

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

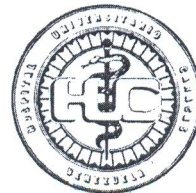


INFORME DE ACTIVIDADES DE LA CATEDRA CLINICA
Y TERAPEUTICA QUIRURGICA "C"
SERVICIO DE CIRUGIA III
ENERO - DICIEMBRE
AÑO 2015

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

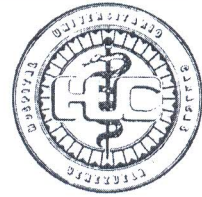


UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA "LUIS RAZETTI"
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



INFORME DE ACTIVIDADES DE LA CÁTEDRA CLÍNICA
Y TERAPEUTICA QUIRÚRGICA "C"
SERVICIO DE CIRUGÍA III
ENERO - DICIEMBRE
AÑO 2.015


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



AGRADECIMIENTOS

A todo el cuerpo Docente – Asistencial que con una mística inusitada, se dedican a las labores diarias de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" con la satisfacción de la retribución académica.

Los tiempos cada día se hacen más difíciles, las actitudes sociales esquivas, pero la actitud presencial del día a día nos ha hecho prevalecer a la situación caótica del sector salud.

Gracias a todos los Docentes y Residentes del año 2015:

Docentes:

| | |
|--------------------------------|-------------------------|
| Dr. Gustavo Benítez Pérez* | Profesor Titular |
| Dr. Alexis Sánchez Ismayel | Profesor Asociado |
| Dr. Ramón Saade Cárdenas | Profesor Agregado |
| Dra. Renata Sánchez Miralles | Profesor Agregado |
| Dra. Omaira Rodríguez González | Profesor Agregado |
| Dr. Elías Nakhal Hakin | Profesor Asistente |
| Dr. Humberto Chacón Valecillos | Instructor por Concurso |
| Dra. Joanne Salas Rodriguez | Instructor por Concurso |
| | |
| Dr. Antonio Paris Pantalone | ProfesorAsesor |

Asistenciales:

Dra. Liumariel Vegas Silva

Residentes:

| | |
|-------------------|------|
| Dr. Eduardo Salas | RIII |
| Dra. Génesis Jara | RII |
| Dr. Eduardo Luque | RII |
| Dr. Manuel Medina | RII |
| Dr. José Rosciano | RII |
| Dra. Luz Galvis | RI |

Secretaria:

Erika Monsalve A.

Mensaje:

Nelson Ramírez



CONTENIDO DEL INFORME

| | |
|--|----|
| 1. Personal Docente – Asistencial | 2 |
| 2. Informe de Actividades de Enero- Diciembre..... | 3 |
| a) Actividades Docentes..... | 4 |
| a.1) Informe Anual de Cumplimiento Profesoral (Art.5 del Reglamento de Cátedras y Departamentos) Forma N° 2. Enero- Diciembre 2015..... | 10 |
| b) Actividades Asistenciales..... | 22 |
| b.1) Reuniones de Morbimortalidad y Anatomía Patológica..... | 33 |
| c) Actividades de Investigación y Extensión | |
| c.1) Datos de Productividad Científica Anual..... | 51 |
| 3. Bibliografía..... | 57 |
| 4. Anexos..... | 58 |
| a. Publicaciones | |
| b. Trabajos Presentados | |
| c. Trabajo de Ascenso (2015) | |
| d. Unidad de Vías Biliares | |
| e. Programa de Cirugía Robótica | |
| f. Informe de Pasantías Opcionales Residentes del 3° año | |



1. Personal Docente– Asistencial de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C” – Servicio Cirugía III

Docentes:

| | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Dr. Gustavo Benítez Pérez* | Profesor Titular |
| Dr. Alexis Sánchez Ismayel | Profesor Asociado |
| Dr. Ramón Saade Cárdenas | Profesor Agregado |
| Dra. Renata Sánchez Miralles | Profesor Agregado |
| Dra. Omaira Rodríguez González | Profesor Agregado |
| Dr. Elías Nakhla Hakin | Profesor Asistente |
| Dr. Humberto Chacón Valecillos | Instructor por Concurso |
| Dra. Joanne Salas Rodríguez | Instructor por Concurso |
| | |
| <i>Dr. Antonio Paris Pantaleone</i> | <i>Profesor Asesor</i> |

Asistenciales:

Dra. Liumariel Vegas Silva

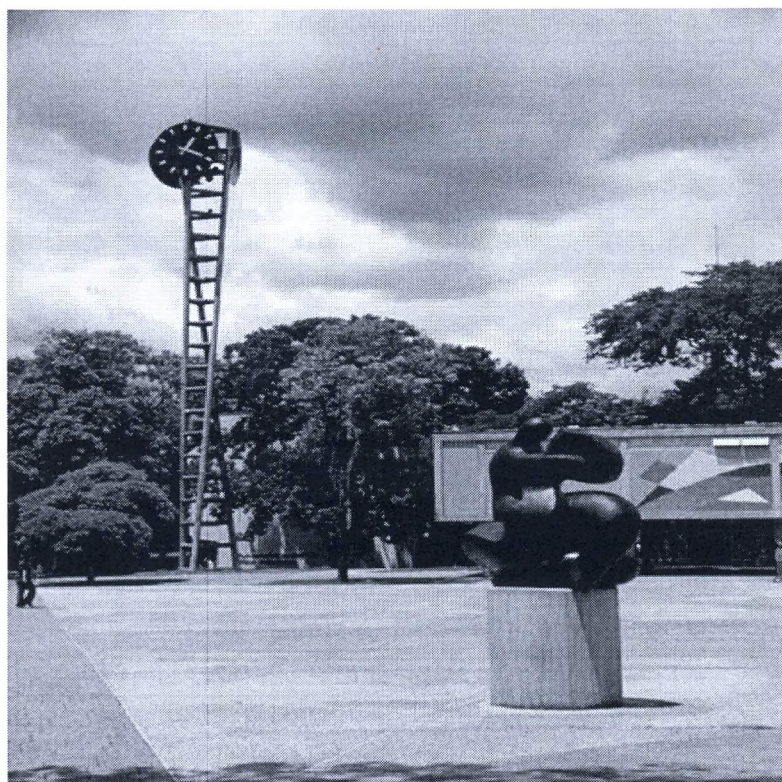
Residentes:

| | |
|-------------------|-------|
| Dr. Eduardo Salas | R III |
| Dra. Génesis Jara | R II |
| Dr. Eduardo Luque | R II |
| Dr. Manuel Medina | R II |
| Dr. José Rosciano | R II |
| Dra. Luz Galvis | R I |

* Dr. Gustavo Benítez (Jefe de Cátedra - Servicio) (2014 – 2016)



2. Informe de Actividades (Enero - Diciembre 2015)
Docentes, Asistenciales, de Investigación y Extensión.



Autor: Carlos Raúl Villanueva. Ubicación: Rectorado UCV.



a) Actividades Docentes

| Nivel | Docente | Asignación |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Nivel C-I: | Dr. Elías Nakhhal | Coordinador |
| 3º Año | Dr. Ramón Saade | |
| 3º Año | Dra. Omaira Rodríguez | |
| 3º Año | Dr. Humberto Chacón | |
| 3º Año | Dr. Gustavo Benítez | |
| 3º Año | Dra. Joanne Salas | |
| Nivel C-III: | Dr. Alexis Sánchez | Coordinador |
| 5º Año | Dr. Gustavo Benítez | |
| 5º Año | Dra. Renata Sánchez | |
| Internado de Pregrado | Dra. Renata Sánchez | Coordinadora |
| Postgrado (C- III) | Dr. Gustavo Benítez | Coordinador |

A.1. Nivel C-I

| Nivel C-I: | Docente | Asignación |
|------------|-----------------------|--------------------|
| 3º Año | Dr. Elías Nakhhal | Coordinador |
| 3º Año | Dr. Ramon Saade | |
| 3º Año | Dra. Omaira Rodríguez | |
| 3º Año | Dr. Humberto Chacón | |
| 3º Año | Dr. Gustavo Benítez | |
| 3º Año | Dra. Joanne Salas | |

Temario:

a) Clases Teóricas: Lunes a Miércoles de 07:00-08:00 a.m.

| Nº | TEMA |
|----|----------------------------------|
| 1 | Historia de la Cirugía |
| 2 | Cicatrización |
| 3 | Pre-operatorio y Post-operatorio |
| 4 | Infecciones en Cirugía |
| 5 | Traumatismo Abdominal |
| 6 | Apendicitis Aguda |
| 7 | Hernias y Complicaciones |



| | |
|----|---|
| 8 | Evaluación Nutricional |
| 9 | Eventración y Evisceración |
| 10 | Patología Benigna de Mama |
| 11 | Cáncer de Mama |
| 12 | Abscesos Hepáticos |
| - | 1^{er} Examen Escrito |
| 13 | Tumores de Cuello |
| 14 | Cavidad Oral y Orofaringe |
| 15 | Patología Glándulas Salivales |
| 16 | Patología Benigna de Glándula Tiroides |
| 17 | Cáncer de Glándula Tiroideo |
| 18 | Quemaduras |
| 19 | Varices de los Miembros Inferiores |
| 20 | Abdomen Agudo |
| - | 2^{do} Examen Escrito |
| 21 | Litiasis Vesicular y Litiasis Coledociana |
| 22 | Pancreatitis Aguda y Crónica |
| 23 | Obstrucción Intestinal |
| 24 | Patología Benigna de Colon |
| 25 | Patología Maligna del Colon |
| 26 | Patología Ano-rectal Benigna y Maligna |
| - | 3^{er} Parcial Oral |
| 27 | Patología Benigna de Esófago |
| 28 | Cáncer Esofágico |
| 29 | Cáncer Gástrico |
| - | Examen Final Oral |

b) Programa Práctico Semanal

Semana: (1-2) Historia Clínica:

Elaboración. Actual, Examen Funcional, Antecedentes, Hábitos Psicobiológicos.

Semana: (3) Síndromes Generales:

Doloroso, Febril, Relación Médico Paciente, Diagnóstico Síndromático, Aspectos Éticos.

Semana: (4) Hidratación y Nutrición:

Soluciones de Hidratación, Infusión IV de Líquidos, Accesos Venosos, Equilibrio Hidro-electrolítico y Ácido Base, Soluciones Nutricionales.

Semana: (5) Cabeza:

Examen Ocular, Fondo de Ojo, Nariz, Oídos, Cavidad Oral, Laringoscopia Indirecta.

Semana: (6) Cuello:

Semiología, División Topográfica, Glándulas Salivares, Tiroides, Estudio Práctico Nódulo Tiroideo, Síndrome Adenomegálico, Ganglios Cervicales, Estudio Práctico Adenomegalia.



Semana: (7)Mama y Axila:

Examen Mamario, Mamografía y Ultrasonografía, Estudio Practico Nódulo Mamario, Examen Axilar.

Semana: (8)Tórax:

Examen Cardíaco y Pulmonar, Semiología Radiológica de Tórax, TAC.

Semana: (9-10)Abdomen:

División Topográfica Abdominal, Examen Hígado y Bazo, Examen, Otras Vísceras Abdominales y Retroperitoneales, Obstrucción Intestinal, Puntos Dolorosos Abdominales, Abdomen Agudo, Semiología Radiológica Abdominal, TAC, Laparoscopia.

Semana: (11)Hernias:

Hernias Abdominales Anteriores y Posteriores, Hernias Internas, Maniobras Semiológicas.

Semana: (12)Genital y Anorectal

Examen Ginecológico, Testículo, Tacto Rectal.

Semana: (13) Extremidades:

Pulsos Periféricos, Varices, Obstrucción Arterial Aguda y Crónica.

Semana: (14)Sondas y Drenajes:

Sondas Urinarias, Nasogástricas y Nasointestinales, Drenajes Abdominales y Torácicos, Traqueostomía, Gastrostomía, Yeyunostomía.

Semana: (15)Varios:Hemostasia, Quirófano, Asepsia.

Semana: (16)Repaso General



A.2. Nivel C- III

| Nivel C- III | Docente | Asignación |
|--------------|---------------------|-------------|
| 5° Año | Dr. Alexis Sánchez | Coordinador |
| 5° Año | Dr. Gustavo Benítez | |
| 5° Año | Dra. Renata Sánchez | |

a) Actividades de 5° Año:

- Revista Medica Docente Lun. a Vie. alas 7:00 am - Sab. 8:00 am
- Reunión Morbimortalidad Martes a las 8:00 am
- Taller de Cirugía Laparoscópica Viernes a las 7:00 am
- Reunión Preoperatoria Viernes a las 8:00 am
- Seminarios Viernes a las 9:00 am
- Actividades Diarias: Consulta Externa / Hospitalización / Quirófano.

| Sección Y3 | 1 ^{era} Semana | 2 ^{da} Semana | 3 ^{era} Semana |
|------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| Grupo A | Quirófano | Hospitalización | Consulta |
| Grupo B | Hospitalización | Consulta | Quirófano |
| Grupo C | Consulta | Quirófano | Hospitalización |

* Rotación de Grupos Semanalmente

b) Seminarios de 5° Año

Titulo

- Abordaje del Nódulo Tiroideo
- Diagnostico y Tratamiento Precoz y Tto.
- Estudio y Manejo de la Hemorragia Digestiva Superior



- Estudio del Paciente con Ictericia Obstructiva
- Manejo del Paciente Politraumatizado
- Estado Actual de la Cirugía Laparoscópica

A.3. Nivel de Enseñanza Superior (N. E. S.)

1. Comprende Internado Rotatorio de Pregrado

- Coordinadora Dra. Renata Sánchez

2. Nivel de Postgrado del 1º, 2º y 3º Año

Coordinador Dr. Gustavo Benítez P.

