, Av. 5 entre calles 25 y 26, Centro Profesional Mamaicha Piso 1, Local 1-1.

En el servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas, se dará inicio a los cursos prácticos de Cirugía Laparoscópica, dirigidos a los residentes de postgrado, cuyo objetivo es adiestrar a los cursantes en el manejo y cuidado del equipo laparoscópico y las técnicas quirúrgicas necesarias para llevar a cabo las cirugías más comunes en la práctica laparoscópica. El primer curso será dictado del 26 al 30 de Junio de 2006, con participación de dos residentes provenientes del Estado Zulia.

-“Bypass Gástrico por laparoscopia”, evento científico a realizarse 27 y 28 de Abril de 2006 en la Clínica El Ávila.

- II Jornadas Gastroquirúrgicas en patología digestiva, 31 de marzo y 1º de abril de 2006, en el Hotel Intercontinental de Valencia.

Reuniones interhospitalarias:

04/02/2006, Hospital Universitario de Caracas, actualización del tema: Cirugía hepato-biliar.

25/03/2006, Hospital “Domingo Luciani”
06/06/2006, Hospital “José Gregorio Hernández”

FÉ DE ERRATA

En la publicación de volumen 58-3, por error involuntario de esta editorial no se publicó el siguiente resumen y abstract correspondiente al artículo "Manejo de la patología quirúrgica tiroidea en el hospital general "Dr. Jesús Yerena". Lidice" Pag. 102.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el manejo de 45 pacientes con patología quirúrgica tiroidea, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Jesús Yerena.

Métodos: Estudio retrospectivo de 45 pacientes con enfermedad tiroidea manejados en el Servicio de Cirugía General entre 1994 y 2004.

Ambiente: Servicio de Cirugía General del Hospital " Dr. Jesús Yerena".

Resultados: El 77,77% de los pacientes fueron del sexo femenino, en un grupo etario entre los 20 y 40 años. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes: Nódulo Tiroideo Unilateral (28,88%) y bocio multinodular (22,22%). Las biopsias postoperatoria reportaron Cáncer Papilar 7 (21,87%), Quiste Tirogloso 5(15,62%) ; y 4(12,5%) Hiperplasia Nodular. Coincidió el resultado del Ecosonograma Tiroideo y el hallazgo operatorio en un 91,89%. Se realizaron 5 Tiroidectomías Totales. De los 445 pacientes operados 11(24,44%) presentaron complicaciones, 2 pacientes tuvieron lesión del nervio recurrente. En el 66,66% coincidió el diagnóstico de PAAF y el corte congelado. En el 37,5 % coincidió el diagnóstico del corte congelado y biopsia definitiva, y en 76,92% coincidió la PAAF con la biopsia definitiva.

Conclusión: El manejo de la patología tiroidea es un trabajo integral, que empieza desde el minucioso interrogatorio, la solicitud de los pertinentes paraclínicos, siendo el

Ecosonograma y la PAAF, los más confiables. La extensión de la cirugía, dependerá del hallazgo y la experiencia del cirujano.

Palabras clave: Ecosonograma, PAAF, Tiroidectomía.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF SURGICAL THYROID PATHOLOGY

Objectives: To evaluate the management of 45 patients with surgical thyroid pathology.

Methods: A retrospective review of 45 histories of the patients of General Surgical Service, between 1994 and 2004.

Environment: General Surgical Service of Hospital " Dr Jesús Yerena". Lidice.

Results: 77,77% of the patients were of female sex, with ages between 20 and 40 years old. The most frequent diagnostic was Unique Solitary biopsy: Papillary Cancer (21,87%), Cyst THYROGLOSO (15.62%) there was coincidence between the results of thyroid ecosonograma and surgery findings in 91,89% 5 Total Thyroidectomys were done, 11(24,44%) need complications post surgery; 2(4,44%) need permanent damage. In 66,66% of patients there was coincidence between PAAF and (frozen biopsy). 37,5% there was coincidence between and final biopsy; and in 76,92% between PAAF and final biopsy.

El grupo Editorial Informe Médico notifica que en la pasada edición Vol. 58 Nº 3 por error involuntario se colocó el Logotipo de la Sociedad Venezolana de Urología en lugar del logotipo de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Solicitamos disculpas y asumimos la responsabilidad ante esta respetable sociedad y sus agremiados.