- | | |
|----------------------|------|
| • Dr. Eduardo Salas* | RIII |
| • Dra. Génesis Jara | RII |
| • Dr. Eduardo Luque | RII |
| • Dr. Manuel Medina | RII |
| • Dr. José Rosciano | RII |
| • Dra. Luz Galvis | RI |

* Jefe de Residentes



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

CUADRO N° 1

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

| | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|--|
| Lunes | Visita Asist. Salas 7:00 – 7:30 am | Consulta Ext. Consultorio 7:30 – 12:00 M | HOSP. SALAS 7:30 – 11:30 M | INT. QUIR. QUIRÓFANO 7:30 AM- 6:00 PM | |
| Martes | Visita Docente Salas 7:00 – 8:00 am | Consulta Ext. Consultorio 8:00 – 11:30 am | HOSP. SALAS 8:00 – 11:30 AM | MORBIMORTALIDAD 9:00 – 10:00 AM | V. ASIST. 2:00–3:00 PM |
| Miércoles | Seminario de Postgrado 7:00 – 8:00 am | Revista Docente con Postgrado 8:00 – 9:00 am | R. CLIN. DPTO. AUDITORIO HUC 9:00 – 10:00 AM | ANAT. PATOLO. 10:30 – 11:30 AM | V. ASIST. 2:00–3:00 PM |
| Jueves | Visita Asist. Salas 7:00 – 7:30 am | Consulta Ext. Consulta 7:30 – 11:30 am | CONS. EXT. CONSULTORIO 7:30 – 11:30 AM | INT. QUIR. QUIRÓFANO 7:30 AM – 6:00 PM | |
| Viernes | Taller de Laparoscopia Salas 7:00 – 8:00 am | Consulta Externa. Consulta 8:00 – 10:00 am | HOSP. REV. SALAS 8:00 – 10:00 AM | DISC. PREOP. SEMINARIO 8:00 – 9:00 AM | FICHABIBLIOG. 10.00 – 11:00AM V. ASIT. 2:00 – 3:00 PM |
| Sábado | Visita Asist. Salas Doc. de G. 8:00 9:00 am | | | | |
| Domingo | G. D. A. (24) HORAS | G. D. A. (24) HORAS | G. D. A. (24) HORAS | G. D. A. (24) HORAS | |

ASIST.:
R. CLIN DPTO. :
CONS. EXT.:
HOSP. :
ANAT. PATOL. :
INT. QUIR.:
DISC. PREOP. :
Doc. de G.:
RES. EINT.:
FICHA BIBLIOG.:
G.D.A:

ASISTENCIAL
REUNIÓN CLINICA DEPARTAMENTAL
CONSULTA EXTERNA
HOSPITALIZACION
ANATOMIA PATOLOGICA
INTERVENCIONES QUIRURGICAS
DISCUSION PREOPERATORIO
DOCENTE DE GUARDIA
RESIDENTES E INTERNOS
FICHABIBLIOGRAFICA
GUARDIA DOCENTE ASISTENCIAL



a.1) Informe Anual de Cumplimiento Profesional (Art. 5 del Reglamento de Cátedras y Departamentos) Forma N° 2. Enero-Diciembre 2015

1. DOCENTES

| Nº | NOMBRE DEL DOCENTE | ESCALAFON | TIEMPO DE DEDICACION | FECHA DE INGRESO |
|----|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------------|
| 1 | Gustavo A. Benítez P. | Titular | Tiempo C. | 17/11/1987 |
| 2 | Alexis E. Sánchez I. | Asociado | Medio T. | 25/03/2003 |
| 3 | Ramón A. Saade C. | Agregado | Medio T. | 01/01/2005 |
| 4 | Renata Sánchez M. | Agregado | Medio T. | 22/03/2006 |
| 5 | Omaira Rodríguez G. | Agregado | Medio T. | 01/05/2007 |
| 6 | Elías Nakhal H. | Asistente | Medio T. | 25/01/2000 |
| 7 | Joanne Salas R. | Instructor por Concurso | Medio T. | 01/01/2012 |
| 8 | Humberto Chacón V. | Instructor por Concurso | Medio T. | 20/10/2009 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACIONES:



2. PREGRADO

2.1. REGIMEN ANUAL

2.2. CLASES TEORICAS

| ASIGNATURA | Nº DE CLASES TEORICAS | + | HORAS DE PREPARACION (CLASES TEORICAS X 2) | = | HORAS DEDICADAS A LA TEORIA POR ASIGNATURA |
|-------------|-----------------------|---|--|---|--|
| CIRUGIA I | 27 | + | 2 | = | 54 |
| CIRUGIA III | 18 | + | 2 | = | 36 |
| | | + | | = | TOTAL: 90 |

NUMERO TOTAL DE LA CATEDRA DEDICADAS A LAS CLASES TEORICAS DE REGIMEN ANUAL. (SUMAR NUMERO HORAS DEDICADAS A LA TEORIA DE TODAS LAS ASIGNATURAS). (90) Noventa

2.3. CLASES PRACTICAS (DEBE INCLUIR LAS HORAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL QUE ES A SU VEZ DOCENTE, TALES COMO LAS REVISTAS DE SALA, CONSULTA EXTERNA, ETC).

| ASIGNATURA | Nº DE ALUMNOS | NUMERO DE GRUPOS (PRACT/SEMINARIO) | X | HORAS PRACT/ SNA. DE CADA GRUPO | = | HORAS PRACT/SNA. DE LA ASIGNATURA |
|-------------|---------------|------------------------------------|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| CIRUGIA I | 45 | 5 | X | 5 | = | 25 |
| CIRUGIA III | 40 | 3 | X | 15 | = | 45 |
| | | | X | | = | Total: 70 |
| | | | X | | = | |

NUMERO TOTAL DE HORAS/SEMANA DEDICADAS POR LA CATEDRA A LA ACTIVIDAD PRACTICA DEL REGIMEN ANUAL. (SUMAR NUMERO HORAS PRACT/SNA DE TODAS LAS ASIGNATURAS). (70) Setenta

2.4. VISITAS A COMUNIDADES Y SERVICIOS

Años 2012 al 2015. No se realizaron.

| ASIGNATURA | Nº DE ALUMNOS | NUMERO DE GRUPOS (PRACT/SEMINARIO) | X | HORAS PRACT/ SNA. DE CADA GRUPO | = | HORAS PRACT/SNA. DE LA ASIGNATURA |
|------------|---------------|------------------------------------|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



2.5. REUNIONES BIBLIOGRAFICAS HORAS/ SNA. DEDICADAS POR LA CATEDRA.

(02) Dos por Semana

2.6. TOTALES

2.6.1 NUMERO TOTAL DE HORAS DE LA CATEDRA DEDICADA A LAS CLASES TEORICAS PREGRADO (SUMAR REGIMEN SEMESTRAL MAS ANUAL)

(90) Noventa. No tenemos Régimen Semestral.

2.6.2. NUMERO TOTAL DE HORAS/ SNA. DEDICADAS POR LA CATEDRA A LA ACTIVIDAD PRACTICA DE PREGRADO (SUMAR REGIMEN SEMESTRAL MAS ANUAL) (70) Setenta

2.7. REGIMEN ANUAL

| ASIGNATURA | Nº DE ALUMNOS INSCRITOS | Nº DE RETIROS | NUMERO DE PERDIDAS POR INASISTENCIA | TOTAL DE APROBADOS | TOTAL DE REPROBADOS | % DE REPROBADOS |
|-------------|-------------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| CIRUGIA I | 52 | 3 | 1 | 48 | 4 | |
| CIRUGIA III | 40 | 4 | - | 37 | 3 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

3. POSTGRADO

| AÑO DEL POSTGRADO | NRO. DE CURSANTES | CLASES TEORICAS POR AÑO | CLASES PRACTICAS TUTORIADAS/SNA. | HORAS ASIST./SNA. |
|-------------------|-------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 2013-2015 | 6 | 44 | 144 | 40 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

NRO. TOTAL DE HORAS DEDICADAS POR LA CATEDRA A LAS CLASES TEORICAS DEL POSTGRADO EN EL PERIODO DE ESTE INFORME. (44) Cuarenta y cuatro



NRO. TOTAL DE HORAS/SNA. DEDICADAS A LA ACTIVIDAD PRÁCTICA DEL POSTGRADO. **(144) Ciento cuarenta y cuatro**

4. TUTORIAS

4.1. NRO. TOTAL DE TUTORES E INSTRUCTORES DE LA CATEDRA

| | INSTRUCTOR | TUTOR INICIO | FECHA DE CULMINACION | FECHA DE PRESENTADOS | Nº DE INFORMES |
|---|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------|
| 1 | DR. HUMBERTO CHACON | DR. GUSTAVO BENITEZ | - | 30/09/2009 al 30/10/2011 | 3 |
| 2 | DRA. JOANNE SALAS | DR. GUSTAVO BENITEZ | 15/10/2015 | 15/10/2013 al 15/10/2015 | 4 |
| | | | | | |
| | | | | | |

OBSERVACIONES:

4.2. TRABAJOS DE ASCENSO DE LOS INSTRUCTORES

| | TITULO | FECHA DE PRESENTACION |
|--|--------|-----------------------|
| | | |
| | | |

INSTRUCTORES CON RETRASO EN LA PRESENTACION DE SUS TRABAJOS

- a. DR. HUMBERTO CHACON
- b. _____
- c. _____
- d. _____

OBSERVACIONES:



III. ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

NUMERO DE PROFESORES QUE ACTUALMENTE REALIZAN INVESTIGACION

NUMERO DE PROYECTOS CULMINADOS EN ESTE PERIODO _____

| Nº | PROYECTO | AUTOR |
|----|----------|-------|
| | | |

NUMERO DE PROYECTOS PRESENTADOS EN CONGRESOS EN ESTE PERIODO

(14) CATORCE

| Nº | AUTOR/ TITULO/ CONGRESO |
|----|---|
| 1 | Videos: Sánchez A (Asociado); Rodríguez O (Asistente); Sánchez R (Agregado). Colectistectomía subtotal en vesícula difíciles. Una alternativa quirúrgica para disminuir complicaciones. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 2 | Nakhal E (Asistente); Sánchez A (Asociado); Benítez G (Titular). Abordaje laparoscópico de hernia paraesofágica de gran tamaño. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. " Mención Honorífica ". |
| 3 | Salas E, Nakhal E (Asistente) , Medina M. Hernia de Morgagni en el adulto. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 4 | Poster: Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente), Sánchez R (Agregado), Benítez G (Titular). Nuevas frontera en cirugía robótica: Linfadenectomía inguinal endoscópica asistida con el Sistema DaVinci SHD. LXX Jornada Nacional de Cirugía. Caracas, Julio 2015. Premio "Dr. Aquiles Erminy" al mejor Poster" |
| 5 | Rosciano J, Jara G, Medina M, Luque E, Nakhal E (Asistente) . Sistema de presión al vacío para el manejo avanzado de heridas complicadas. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 6 | Sánchez R (Agregado). Fibrosarcoma de ovario, tumor poco frecuente. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 7 | Jara G, Zavaleta V, Sánchez R (Agregado). Schwannoma de la porción cervical del nervio frénico. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |



| | |
|----|--|
| 9 | Rosciano J, Rodríguez O (Asistente) , Vegas L. Pólipo anemizante de gran tamaño a nivel de sigmoides en el contexto de síndrome de Peutz-Jeghers. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 10 | Rosciano J, Rodríguez O (Asistente) , Vegas L. Gastrectomía total y esófago yeyuno anastomosis asistid por robot en enfermedad de Menetriere. Primera experiencia a nivel mundial. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 11 | Rodríguez O (Asistente) , Sánchez A (Asociado) , Sánchez R (Agregado) , Benítez G (Titular) . Abordaje multidisciplinario de la estenosis de la anastomosis Biliodigestiva. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 12 | Salas E, Medina M, Benítez G (Titular) . Leiomioma primario de ovario. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 13 | Medina M, Zavaleta V, Vegas L. Hernia interna transmesenterica estrangulada en dos segmentos intestinales no consecutivos. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |
| 14 | Salas E, Luque E, Vegas L. GIST extraintestinal gigante: presentación Inusual. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. |

NUMERO DE PROYECTOS PUBLICADOS EN ESTE PERIODO: (6) SEIS

| Nº | AUTOR/ TITULO/ REVISTA |
|----|---|
| 1 | Sánchez R. (Agregado); Sánchez A (Asociado); Rodríguez O. (Asistente); Benítez G. (Asociado). Angiomixoma pélvico agresivo a propósito de un caso. Rev. VenezOncol 2014; 26(2):109-115. |
| 2 | Sánchez A (Asociado); Rodríguez O. (Asistente); Sánchez R. (Agregado); Benítez G. (Asociado). Cierre primario de la vía biliar versus cierre sobre tubo en "T" durante exploración laparoscópica de la vía biliar. Revista Venezolana de Cirugía. Vol. 67 - (1) 2014. |
| 3 | Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente), Sánchez R (Agregado), Benítez G (Asociado). Laparoscopic Surgery skills evaluation: Analysis base on accelerometers, Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons (JSLS) Volumen 18, Número 4, 2014, Pag. (1-5). |



| | |
|---|--|
| 4 | Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente). Robot-assisted surgery and Holmium Laser in Complex Choledocholithiasis. Case Report – Society of Laparoendoscopic Surgeons (CR-SLS) On Line – March 2015. |
| 5 | Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente). Robot-assisted laparoscopic gastrectomy for Menetrier's disease. Journal of Robotic Surgery. On Line First – May 2015. |
| 6 | Sánchez R (Agregado). "Schwannoma de la porción cervical del nervio frénico. Presentación de caso clínico" Revista Venezolana de Oncología. Volumen 27, Número 2. Año 2015. |

NUMERO DE PROYECTOS PUBLICADOS EN EJECUCION _____

| Nº | PROYECTO | AUTOR |
|----|----------|-------|
| | | |

NUMERO DE ASCENSOS EN EL ESCALAFON UNIVERSITARIO LOGRADOS POR EL PERSONAL DE LA CATEDRA EN ESTE PERIODO:

(2) DOS

| Nº | TIEMPO DE LA CATEDRA | TRABAJO DE ASCENSO | ASCENDIO A |
|----|----------------------|--|-----------------|
| 1 | 17/11/1987 | Benítez G. (Titular). Titulado: Parte 1. "Historia de la Cirugía Universitaria en Venezuela. Desde la Real y Pontificia hasta la Creación del Instituto de la Ciudad Universitaria. Parte 2. "Formación del Postgrado en la Universidad Central de Venezuela, Creación del Departamento de Cirugía General, hasta la Producción Científica de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" hasta el año 2014". (05 de junio de 2015). | Titular |
| 2 | 01/05/2007 | Rodríguez O. (Agregado). Titulado: "Cirugía Robótica en el Tratamiento de la Acalasia. Estudio Comparativo a largo plazo". (09 de noviembre de 2015). | Agregado |



FUENTE DE FINANCIAMIENTO CON LA QUE CUENTA LA CATEDRA PARA LOS PROYECTOS EN EJECUCION: NO

| Nº | PROYECTO | FUENTE (CDCH, CONICIT, OTRO) |
|----|----------|---------------------------------|
| | | |

2. REUNIONES DE DEPARTAMENTO

2.1. NRO. DE REUNIONES/MES: (6) SEIS REUNIONES ORDINARIAS

OBSERVACIONES:

3. OTRAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS POR EL PERSONAL DE LA CATEDRA

| Nº | DOCENTE/ ACTIVIDAD | HORAS/MES DEDICADAS A LA ACTIVIDAD |
|----|--|---|
| 1 | Benítez G (Titular). Jefe de Cátedra por Concurso en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" – Servicio de Cirugía C- III. (Enero 2014 – Diciembre 2016). | 48 |
| 2 | Benítez G (Titular). Jefe (E) de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica Pediátrica del Hospital Universitario de Caracas. Periodo 2014 – 2016. Resolución del Consejo de Facultad Oficio N° 2/15 de fecha 27/01/2015. | 8 |
| 3 | Benítez G (Titular). Jefe (E) de la Cátedra de Clínica Oftalmológica del Hospital Universitario de Caracas. Periodo 2014 – 2016. Resolución del Consejo de Facultad Oficio N° 753/15 de fecha 27/01/2015. | 20 |
| 4 | Benítez G (Titular). Jefe del Departamento de Cirugía General por Concurso con Sede en el Hospital Universitario de Caracas. (Enero 2015 – Diciembre 2016). (Por Concurso). | 4 |
| 5 | Benítez G (Titular). Director del Comité Académico del Postgrado de Cirugía General con Sede en el Hospital Universitario de Caracas. (2014-2016). | 222 |



| | | |
|----|---|----|
| 6 | Benítez G (Titular). Representante Profesoral: Ante el Consejo de Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina. UCV. (2014-2016). Por el Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas. | 48 |
| 7 | Benítez G (Titular). Ante la Comisión Técnica del Hospital Universitario de Caracas. Por el Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas. (2014-2016). | 40 |
| 8 | Sánchez A. (Asociado). Coordinador del Comité de Nuevas Tecnologías de la Sociedad Venezolana de Cirugía. | 24 |
| 9 | Sánchez A. (Asociado). Miembro del Consejo Directivo de la Coordinación de Investigación de la Facultad de Medicina. | 16 |
| 10 | Benítez G. Representante de la Comisión Revisora de Informes de las Cátedras del Departamento de Cirugía General. (2014-2016) | 16 |
| 11 | Benítez G. Representante de la Sub-Comisión de Infecciones Hospitalarias del Departamento de Cirugía General. (2014-2016) | 8 |
| 12 | Benítez G; Sánchez A; Nakhal E. Representante de la Comisión Revisora de Publicaciones del Departamento de Cirugía General. (2014-2016) | 8 |
| 13 | Sánchez A. Representante del Departamento de Cirugía General ante la Comisión Revisora de los Informes Tutoriales de los Instructores por Concurso (2014-2016). | 8 |
| 14 | Saade R. Representante del Departamento de Cirugía en la Sub- Comisión del Hospital Universitario de Caracas. Tema: "Farmacia y Terapéutica" (2014-2016) | 16 |
| 15 | Saade R. Representante del Departamento de Cirugía en la Sub- Comisión del Hospital Universitario de Caracas. Tema: "Mortalidad" (2014-2016) | 4 |
| 16 | Sánchez R. Coordinadora del Internado Rotatorio de Pregrado en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" - Servicio Cirugía III. | 32 |
| 17 | Rodríguez O. Representante del Departamento de Cirugía General ante la Sub- Comisión del Hospital Universitario de Caracas. Tema "Historias Clínicas (2014- 2016). | 8 |
| 18 | Benítez G (Titular); Sánchez A (Asociado); Sánchez R (Agregado); Saade R (Agregado); Rodríguez O (Asistente); Nakhal E (Asistente); Chacón H (Instructor); Salas J (Instructor). Programa de Cirugía Robótica del Hospital Universitario de Caracas. | 4 |
| 19 | Rodríguez O (Asistente). Coordinadora del Curso de Ampliación en Cirugía Robótica de Vías Digestivas. I Hospital Universitario de Caracas. | 16 |
| 20 | Benítez G. (Titular), Saade R. (Agregado), Nakhal E. (Asistente), Rodríguez O. (Asistente), Salas J. (Instructor). Representantes del Departamento de Cirugía ante la Comisión de Currículo Razetti 2015. | 16 |

NUMERO TOTAL DE HORAS/SNA. QUE DEDICA A LA CATEDRA A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (TOTALIZAR LAS RESPUESTAS DEL APARTE IV, ORDINAL 8, DEL INFORME LLEVADO POR TODOS LOS DOCENTES

(566) Quinientos sesenta y seis

OBSERVACIONES:



IV. ACTIVIDAD ASISTENCIAL (SE REFIERE A LA ACTIVIDAD EXCLUSIVAMENTE ASISTENCIAL Y NO DOCENTE)

1. ACTIVIDADES REALIZADAS:

CONSULTA EXTERNA, REVISTA, QUIROFANO.

NRO. TOTAL DE HORAS/SNA. DEDICADAS POR LA CATEDRA A LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL (TOTALIZAR LAS RESPUESTAS DEL APARTE Y ORDINAL 5º DEL INFORME LLENADO POR TODOS LOS DOCENTES)

(66) Sesenta y seis

V. ACTIVIDAD DE EXTENSION

1. ACTIVIDADES REALIZADAS

HORAS/ PERIODO POR LA CATEDRA A ESTA ACTIVIDAD (TOTALIZAR LAS RESPUESTAS DEL APARTE VI ORDINAL 2º DEL INFORME LLENADO POR TODOS LOS DOCENTES)

(64) Sesenta y cuatro

OBSERVACIONES:

VI. MATERIALES REQUERIDOS PARA LA DOCENCIA

1. NUEVAS ADQUISICIONES:



2. SOLICITUDES HECHAS:

- MATERIALES DE OFICINA Y LIMPIEZA
- EQUIPOS DE COMPUTACION
- IMPRESORA
- FOTOCOPIADORA
- DISPENSADOR DE AGUA POTABLE

3. SOLICITUDES NO SATISFECHAS:

- MATERIALES DE OFICINA Y LIMPIEZA
- EQUIPOS DE COMPUTACION
- IMPRESORA
- FOTOCOPIADORA
- DISPENSADOR DE AGUA POTABLE

4. MATERIAL ELIMINADO:

POCO APOORTE INSTITUCIONAL

OBSERVACIONES:

VII. CONCLUSIONES

1. DOCENCIA

SUBSISTIENDO DE MAL EN PEOR, CRISIS ACADÉMICA. ESFUERZO
INAUDITO, EL PODER PUBLICAR LOS TRABAJOS.

2. INVESTIGACION

DIFICIL DE CONSEGUIR FINANCIAMIENTO.

MENCION HONORIFICA/ PREMIOS Y DISTINCIONES:

- **Nakhal E (Asistente); Sánchez A (Asociado); Benítez G (Titular).** Abordaje laparoscópico de hernia paraesofágica de gran tamaño. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. "**Mención Honorífica**". Mejor Video.
- **Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente), Sánchez R (Agregado), Benítez G (Titular).** Nuevas frontera en cirugía robótica: Linfadenectomía inguinal endoscópica asistida con el Sistema DaVinci SHD. LXX Jornada Nacional de Cirugía. Caracas, Julio 2015. **Premio "Dr. Aquiles Erminy" al mejor Poster**".



-
- **Sánchez A (Asociado).** Orden "Dr. José María Vargas" en su Tercera Clase otorgada por la Universidad Central de Venezuela, con el aval del Consejo Universitario y el Consejo de la Orden. Caracas, Julio 2015.

3. ADMINISTRATIVAS
NADA QUE REPORTAR

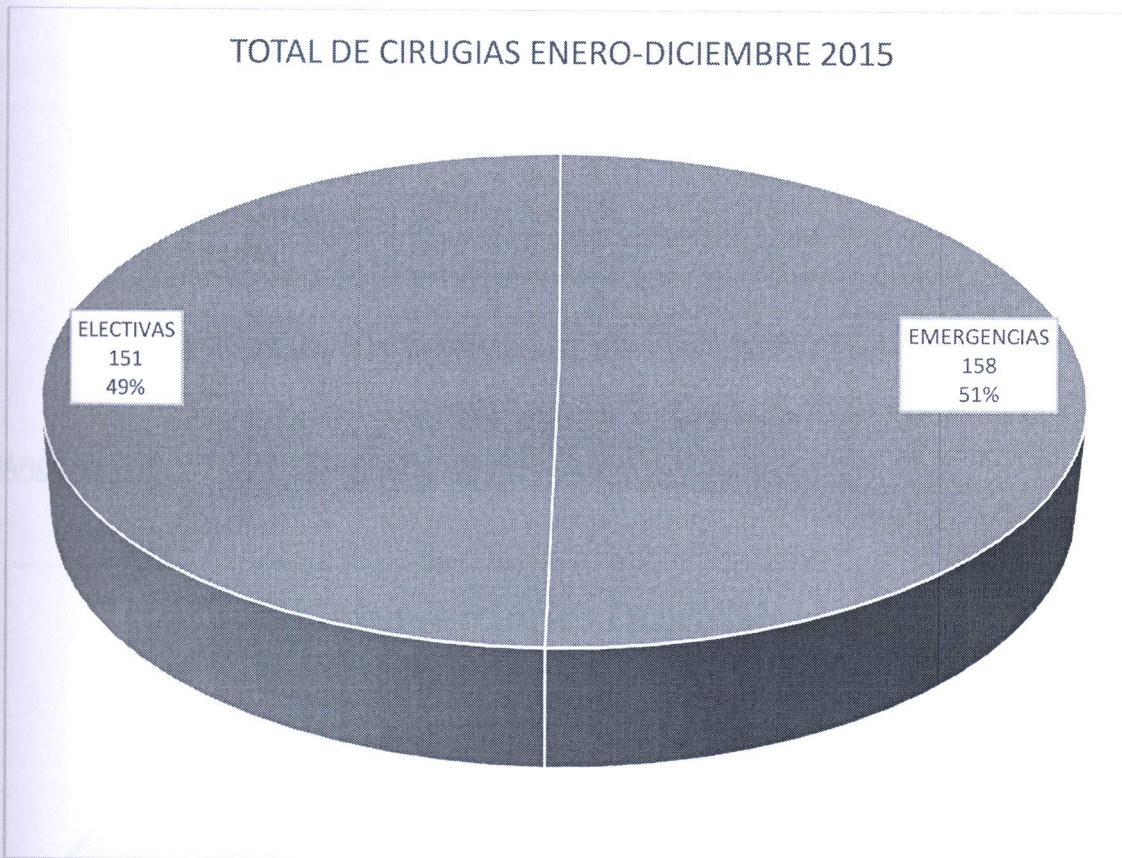
4. ASISTENCIA

5. EXTENSION



b) Actividades Asistenciales

GRÁFICO N° 1:





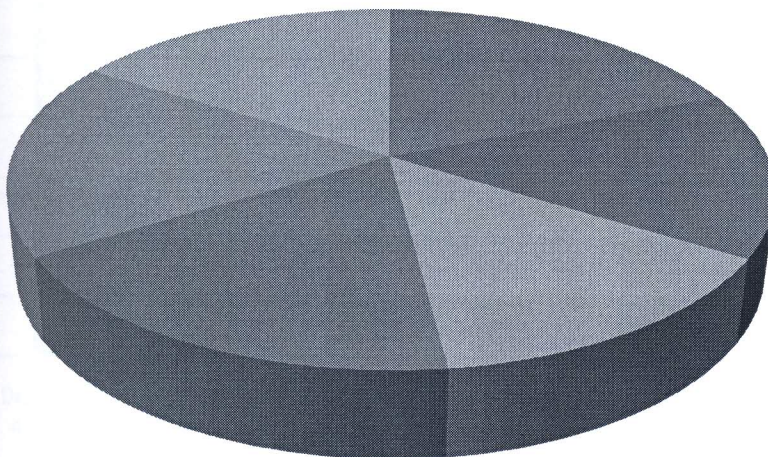
CUADRO N° 1

**TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR RESIDENTES 2015
ENERO- DICIEMBRE**

| Residente | | Nº de Operaciones |
|---------------|------|-------------------|
| Eduardo Salas | RIII | 90 |
| JoséRosciano | RII | 71 |
| Génesis Jara | RII | 68 |
| Eduardo Luque | RII | 86 |
| Manuel Medina | RII | 85 |
| Luz Galvis | RI | 78 |
| TOTAL | | 478 |

GRÁFICO N° 2

**Total Intervenciones Quirurgicas por
Residentes 2015**



- Salas Total: 90
- Rosciano Total:71
- Jara Total: 68
- Luque Total:86
- Medina Total: 85
- Galvis Total: 78

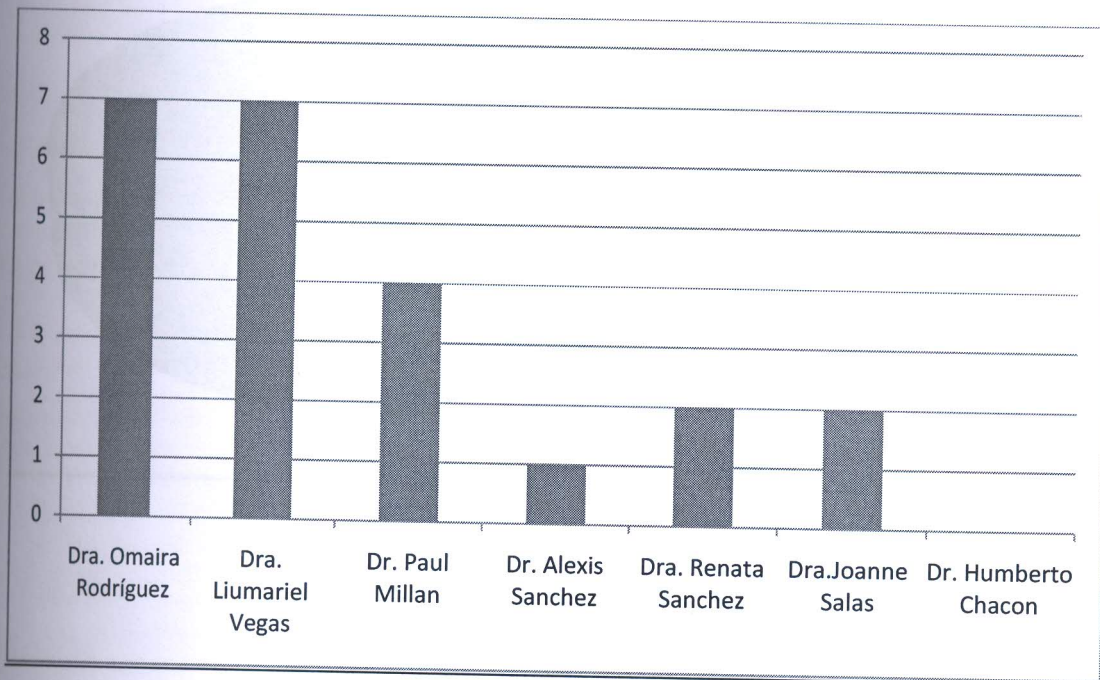


CUADRO Nº 2

**TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR DOCENTES 2015
ENERO-DICIEMBRE**

| Adjunto Docente | Nº de Operaciones |
|-----------------------|-------------------|
| Dra. Omaira Rodríguez | 07 |
| Dra. Liumariel Vegas | 07 |
| Dr. Paul Millan | 04 |
| Dr. Alexis Sanchez | 01 |
| Dra. Renata Sanchez | 02 |
| Dr. Humberto Chacon | 0 |
| Dra. Joanne Salas | 02 |
| Total | |

GRÁFICO Nº 3





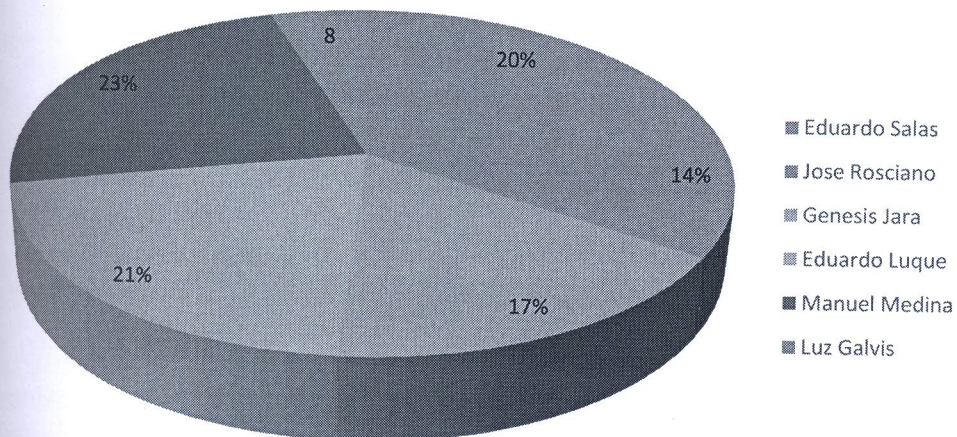
CUADRO N° 3

TOTAL DE CIRUGIAS LAPAROSCÓPICAS ENERO-DICIEMBRE 2015

| Residente | | N° de Operaciones |
|---------------|------|-------------------|
| Eduardo Salas | RIII | 31 |
| JoséRosciano | RII | 23 |
| Génesis Jara | RII | 27 |
| Eduardo Luque | RII | 33 |
| Manuel Medina | RII | 37 |
| Luz Galvis | RI | 8 |

GRÁFICO N° 4

TOTAL DE CIRUGIAS LAPAROSCÓPICAS
ENERO-DICIEMBRE 2015





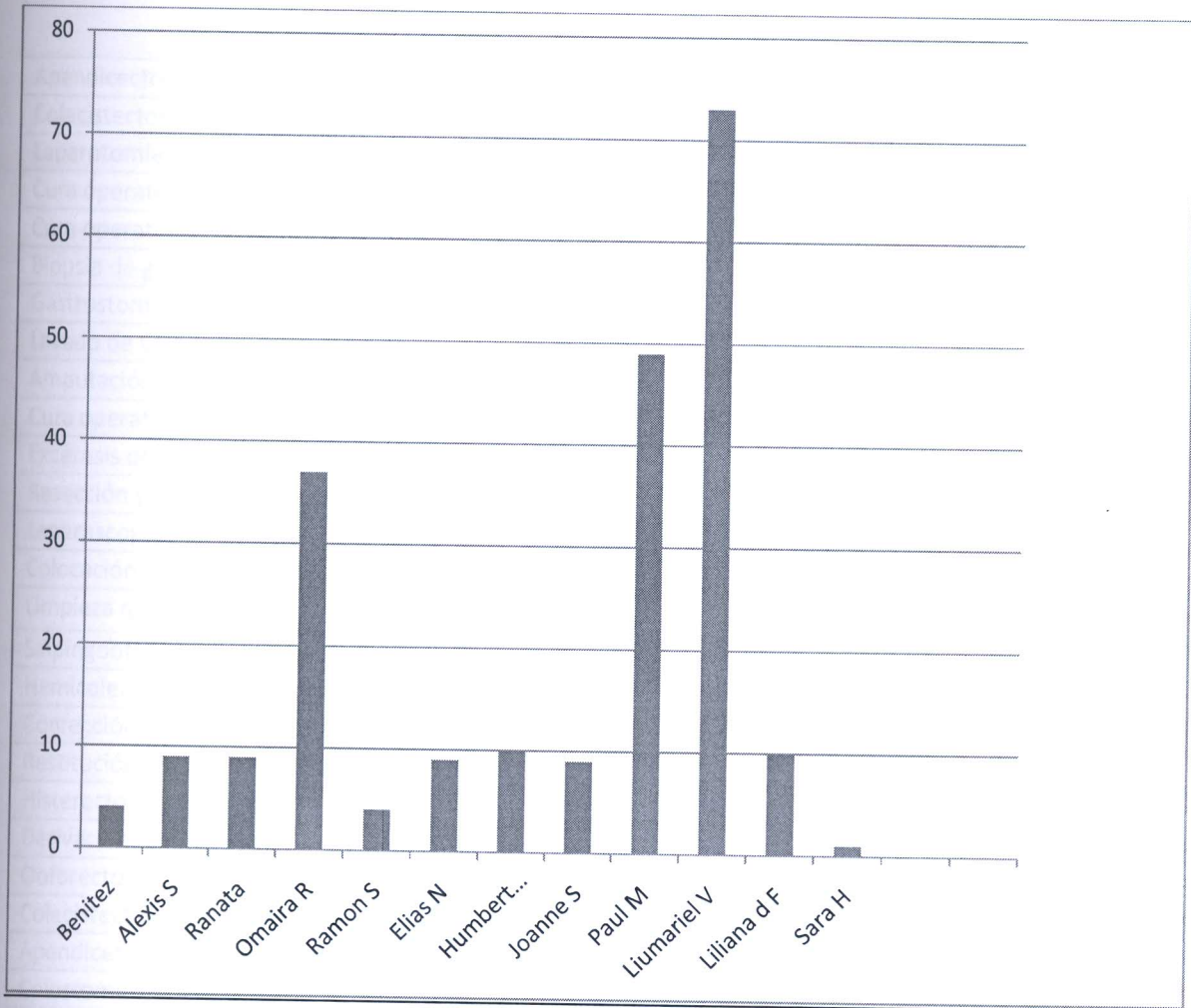
CUADRO Nº 4

TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AYUDADAS POR DOCENTES ENERO-DICIEMBRE 2015

| Adjunto Docente | Nº de Operaciones |
|---------------------------|--------------------------|
| Dr. Gustavo Benitez | 4 |
| Dr. Alexis Sánchez | 9 |
| Dra. Omaira Rodríguez | 37 |
| Dra. Renata Sánchez | 9 |
| Dr. Ramón Saade | 4 |
| Dr. Elías Nakhhal | 9 |
| Dr. Humberto Chacon | 10 |
| Dra. Joanne Salas | 9 |
| Dr. Paul Millan | 49 |
| Dra. Liumariel Vegas | 73 |
| Dra. Liliana de la Fuente | 10 |
| Sara Huncal | 1 |
| Total | 224 |
| | |
| | |



GRÁFICO Nº 5





CUADRO Nº 5

TOTAL DE INTERVENCIONES SEGÚN EL PROCEDIMIENTO REALIZADAS DESDE ENERO HASTA DICIEMBRE 2015 POR RESIDENTES SERVICIO DE CIRUGÍA III. HUC

| PROCEDIMIENTO | NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS |
|--|--------------------------|
| Apendicectomía laparoscópica | 67 |
| Colecistectomía laparoscópica | 65 |
| Laparotomía exploradora | 37 |
| Cura operatoria de hernia inguinal | 32 |
| Cura operatoria de hernia umbilical | 25 |
| Biopsia de ganglio cervical | 18 |
| Gastrostomía de alimentación | 14 |
| Lavado de Cavidad | 12 |
| Amputación supracondílea | 11 |
| Cura operatoria de eventración abdominal | 11 |
| Excéresis de lipoma | 11 |
| Resección y anastomosis de asa delgada | 10 |
| Laparoscopia diagnóstica | 07 |
| Colocación de catéter permacath | 06 |
| Limpieza quirúrgica | 06 |
| Salpingooforectomía laparoscópica | 06 |
| Hemicolectomía Radical abierta | 05 |
| Confección de Bolsa de Bogotá | 05 |
| Restitución del tránsito intestinal | 05 |
| Histerectomía total abierta | 05 |
| Derivacion biliodigestiva | 05 |
| Ooforectomía laparoscópica | 04 |
| Colecistectomía subtotal laparoscópica | 04 |
| Apendicetomía abierta | 04 |
| Colostomía en Asa | 04 |
| Hemorroidectomía milligan-morgan | 04 |
| Toracotomía exploradora | 04 |
| Lavado de cavidad + sistema Abthera | 04 |
| Colecistostomía | 04 |
| Yeyunostomia de alimentacion | 04 |
| Cura operatoria de hernia crural | 04 |
| Gastroenteroanastomosis | 03 |
| Gastrectomía subtotal distal radical | 03 |
| Cistectomía de ovario | 03 |
| Retiro de catéter permacath | 03 |
| Cura operatoria de hernia Epigastrica atascada | 03 |
| Rafia de Muñón Duodenal | 02 |



| | |
|---|----|
| Confección de Ileostomía | 02 |
| Biopsia Transduodenal de Tu de Cabeza de Páncreas | 02 |
| Cura operatoria de hernia inguinal laparoscópica | 02 |
| Procedimiento de Hartmann | 02 |
| Excéresis de cuerpo extraño | 02 |
| Drenaje de absceso mamario | 02 |
| Ileostomía terminal y fístula mucosa del transverso | 02 |
| Adherensiolisis | 02 |
| Colocación de catéter port | 02 |
| Cirugía de control de daños | 02 |
| Lavado de cavidad + VAC | 02 |
| Toma de biopsia hepática | 02 |
| Cervicotomía exploradora | 01 |
| Gastrectomía Subtotal + Hemicolectomía + ileotransversoanastomosis | 01 |
| Cura Operatoria de Hernia Diafragmática | 01 |
| Duodenopancreatectomía Cefálica (Procdeimiento de Whipple) | 01 |
| Histerectomía total laparoscópica | 01 |
| Gastrectomía subtotal distal | 01 |
| Destechamiento de Endometrioma Laparoscópico | 01 |
| Toma de Biopsia de Lesión Hepática asistido por Laparoscopia | 01 |
| Mastectomía radical tipo Madden | 01 |
| Resección anterior ultrabaja | 01 |
| Resección abdominoperineal | 01 |
| Colectomía total + ileostomía | 01 |
| Gastroenteroanastomosis laparoscópica | 01 |
| Resección segmentaria de colon sigmoide + colo-procto anastomosis | 01 |
| Mastectomia parcial oncológica + Vaciamiento axilar derecho | 01 |
| Exéresis de quiste de conducto inguinal + hernioplastia ing derecho | 01 |
| Drenaje de colección en muslo izquierdo | 01 |
| Laparoscopia diagnóstica + toma de biopsia de implantes peritoneales | 01 |
| Rafia hepática | 01 |
| Cura operatoria de hernia inguinal bilateral laparoscopica asistida por robot | 01 |
| Biopsia de nódulo cutáneo en brazo derecho | 01 |
| Hemicolectomía derecha laparoscopica | 01 |
| Exeresis de fibroadenoma mamario | 01 |
| Exéresis de loe retroperitoneal | 01 |
| Drenaje de absceso perianal | 01 |
| Drenaje de absceso glúteo | 01 |
| Apendicectomía laparoscópica monoportal | 01 |
| Biopsia de piel de ulcera de miembro inferior | 01 |
| Drenaje de absceso de psoas por laparoscopia | 01 |
| Exploración de herida lumbar | 01 |
| Rafia de colon sigmoides | 01 |
| Hemorrodectomía con máquina PPH | 01 |



| | |
|---|------------|
| Colorecteanastomosis laparoscópica | 01 |
| Drenaje quirurgico de absceso hepatico | 01 |
| Exploración abierta de via biliar y cierre primario de coledoco | 01 |
| Drenaje de Bartholinitis | 01 |
| Toma de biopsia mamaria | 01 |
| Cura operatoria hernia epigastrica | 01 |
| Exeresis quiste pilonidal | 01 |
| Retiro cateter Port | 01 |
| Safenectomia | 01 |
| Drenaje de hematoma | 01 |
| Colocación de catéter de diálisis peritoneal | 01 |
| Cierre de pared abdominal | 01 |
| Reconfección muñón supracondileo | 01 |
| Extracción de cuerpo extraño esofágica por laparoscopia | 01 |
| Total | 493 |

Otras:

- Procedimiento diagnóstico: Laparoscopia diagnostica (3)
- Gastrointestinal: Gastroenteroanastomosis (3), Gastrectomía Subtotal Distal Radical (3), Rafia de Muñón Duodenal (2), Confección de Ileostomía (2)
- Hepatobiliar: Colecistostomía abierta (3), Derivación Biliodigestiva (3),
- Piel y partes blandas
- Ginecológico: Cistectomía de ovario (3),
- Vascular
- Osteomuscular
- Cervical
- Hernias

CUADRO Nº 6

TIPO DE INTERVENCIÓN ONCOLÓGICA ENERO-DICIEMBRE 2015

| Tipo de Intervención Oncológica | Nº de operaciones |
|---------------------------------|-------------------|
| Cirugía de Tiroides | 0 |
| Cirugía de mama | 1 |
| Cirugía gástrica | 3 |
| Cirugía de Colon | 6 |
| Cirugía Ginecológica | 0 |
| Melanoma | 0 |
| Páncreas | 1 |
| TOTAL REALIZADAS | 11 |



GRÁFICO Nº 9

Consultas Enero-Diciembre 2015



GRÁFICO Nº 10

Estadísticas de Sala de Cura Enero-Diciembre 2015





b) 1. Reuniones de Morbimortalidad y Anatomía Patológica: Casos presentados, Temas Discutidos y Conclusiones (Enero – Dic. 2015)

Mes y año. Enero 2015.
Expositor. Dr. Eduardo Salas.
Coordinador. Dra. Liumariel Vegas.

RESUMEN DE CASO.

Paciente masculino de 52 años de edad, con antecedente de cura operatoria de hernia inguinal derecha 10 años previo a su ingreso, quien presenta aumento de volumen en región inguinal derecha de 1 año de evolución, no doloroso, reductible, coercible, que se exacerba al momento del ingreso, asociado a dolor punzante de fuerte intensidad, irradiado a hemiabdomen inferior, irreductible.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: Fc 100 ppm, Fr 24 rpm. TA: 120/710 mmHg

Paciente en condiciones generales estables, afebril, taquipneico.

Tórax normoexpansible con RsRsPs sin agregados, RsCsRsRs s/s.

Abdomen blando, deprimible, doloroso en hemiabdomen inferior, sin signos de irritación peritoneal, RsHs (-). Gran aumento de volumen de saco escrotal, no reductible, doloroso a la palpación.

Extremidades eutróficas sin signos de edema.

Neurológico conservado.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Hernia inguinoescrotal recidivada estrangulada.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Intestino delgado isquémico desde 70 cms de asa fija.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Resección de intestino delgado (200cms) con Hemicolectomía derecha, confección de yeyunostomía y fístula mucosa del colon transversos.

COMPLICACIÓN

Síndrome de intestino corto

REVISIÓN

- Manejo del intestino corto.
- Evaluación intraoperatoria de la circulación enteral.
- Lesiones en el ciego.
- Colocación de mallas en pacientes con abdomen contaminado.



Mes y año. **Marzo 2015.**
Expositor. Dr. Eduardo Salas.
Coordinador. Dr. Elías Nakhal.

RESUMEN DE CASO.

Paciente femenino de 54 años de edad, quien presenta desde el día 05/10 dolor abdominal de aparición progresiva, en epigastrio, luego difuso a predominio de fosa iliaca derecha e hipogastrio asociado a fiebre de 39° C, vómitos y cambios en el patrón evacuatorio, acude a centro hospitalario el día 15/10, donde hospitalizan por 21 días, recibiendo tratamiento con metronidazol, egresa con mejoría parcial de los síntomas. El 28/10 se le indica Tomografía Abdomino pélvica que reporta área hipodensa de aspecto líquido, encapsulada de aproximadamente 9x5cm entre anexo derecho y fondo de saco posterior, presentando exacerbación del dolor y fiebre el día 04/11, por lo que acude a Gastroenterólogo quien refiere a nuestro servicio.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: Fc 100x Fr: 20x PA: 10/70 mmHg

Estables condiciones generales, febril al tacto, deshidratada. Mucosa oral seca. Mamas: Simétricas sin tumoraciones. CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S. **Abdomen: Globoso a expensas de panículo adiposo. Se palpa masa a nivel de fosa ilíaca derecha e hipogastrio, de consistencia dura, móvil, dolorosa. Doloroso a la palpación difusa, Blumberg +. Tacto vaginal: Vagina hipertérmica, cuello posterior cerrado, doloroso a la movilización, no se palpan anexos ni se evidencia secreción. Tacto rectal: Esfínter normotónico, doloroso a la palpación, no se palpan masas, sin evidencia de heces en ampolla. Neurológico: Conservado.**

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Plastrón apendicular abscedado.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Laparoscopia diagnóstica: Condición adherencial severa. Absceso en corredera parietocólica derecha con aproximadamente 200cc de pus.

Laparotomía Exploradora: Condición adherencial severa entre asas delgadas y ciego. Absceso con 400cc de pus en corredera parietocólica derecha y fondo de saco. Ciego perforado. Lesión incidental a 50cm y 110cm de válvula ileo-cecal. Lesión incidental en cara antero superior de vejiga.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Hemicolectomía derecha + resección de 120cm de asa delgada desde VIC con confección de Ileotransverso anastomosis latero-lateral en dos planos.

Sutura en dos planos de lesión de vejiga con crómico 2-0

Colocación de dren orientado a fondo de saco y corredera parietocólica derecha.



COMPLICACIÓN

- Dehiscencia de anastomosis ileotransversa.
- Dehiscencia de rafia de vejiga.

REVISIÓN

- Manejo del plastrón apendicular.
- Apendicectomía de intervalo para plastrón apendicular.
- Manejo de las lesiones vesicales.
- Factores de riesgo para dehiscencia de anastomosis.



Mes y año. Abril 2015.
Expositor. Dr. Eduardo Salas.
Coordinador. Dr. Ramón Saade.

RESUMEN DE CASO.

Paciente masculino de 24 años diagnóstico conocido de HIV+ que presenta el día 05/04 dolor de aparición súbita en epigastrio tipo punzante, que posteriormente se ubica en la totalidad del abdomen, no atenuado con analgésicos, asociado a evacuaciones diarreas y vómitos en múltiples oportunidades. Acude a nuestro centro el 09/04, donde es ingresado.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC 110 lpm FR 28 rpm

Regulares condiciones generales, afebril al tacto, deshidratado, con mucosa oral seca, taquipneico. Cuello: se palpa lesión nodular a nivel de triángulo posterior, pétreo, móvil. Cardiopulmonar: ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. **Abdomen: levemente distendido, poco deprimible, doloroso a la palpación superficial y profunda de manera generalizada, con signos de irritación peritoneal, RsHs ausentes.** Se palpa masa pétreo en región inguinal izquierda adherida a planos profundos, con lesiones maculares violáceas. Neurológico conservado

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Sepsis punto de partida abdominal: Ulcuspeticus perforado
SIDA C3.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Laparoscopia diagnóstica: Abundante líquido purulento libre en cavidad. Asas intestinales dilatadas

Laparotomía Exploradora: 2000cc de líquido purulento libre en cavidad con abundante fibrina. Úlcera de 5cm de diámetro prepilórica. Área de despulimiento de serosa a 50 cm de asa fija.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Gastrectomía subtotal distal + cierre de muñón duodenal con Vicryl 2-0 en dos planos a puntos continuos.

Gastrostomía con Foley 20Fr.

Yeyunostomía con Foley 22Fr.

Cierre abreviado de pared abdominal por condición del paciente.

COMPLICACIÓN

- Falla multiorgánica.
- Muerte.



REVISIÓN

- Manejo de la sepsis en el paciente VIH.
- Causas de perforaciones gástricas en pacientes VIH.
- Opciones quirúrgicas para el ulcuspepticus perforado.
- Manejo laparoscópico del ulcuspepticus perforado.
- Comparación entre el abordaje abierto y laparoscópico.



Mes y año. Mayo 2015.
Expositor. Dra. Génesis Jara.
Coordinador. Dra. Liumariel Vegas.

RESUMEN DE CASO.

Paciente masculino de 27 años de edad, quien presenta desde 1 día previo a su ingreso dolor abdominal, tipo cólico de moderada intensidad, localizado en mesogastrio, asociado a alza térmica no cuantificada, motivo por el cual acude a nuestro centro y se decide su ingreso.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC. 100ppm. FR. 18rpm.

Estables Condiciones Generales, afebril, deshidratado. Cardiopulmonar. Ruidos Respiratorios presentes sin agregados. Ruidos Cardíacos Rítmicos y regulares. **Abdomen.** RHAs positivos, blando, deprimible, **doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha, Blumberg (+), Psoas (+). Tacto rectal.** Esfínter tónico, **con dolor a la palpación hacia la fosa ilíaca derecha.** Neurológico. conservado. Extremidades. Sin edema.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Apendicitis aguda.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Laparoscopia diagnóstica: Condición adherencial. Fibrina interasas. 200cc líquido purulento retrocecal. Apéndice perforada.

Laparotomía Exploradora: Incisión de McBurney. Constatación de perforación en la base apendicular. Laparotomía media. Supra, trans infra umbilical.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Hemicolectomía derecha. Ileotransversoanastomosis laterolateral a mano en dos planos.

COMPLICACIÓN

- Colección intraabdominal.
- Dehiscencia de ileotransversoanastomosis.
- Hematoma de pared.

REVISIÓN

- Comparación entre abordaje laparoscópico, abierto en apendicitis perforada.
- Colecciones intraabdominales posterior a apendicectomías.
- Manejo de la apendicitis complicada.
- Dehiscencias anastomóticas. Tiempo de aparición. Factores de riesgo. Opciones quirúrgicas.
- Factores de riesgo para fungemia.



Mes y año. Junio 2015.
Expositor. Dr. Eduardo Salas.
Coordinador. Dr. Paul Millán.

RESUMEN DE CASO.

Paciente masculino de 52 años de edad, con antecedente de Colectomía abierta complicada con lesión iatrogénica en Noviembre 2012, que amerita realización de Derivación Biliodigestiva tipo Hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux, realizándosele reintervención al 6to día PO por colección intraabdominal con evidencia de dehiscencia parcial de anastomosis. En Febrero de 2014, presenta tinte amarillento de piel y mucosa, coluria y acolia. Acude a médico que indica antibioticoterapia con mejoría clínica. En Mayo 2014, presenta nuevamente tinte amarillento de piel y mucosa, coluria y acolia asociada a fiebre cuantificada en 39,5°C, ingresa por servicio de Gastroenterología.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales:Fc 60 Fr: 16x PA: 100/70 mmHg

Estables condiciones generales, afebril al tacto, hidratada. Piel: tinte icterico de piel y mucosas. Mamas: Simétricas, sin tumoraciones. CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S. Abdomen, globoso, deprimible, no doloroso, RsHs (+). Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla. Neurológico: Conservado.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Estenosis de derivación biliodigestiva.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Instrumentación endoscópica de la vía biliar asistida por laparoscopia.

Hallazgos. Condición adherencial severa. Asa intestinal y colon transverso adherido a pared abdominal.

Procedimiento. Sutura de lesión de colon transverso en dos planos utilizando crómico y seda 2-0. Localización de cabo ciego y su apertura. Introducción de endoscopio e Instrumentación de vía biliar realizando dilatación con balón y salida de litos. Cierre de cabo ciego y colocación de clip.

COMPLICACIÓN

- Sepsis de punto de parte biliar. Estenosis de derivación biliodigestiva en colangitis

PLAN DE TRABAJO.

Drenaje transparietohepático con colocación de catéter interno-externo.

REVISIÓN

- Manejo de estenosis biliares posterior a colecistomías.



-
- Factores que predicen fallo siguiendo una anastomosis bilioentérica alta posterior a colecistectomía.
 - Manejo multidisciplinario de la estenosis de la anastomosis biliodigestiva.
 - Manejo endoscópico de las estenosis biliares.
 - Manejo percutáneo de las estenosis biliares.
 - Dilatación con balón de las estenosis biliodigestivas.

RESUMEN

Pariente más
traumático

Examen Físico

Signos Vitales
de las condic
generalizada
Abdomen, di
en mesogast
Tacto rectal
Neurológico

PLANTEAM

Traumatismo
obstrucción

HALLAZGOS

Laparotomía
grado 4 de
vesical

INTERVEN

Cloruro de c
Revisión d
Cama de

COMPLICAC

- Síndrome
- Coloc
- Muerte

REVISIÓN

- Manejo
- Cirugía
- Manejo



Mes y año. Septiembre 2015.
Expositor. Dr. Eduardo Luque.
Coordinador. Dra. Liumariel Vegas.

RESUMEN DE CASO.

Paciente masculino de 22 años de edad, acude a la emergencia 4 horas posterior a traumatismo abdominal penetrante, por proyectiles múltiples en mesogastrio.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales:FC100ppm Fr: 24rpm PA: 90/60mmHg

Malas condiciones generales, afebril al tacto, deshidratada, palidez cutáneo mucosa generalizada. CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S.

Abdomen, distendido, con exposición de asas delgadas, a nivel de defecto de 4 cms en mesogastrio.

Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla.

Neurológico: Conservado.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Traumatismo abdominal penetrante por proyectiles múltiples complicado con evisceración.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Laparotomía exploradora. 2000cc hemoperitoneo. Múltiples lesiones grado 3 y grado 4 de asa delgada desde 80cms de ángulo de treitz hasta 70 cms de válvula ileocecal.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Cirugía de control de daños.

Resección de asa delgada con yeyunostomía proximal y distal. Packing abdominal. Cierre diferido de pared abdominal.

COMPLICACIÓN

- Síndrome compartimental abdominal.
- Colección intraabdominal.
- Muerte.

REVISIÓN

- Manejo del síndrome compartimental abdominal.
- Cirugía de control de daños.
- Manejo del abdomen abierto con terapia de presión negativa.



Mes y año. Octubre 2015.
Expositor. Dr. Eduardo Salas.
Coordinador. Dra. Elías Nakhal

RESUMEN DE CASO.

Paciente masculino de 43 años de edad, quien presenta dolor abdominal desde el 21/09 de aparición progresiva, tipo cólico, en mesogastrio y epigastrio, que posteriormente se torna difuso. Se asocia al cuadro náuseas y vómitos de abundante cantidad, y ausencia de evacuaciones durante 7 días, por lo que se decide su ingreso.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC: 104 lpm FR: 16 TA: 106/80 mmHg

Paciente en estables condiciones generales, afebril, deshidratada, mucosa oral seca.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, RsCsRsRs s/s; RsRsPs en AsCsPs sin agregados. Abdomen: levemente distendido, ruidos hidroaéreos, impresionan aumentados en frecuencia, blando, deprimible, doloroso a la palpación difusa, se observa en región inguinal derecha aumento de volumen no doloroso a la palpación, irreductible, sin signos de flogosis o cambios de coloración cutáneos.

Tacto vaginal: Genitales externos normoconfigurados, vagina normotérmica, normotónica, cuello posterior, largo, cerrado, sin salida de secreción.

Tacto rectal: Esfínter tónico, ampolla rectal sin heces. Extremidades eutróficas sin edema. Neurológico Conservado.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Obstrucción intestinal secundaria a hernia inguinal derecha atascada.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Laparoscopia diagnóstica. Defecto aponeurótico a nivel umbilical de 0.5cm, con saco herniario cuyo contenido de epiplón. Protrusión de asas delgadas a través de anillo femoral, que no fue posible reducir mediante la laparoscopia. Dilatación de asas delgadas proximales al sitio de obstrucción. 300 cc de líquido inflamatorio en fondo de saco posterior.

Inguinotomía. Hernia crural atascada, con saco herniario cuyo contenido era un segmento de asa delgada de 5 cm, localizado a 70cm de la válvula ileocecal, con cambios isquémicos reversibles, y con retorno de la motilidad del asa. Áreas de depulimiento a nivel del sitio de obstrucción. Defecto a nivel del anillo femoral de 1.5cm aproximadamente.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Cura operatoria de hernia crural con colocación de tapón de malla.

COMPLICACIÓN

- Perforación de asa delgada.
- Evisceración.



REVISIÓN

- Rol de la laparoscopia en la obstrucción intestinal. Criterios de laparotomía.
- Isquemia intestinal por obstrucción. Indicaciones de resección intestinal.
- Evaluación intraoperatoria de la circulación enteral.
- Factores que predicen resultados y evolución en hernias crurales complicadas con isquemia intestinal.

RESUMEN

Paciente #
presentando
progresiva
náuseas y

Examen F

Signos VC
Estables
CP, AsRx
Abdomen
derecha -
signos de
Tacto rec
Neurolog

PLANTE

Tumor ar
Embaraz

HALLAZ

200cc de
ovario izc

INTERVE

Laparom

RESULT

* Te

REVISIO

* M
* M



ANATOMIA PATOLOGICA

Mes y año. Enero 2015.

Expositor. Dr. Eduardo Salas.

Coordinador. Dra. Joanne Salas.

RESUMEN DE CASO.

Paciente femenino de 27 años de edad, que inicia enfermedad actual en el 2009 presentando masa palpable dolorosa en flanco derecho, que se exagera de manera progresiva. Hace 5 días la paciente refiere dolor de muy fuerte intensidad asociado a náuseas y vómitos

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC 96 ppm Fr: 16 rpm PA: 110/60mmHg

Estables condiciones generales, afebril al tacto, deshidratada.

CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S.

Abdomen blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en flanco y fosa ilíaca derecha, donde se palpa masa de bordes regulares, renitente, móvil, de 6 x 5 cm, con signos de irritación peritoneal. Examen ginecológico sin alteraciones

Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla.

Neurológico: Conservado.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Tumor anexial derecho de probable etiología ovario.

Embarazo de 18 semanas + 5 días.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

200cc de líquido ascítico. Tumor de 20 x 20cm, pétreo, móvil, proveniente de la pelvis, ovario izquierdo sin lesiones.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Laparoscopia diagnóstica. Salpingooforectomía derecha.

RESULTADO DE BIOPSIA

- Teratoma de ovario derecho.

REVISIÓN

- Manejo laparoscópico de lesiones de ovario.
- Manejo de lesiones ginecológicas en el embarazo.



Mes y año. Marzo 2015.
Expositor. Dr. JoseRosciano.
Coordinador. Dra. Liumariel Vegas.

RESUMEN DE CASO.

Paciente femenino de 12 años de edad, que inicia enfermedad actual en diciembre de 2012 presentando rectorragia, para lo cual recibe tratamiento para una parasitosis intestinal, sin mejoría. Posteriormente, se asocia al cuadro dolor en fosa ilíaca izquierda, debilidad general progresiva y pérdida de peso de 8 kg, por lo cual consulta.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC 92 ppm Fr: 16 rpm PA: 110/60mmHg

Estables condiciones generales, afebril al tacto, deshidratada, palidez cutáneo mucosa generalizada. Se observan máculas hiperpigmentadas en mucosa oral y dedos. CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S.

Abdomen blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal.

Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla.

Neurológico: Conservado.

COMPLEMENTARIOS: Hematología completa con anemia (Hb en 8.8), Sangre oculta en heces ++, EDS con pólipos sésiles en fundus, cuerpo y antro. EDI con pólipo pediculado que ocupa el 85% de la luz del sigmoides distal, sugestivo de pólipo de PeutzJeghers.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Pólipo hamartomatoso de sigmoides que ocupa en 85% de la luz. Síndrome de PeutzJeghers

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Lesión intraluminal en colon sigmoides que no impresiona invadir la serosa. Múltiples adenopatías en colon sigmoides.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Resección segmentaria de colon sigmoides mediante abordaje laparoscópico.

RESULTADO DE BIOPSIA

- Pólipo hamartomatoso de gran tamaño, sugestivo de enfermedad de PeutzJeghers.

REVISIÓN

- Origen genético del síndrome de PeutzJeghers.
- Causas de morbilidad del peutzjeghers.
- Manejo laparoscópico de PeutzJeghers.
- Relación cáncer-PeutzJeghers.



Mes y año. Abril 2015.
Expositor. Dr. Eduardo Luque.
Coordinador. Dra. Joanne Salas.

RESUMEN DE CASO.

Paciente femenino de 58 años con el antecedente de una gastrectomía subtotal distal D2 alfa por un GIST de cuerpo bajo y antro gástrico, que consulta por presentar aumento de volumen progresivo en hipocondrio derecho y dolor punzante de leve a moderada intensidad, por lo cual consulta.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC 82 ppm Fr: 16 rpm PA: 110/60mmHg

Estables condiciones generales, afebril al tacto

CP: RsRsPs S/A, RsCsRs SS.

Abdomen blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, donde se palpa aumento de volumen de 10 cm de diámetro, pétreo, levemente doloroso, sin signos de irritación peritoneal.

Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla.

Neurológico: Conservado.

COMPLEMENTARIOS: TAC de abdomen y pelvis se observa lesión de gran tamaño en parénquima hepático, redondeada, irregular, de 15 x 20 cm, con múltiples imágenes más pequeñas.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

MT hepática en estudio

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Hígado de superficie irregular, con múltiples imágenes blanquecinas, sugestivas de MT.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Biopsia hepática guiada por laparoscopia

RESULTADO DE BIOPSIA

- TU Neuroendocrino metastásico.

REVISIÓN

- GIST gástrico.
- Indicaciones de adyuvancia en GIST



Mes y año. Mayo 2015.
Expositor. Dr. Manuel Medina.
Coordinador. Dr. Humberto Chacón.

RESUMEN DE CASO.

Paciente femenino de 46 años con el antecedente de una Apendicectomía abierta en septiembre de 2013, con hallazgos de flegmón apendicular, que a partir de noviembre de 2013 refiere aumento de volumen en relación a cicatriz quirúrgica. Para mayo de 2014 la paciente refiere dolor de fuerte intensidad en relación a cicatriz quirúrgica, por lo cual acude y se decide su ingreso.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC 76 ppm Fr: 16 rpm PA: 110/60mmHg

Estables condiciones generales, afebril al tacto, deshidratada, palidez cutáneo mucosa generalizada. CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S.

Abdomen blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, donde se palpa aumento de volumen de 6 cm de diámetro, no reductible, adherido a planos profundos, ruidos hidroaereos presentes.

Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla.

Neurológico: Conservado.

COMPLEMENTARIOS: TAC de abdomen y pelvis se observa eventración a relación a cicatriz quirúrgica.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Eventración de incisión de Mcburney atascada

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Lesión de aspecto tumoral de 5 cm de diámetro, pétreo, firmemente adherido a aponeurosis, músculos.

Múltiples implantes tumorales en cavidad abdominal sugestivas de Carcinomatosis peritoneal.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

Resección de lesión tumoral en bloque.

RESULTADO DE BIOPSIA

- ADC metastásico infiltrativo con células en anillo de sello, probable etiología intestinal.

REVISIÓN

- Neoplasias malignas primarias del apéndice.
- Manejo del ADC de apéndice.
- Guías de tratamiento neoadyuvante para cáncer de apéndice.



Mes y año. Junio 2015.
Expositor. Dr. JoseRosciano
Coordinador. Dra. Omaira Rodríguez

RESUMEN DE CASO.

Paciente femenino de 68 años que refiere inicio de enfermedad actual hace 5 meses presentando vómitos postprandiales tardíos, asociado a pérdida de peso progresiva, por lo cual consulta.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC 82 ppm Fr: 16 rpm PA: 110/60mmHg

Estables condiciones generales, afebril al tacto, hidratada

CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S.

Abdomen blando, deprimible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, sin signos de irritación peritoneal.

Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla.

Neurológico: Conservado.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Enfermedad de Menetrier complicada con obstrucción del tracto de salida.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

Engrosamiento de la pared gástrica a predominio de antro, sin lesiones en cavidad sugestivas de MT.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

GASTRECTOMÍA TOTAL + ESÓFAGO-YEYUNO ANASTOMOSIS TÉRMINO-LATERAL EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO ASISTIDO POR ROBOT

RESULTADO DE BIOPSIA

- Hiperplasia foveolar, con engrosamiento de los pliegues gástricos, en relación a enfermedad de Menetrier.

REVISIÓN

- Manejo de la enfermedad de Menetrier.
- Asociación entre enfermedad de Menetrier y cáncer gástrico.



Mes y año. Octubre 2015.
Expositor. Dr. Manuel Medina.
Coordinador. Dra. Renata Sánchez.

RESUMEN DE CASO.

Paciente masculino de 46 años que refiere inicio de enfermedad actual en febrero de 2015, presentando dolor abdominal difuso en hemiabdomen superior, asociado a náuseas y vómitos postprandiales tardíos, que progresan a la intolerancia a la vía oral. El paciente recibe tratamiento médico con mejoría parcial de la clínica, persistiendo con los vómitos, por lo cual consulta.

Examen Físico de ingreso.

Signos Vitales: FC 72 ppm Fr: 16 rpm PA: 110/60mmHg

Estables condiciones generales, afebril al tacto, hidratada

CP: RsRsPs S/A, RsCsRs S/S.

Abdomen blando, deprimible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Tacto rectal: Esfínter normotónico, no se palpan masas, heces escasas en ampolla.

Neurológico: Conservado.

PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Tumor de yeyuno proximal.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.

LESIÓN ANULAR A 20CM DEL ÁNGULO DE TREITZ, DE CONSISTENCIA DURA, DE 2 CM DE LONGITUD, QUE CONDICIONA A DILATACIÓN PROXIMAL DE ASAS.

HÍGADO SIN ALTERACIONES.

INTERVENCIÓN REALIZADA.

RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS DE TUMOR DE YEYUNO EXTRACORPÓREA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

RESULTADO DE BIOPSIA

- ADC moderadamente diferenciado de yeyuno proximal.

REVISIÓN

- Epidemiología de neoplasias de intestino delgado.
- Abordaje diagnóstico de tumores de asa delgada.
- Manejo laparoscópico de tumores de asa delgada.



c) Actividades de Investigación y Extensión

C.1. Datos de productividad científica anual por Cátedras, Servicio y Unidades.

Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C"

Servicio: Cirugía III

Enero –Diciembre 2015

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

SI

NO

Nombre:

- Programa de Cirugía Robótica

- Unidad de Vías Biliares

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

SI

NO

Donación:

Costo en bolívares:

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

CONGRESOS:

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

Nombre del ó los Docentes que asistieron/ Escalafón/ Nombre del Congreso:

- Benítez G. (Titular), Sánchez A. (Asociado), Sánchez R. (Agregado), Nakhal E. (Asistente), Rodríguez O. (Asistente). LXX Jornada Nacional de Cirugía.



- **Benítez G (Titular); Sánchez A (Asociado); Sánchez R (Agregado); Saade R (Agregado); Rodríguez O (Asistente); Nakhal E (Asistente); Chacón H (Instructor); Salas J (Instructor).** Miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía.

- **Sánchez R (Agregado); Salas J. (Instructor).** Miembro Asociado de la Sociedad Venezolana de Mastología.

- **Sánchez A. (Asociado).** Coordinador del Comité de Nuevas Tecnologías de la Sociedad Venezolana de Cirugía.

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

SI

NO

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

- **Sánchez R. (Agregado); Sánchez A (Asociado); Rodríguez O. (Asistente); Benítez G. (Asociado).** Angiomixoma pélvico agresivo a propósito de un caso. Rev. VenezOncol 2014; 26(2):109-115.

- **Sánchez A (Asociado); Rodríguez O. (Asistente); Sánchez R. (Agregado); Benítez G. (Asociado).** Cierre primario de la vía biliar versus cierre sobre tubo en "T" durante exploración laparoscópica de la vía biliar. Revista Venezolana de Cirugía. Vol. 67 - (1) 2014.

- **Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente), Sánchez R (Agregado), Benítez G (Asociado).** Laparoscopic Surgery skills evaluation: Analysis base on accelerometers, Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons (JLS) Volumen 18, Número 4, 2014, Pag. (1-5).

- **Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente).** Robot-assisted surgery and Holmium Laser in Complex Choledocholithiasis. Case Report – Society of Laparoendoscopic Surgeons (CR-SLS) On Line – March 2015.

- **Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente).** Robot-assisted laparoscopic gastrectomy for Menetrier's disease. Journal of Robotic Surgery. On Line First – May 2015.

- **Sánchez R (Agregado).** "Schwanoma de la porción cervical del nervio frénico. Presentación de caso clínico" Revista Venezolana de Oncología. Volumen 27, Número 2. Año 2015.



6.- Refiera el número total de artículos presentados por el personal Docente de su Cátedra, Servicio o Unidad en Jornadas o Congresos Nacionales e Internacionales durante el lapso Octubre 2014 – Octubre 2015:

(14)Catorce.

Trabajos Presentados:

Videos:

1. **Sánchez A (Asociado); Rodríguez O (Asistente); Sánchez R (Agregado).** Colectomía subtotal en vesícula difíciles. Una alternativa quirúrgica para disminuir complicaciones. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
2. **Nakhal E (Asistente); Sánchez A (Asociado); Benítez G (Titular).** Abordaje laparoscópico de hernia paraesofágica de gran tamaño. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela. "**Mención Honorífica**".
3. **Salas E, Nakhal E (Asistente), Medina M.** Hernia de Morgagni en el adulto. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.

Poster:

1. **Sánchez A (Asociado), Rodríguez O (Asistente), Sánchez R (Agregado), Benítez G (Titular).** Nuevas frontera en cirugía robótica: Linfadenectomía inguinal endoscópica asistida con el Sistema DaVinci SHD. LXX Jornada Nacional de Cirugía. Caracas, Julio 2015. **Premio "Dr. Aquiles Erminy" al mejor Poster"**
2. **Rosciano J, Jara G, Medina M, Luque E, Nakhal E (Asistente).** Sistema de presión al vacío para el manejo avanzado de heridas complicadas. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
3. **Sánchez R (Agregado).** Fibrosarcoma de ovario, tumor poco frecuente. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
4. **Jara G, Zavaleta V, Sánchez R (Agregado).** Schwannoma de la porción cervical del nervio frénico. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.



5. Luque E, Salas E, **Rodríguez O (Asistente)**. Síndrome de arteria mesentérica superior. Complicación en la cirugía de escoliosis. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
6. Rosciano J, **Rodríguez O (Asistente)**, Vegas L. Pólipo anemizante de gran tamaño a nivel de sigmoides en el contexto de síndrome de Peutz-Jeghers. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
7. Rosciano J, **Rodríguez O (Asistente)**, Vegas L. Gastrectomía total y esófago yeyuno anastomosis asistida por robot en enfermedad de Menetriere. Primera experiencia a nivel mundial. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
8. **Rodríguez O (Asistente)**, **Sánchez A (Asociado)**, **Sánchez R (Agregado)**, **Benítez G (Titular)**. Abordaje multidisciplinario de la estenosis de la anastomosis Biliodigestiva. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
9. Salas E, Medina M, **Benítez G (Titular)**. Leiomioma primario de ovario. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
10. Medina M, Zavaleta V, **Vegas L**. Hernia interna transmesenterica estrangulada en dos segmentos intestinales no consecutivos. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.
11. Salas E, Luque E, **Vegas L**. GIST extraintestinal gigante: presentación Inusual. LXX Jornada Nacional de Cirugía. "Dr. Antonio Clemente Heimerdinger". 08 al 10 de julio de 2015. Hotel Eurobuilding. Caracas, Venezuela.

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

SI

NO

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

Nombre del Docente/Escalafón/ Nombre del Libro, Monografía/ Revistas, etc:

Benítez Pérez G (Titular). "Historia de la Cirugía Universitaria en Venezuela: Desde la Real y Pontificia hasta la Creación del Instituto de la Ciudad Universitaria, así como la "Historia de la Cirugía Universitaria en Venezuela: Desde el Postgrado de la



Universidad Central de Venezuela” hasta la Producción Científica del Postgrado de Cirugía General 2014”. 05/06/2015. Derechos Reservados. Depósito Legal: If2522015900382. ISBN978-12-7863-4. Impreso en Caracas-Venezuela. Primera Edición. 25 de Marzo de 2015.

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

(1) Uno

9.- Indique si actualmente queda algún Libro en elaboración

SI NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

Diga el Título y Autor del Libro

Benítez G (Titular); Sánchez A (Asociado); Sánchez R (Agregado); Saade R (Agregado); Rodríguez O (Asistente); Nakhal E (Asistente); Chacón H (Instructor); Salas J (Instructor). Cirugía Laparoscópica Avanzada.

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

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

Autor del Proyecto

Escalafón

Título del Proyecto

11.- Indique si algún miembro del Personal Docente de la Cátedra ó Servicio Ascendió en el Escalafón Universitario, durante los meses (Enero- Diciembre 2015).

SI

NO

En caso de ser afirmativa la respuesta:

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

- **Benítez G. (Titular).** Titulado: Parte 1. “Historia de la Cirugía Universitaria en Venezuela. Desde la Real y Pontificia hasta la Creación del Instituto de la Ciudad



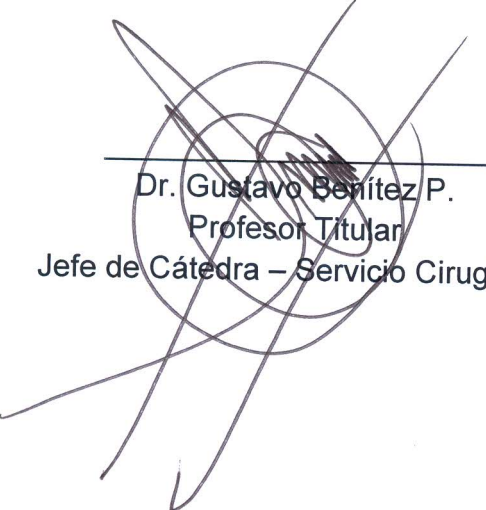
Universitaria. Parte 2. "Formación del Postgrado en la Universidad Central de Venezuela, Creación del Departamento de Cirugía General, hasta la Producción Científica de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" hasta el año 2014". (05 de junio de 2015).

- Rodríguez O. (Agregado). Titulado: "Cirugía Robótica en el Tratamiento de la Acalasia. Estudio Comparativo a largo plazo". (09 de noviembre de 2015).

12.- Otros:

- Sánchez A (Asociado). Orden "Dr. José María Vargas" en su Tercera Clase otorgada por la Universidad Central de Venezuela, con el aval del Consejo Universitario y el Consejo de la Orden. Caracas, Julio 2015.

- Benítez G. (Titular). Realizando Doctorado en Gerencial Empresarial, actualmente "Tesis Doctoral. FACES – UCV. 2015.


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

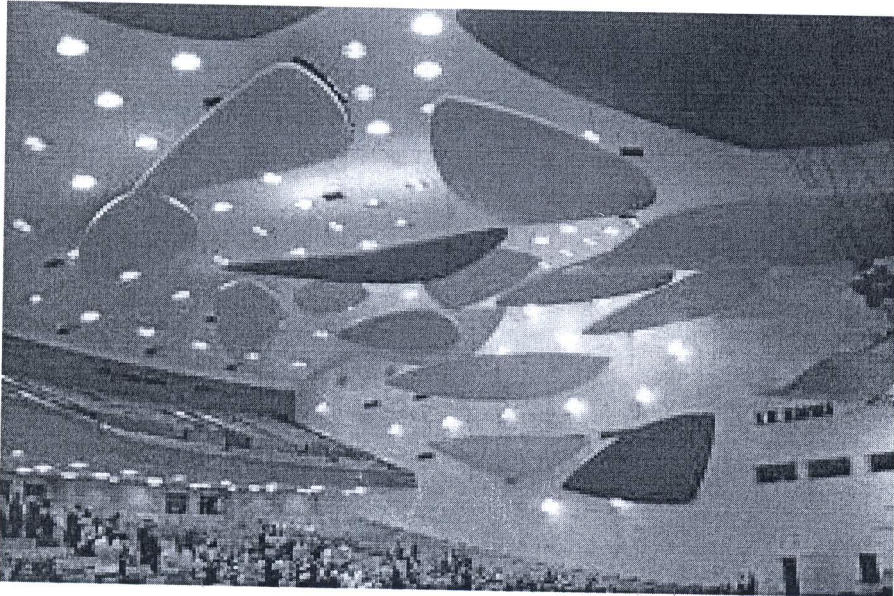


3. Bibliografía

1. Ley de Universidades: Gaceta Oficial # 1.429 Extraordinaria del 08 de Septiembre de 1.970
Reglamento Parcial (Copia de la Gaceta Oficial)
Nº 28.262 del 17 de Febrero de 1.967
2. Compilación Legislativa de la Universidad Central de Venezuela. 1.996 – 2.000. Tomo I, Tomo II, Tomo III, 1era Edición Junio 2.000.
Imprenta Universitaria U.C.V.
3. Silva Luisa Teresa: La Cátedra – Servicio, principios e ideas para su funcionamiento y organización (contribución a la Integración Docente – Asistencial). Caracas junio 1.980.
4. Paris Antonio: El estudiante de noveno semestre ¿Sabe de Cirugía? Trabajo presentado por el Dr. Antonio Paris para optar al ascenso a la categoría de profesor Asociado de la Facultad de Medicina, Escuela de Medicina “Luís Razetti”.U.C.V. 1.987
5. Paris Antonio: Informe de Actividades del año 1.988. Jefe (E) de la Cátedra – Servicio “C-III”. Caracas, mayo 1.989
6. Maestría y Doctorado Individualizado, U.C.V., Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de Postgrado. Caracas 1.996
7. Benítez P. Gustavo: Plan de Trabajo 2.014 – 2.016 Jefatura de Cátedra Servicio “C-III”. 2004
8. Benítez P. Gustavo: Informe Anual de la Cátedra – Servicio C-III, año 2012-2014
9. Departamento de Información Salud, Sección de Consulta Externa del Hospital Universitario de Caracas. 2012-2014.
10. Elías, Norbert¹. (2009). LA Soledad de los Moribundos. 3ª ed. FCE. Colección Centzonte. Pac: 107. México.
11. Benítez P. Gustavo: Informe Anual de la Cátedra – Servicio C-III, año 2014.

4. Anexos

- a. Publicaciones
- b. Trabajos Presentados
- c. Trabajo de Ascenso (2015)
- d. Unidad de Vías Biliares
- e. Programa de Cirugía Robótica
- f. Informe de Pasantías Opcionales Residentes del 3° año



Aula Magna. Autor: Carlos Raúl Villanueva. Ubicación: Universidad Central de Venezuela.

ITOL
OM
HEZ
UST
ATA

RES
tivo
ficio
pcto
leze
arepo
nico
er so
pato
travo
ficio
yal
ygo
nato
B:
cin

14
ofy
m A
Edi
k T
sa

a. Publicaciones

ANGIOMIXOMA PÉLVICO AGRESIVO A PROPÓSITO DE UN CASO

TA SÁNCHEZ, ALEXIS SÁNCHEZ, OMAIRA RODRÍGUEZ, SERGIO MELEAN, MILENA
TEGUI, GUSTAVO BENÍTEZ, MARISA DI NATALE

AL UNIVERSITARIO DE CARACAS. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL II. CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

El angiomioma agresivo es un tumor miofibroblástico frecuente de carácter benigno no encapsulado, de naturaleza invasiva y recurrente. Prevalce en mujeres en edad fértil. Usualmente se localiza en la pelvis y el periné. En el momento se han reportado en la literatura 310 casos. Presentamos el caso clínico de una paciente de 51 años de edad que consulta por aumento de volumen en región abdominal izquierda, acompañados de síntomas compresivos de vejiga y dificultad para evacuar. Por estudios paraclínicos se evidencia tumor pélvico que se extiende hacia fosa ilíaca izquierda y alcanza el glúteo ipsilateral. Se realizó resolución quirúrgica por abordaje abdominal y la evolución satisfactoria.

PALABRAS CLAVE: Tumor, miofibroblástico, angiomioma, agresivo, cirugía

SUMMARY

The aggressive angiomyoma is a benign, less frequent myofibroblastic tumor, not encapsulated his nature was very invasive and his recurrences are often present. It is more common in the women at the fertile age. It is usually located in the pelvis and the perineum. At this moment there have been reported only 310 cases of this type of tumor. We presented and study a clinical case of 51 year old female patient who consults with palpable mass in left gluteus, and urinary compressive symptoms with difficult to evacuate. We decided the surgical resection for abdominal and gluteus way was performed and the evolution of the patient was satisfactory.

KEY WORDS: Tumor, myofibroblastic, angiomyoma, aggressive, surgical

INTRODUCCIÓN

El angiomioma agresivo (AA) fue descrito por primera vez en 1983 por Steeper y col., como una neoplasia mesenquimal con bajo potencial de malignidad, utilizando el término agresivo por su carácter infiltrativo y recurrente ^(1,2). El AA se ha encontrado en tejidos blandos de la pelvis, periné, vagina, escroto, vejiga y útero ⁽¹⁻³⁾. Predomina en el sexo femenino con una proporción 6:1, con un rango de aparición entre los 11 años y 82 años, y un pico de incidencia en la tercera y cuarta década de la vida ^(4,5). Los pacientes en su

Recibido: 25/01/2014 Revisado: 03/02/2014

Aceptado para publicación: 15/02/2014

Correspondencia: Dra. Marfa Natale C. Urb. Curumo. Edificio La Parroquia Apto. Estado Miranda. Tel: +584166301656. E-mail: dmarisa@hotmail.com

Manuscript accepted

La mayoría son asintomáticos o se presentan como tumores a nivel vulvar o perineal. La evolución de este tipo de tumores es quirúrgica. Debido a la rareza de este tumor nos motivamos a presentar un caso clínico visto y diagnosticado en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 años de edad en consulta por presentar aumento de volumen progresivo no doloroso en región perineal izquierda, concomitantemente refiere síntomas obstructivos urinarios y dificultad para caminar de 5 meses de evolución. Al examen físico abdominal se evidencia lesión de bordes bien definidos, de superficie lisa, móvil, no dolorosa localizada en hipogastrio de 8 cm x 8 cm. En la glútea izquierda se aprecia aumento de volumen que desplaza la línea inter-glútea hacia la derecha (Figura 1). Al tacto vaginal se palpa una masa que comprime de forma extrínseca la pared posterolateral izquierda de la vagina impidiendo la dilatación del cuello uterino. En el tacto rectal se evidencia esfínter tónico y compresión extrínseca de la pared anterior y lateral izquierda.

Se solicita resonancia magnética nuclear, que evidencia una lesión ovalada (Figura 2 y 3) de contornos bien definidos, sin invasión a las estructuras adyacentes, de comportamiento quístico e hiper-intenso en secuencia de supresión de grasa, de 17 cm x 5 cm de diámetro que ocupa región pre-sacra y se extiende hacia la región isquiorrectal izquierda.

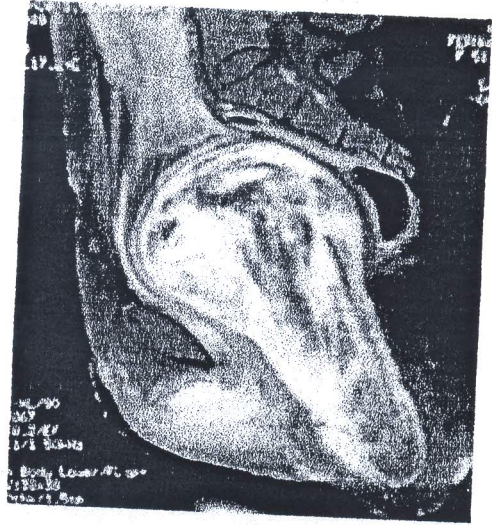


Figura 2. Resonancia magnética.



Paciente.

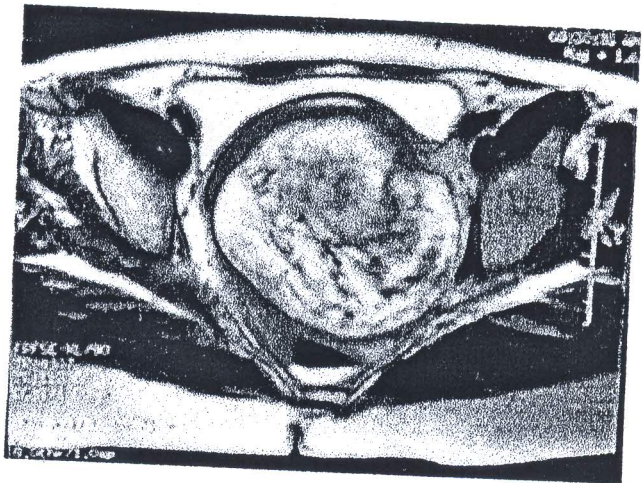


Figura 3. Aspecto de la lesión.

En vista de estos hallazgos se realiza colonoscopia y rectosigmoidoscopia rígida que evidencian compresión extrínseca de la vejiga y ampolla rectal sin infiltración.

Se decide resolución quirúrgica mediante abordaje abdominal y glúteo, con hallazgos de tumor de recto medio en cara posterior de 2 cm de diámetro sin infiltración de serosa y lesión nodular 20 cm x 15 cm de superficie nacarada, localizada en la pelvis que se extiende hacia la isquiorrectal izquierda en íntima relación con el útero y vejiga. Se procede a practicar resección anterior baja más histerectomía abdominal total con conservación de anexos y a la vez expuesta la lesión exéresis de la misma por abordaje combinado por vía glútea (Figura 5). El diagnóstico histopatológico de la lesión es un angiomioma agresivo sin evidencia de metástasis celulares. Al estudio inmunohistoquímico presenta positividad para desmina, actina de músculo liso, CD 34, receptores de estrógeno y progesterona y proteína s-100 negativa (Figura 6). La paciente evoluciona satisfactoriamente sin evidencia de recidiva local en los primeros meses de seguimiento.

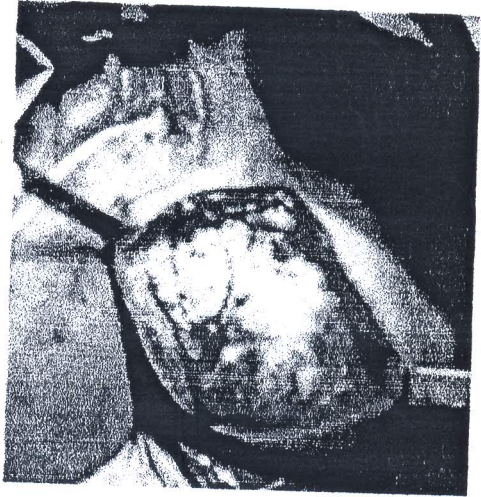


Figura 5. Abordaje glúteo.



Figura 6. Abordaje glúteo tumor.

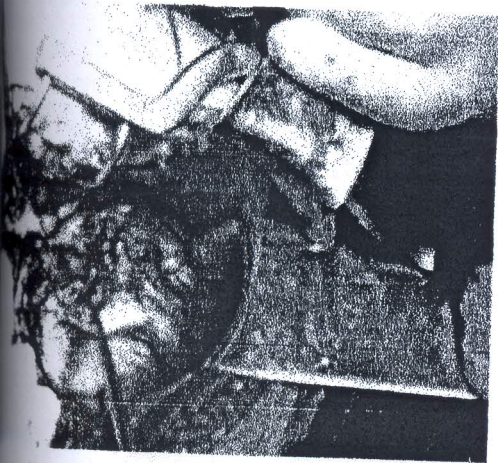


Figura 7. Abordaje abdominal.



7. Lesión.

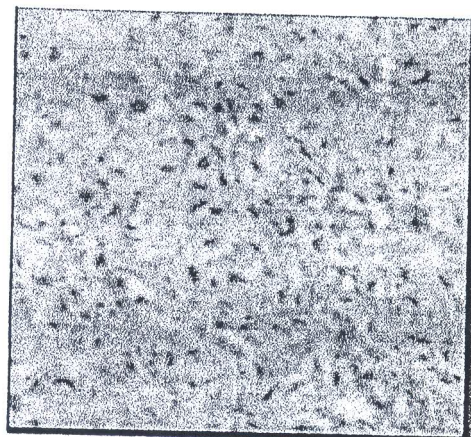
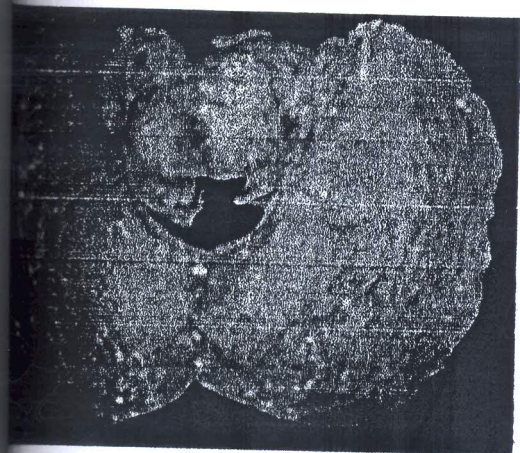


Figura 10. Actina de músculo liso positivo.



8. Aspecto de la lesión.

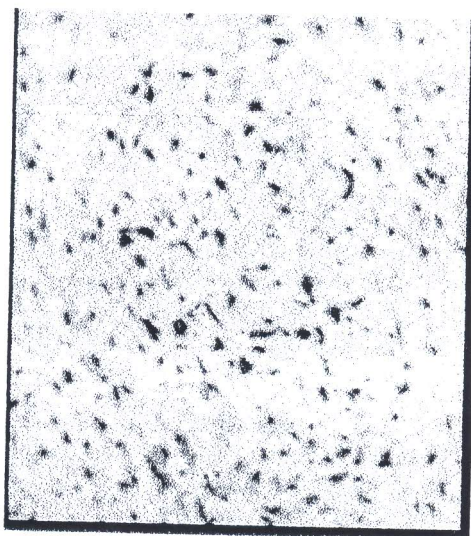
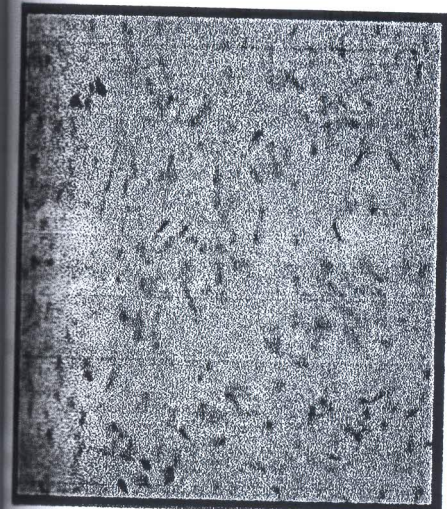


Figura 11. Vimentina positivo.



9. Desmina positivo.

DISCUSIÓN

El (AA) fue descrito por primera vez en 1983 por Steeper y col., como una neoplasia mesenquimal con bajo potencial de malignidad, utilizando el término agresivo por su carácter infiltrativo y recurrente ^(1,2). El AA se ha

El tumor conlleva a una expresión aberrante de las proteínas HMGIC (11). Por presentar expresión de receptor de estrógenos y progesterona, y ser una neoplasia que se presenta con mayor incidencia en mujeres fértiles y en embarazo, se deduce que probablemente sea un tumor hormono dependiente (12,13) siendo esta la base del tratamiento hormonal.

El tratamiento de elección del AA es quirúrgico, con resección de la lesión con márgenes negativos, si no es así este es uno de los factores predisponentes para la recurrencia de la enfermedad (14). Sin embargo, si existen condiciones mórbidas en el paciente, o el tratamiento quirúrgico es elevado se puede realizar la resección de la lesión con bordes positivos (15).

El tratamiento hormonal con análogos de la hormona del AA, ha sido descrito para enfermedad primaria (16) y recurrente (17,18), disminuyendo la necesidad de cirugías amplias tal y como lo

recomienda Suleiman M y col., (19), sin embargo, no hay consenso en cuanto a la duración del tratamiento y la dosis.

Debido a que el AA posee baja actividad mitótica, ha sido controversial el uso de la radioterapia como tratamiento adyuvante de la cirugía. Suleiman y col., (19) aplicaron radioterapia en una mujer de 59 años con la segunda recurrencia de la enfermedad posterior a tratamiento quirúrgico, con una dosis total de 60 Gy con un seguimiento en 3 años sin recurrencia.

En conclusión, se reporta un caso de AA en una mujer de 51 años, con una lesión de gran tamaño, que ameritó abordaje abdominal y glúteo con resección completa de la misma con márgenes negativos, debe ser tomado en cuenta como diagnóstico diferencial en un paciente con tumor de partes blandas en el área pélvica o perineal.

REFERENCIAS

1. Singer TA, Rossi J. Aggressive angiomixoma of the female pelvis and perineum. Report of 9 cases of a distinctive type of gynecologic soft tissue neoplasm. *Am J Surg Pathol*. 1983;7:463-475.
2. Hsu MC, Hoch BL, Wang BY, Unger PD. Aggressive angiomixoma of male genital region. Report of 4 cases with immunohistochemical evaluation including hormone receptor status. *Ann Diagn Pathol*. 2006;10(4):197-204.
3. van Ruggen JF, van Unnik JA, Briaire-de Bruijn IH, Hagginkam PC. Aggressive angiomixoma: A clinic pathological and immunohistochemical study of 11 cases with long-term follow-up. *Virchows Arch*. 2005;386(2):157-163.
4. Hutter K, Martinek I, Kehoe S. Aggressive angiomixoma. A case series and literature review. *Am J Surg Oncol*. 2010;36(4):335-339.
5. Jingui Z, Chunfa Z. Clinical experiences on aggressive angiomixoma in China (report of 93 cases). *Int J Gynecol Cancer*. 2010;20(2):303-307.
6. Gungor, T, Zengeroglu S, Kaleli A, Kuzey GM. Aggressive angiomixoma of the vulva and vagina. A common problem: Misdiagnosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;112(1):114-116.
7. Begin LR, Clement PB, Kirk ME, Jothy S, McCaughey WT, Ferenczy A. Aggressive angiomixoma of pelvic soft parts: A clinic pathologic study of nine cases. *Hum Pathol*. 1985;16(6):621-628.
8. Siassi RM, Papadopoulos T, Matzel KE. Metastasizing aggressive angiomixoma. *N Engl J Med*. 1999;341(23):1772.
9. Iandamura S, Cruz J, Faure Vergara L, Machado Puerto I, Ninfo V. Aggressive Angiomixoma: A second case of metastasis with patient's death. *Hum Pathol*. 2003;34(10):1072-1074.
10. Martinez MA, Ballestin C, Carabias E, González Lois C. Aggressive angiomixoma: An ultrastructural study of four cases. *Ultrastruct Pathol*. 2003;27(4):227-233.
11. Nucci MR, Weremowicz S, Neskey DM, Sornberger K,

CIERRE PRIMARIO DE LA VÍA BILIAR VERSUS CIERRE SOBRE TUBO EN "T" DURANTE EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR.

ALEXIS SÁNCHEZ-ISMAYEL (1)
 OMAIRA RODRÍGUEZ (2)
 RENATA SÁNCHEZ (3)
 GUSTAVO BENÍTEZ (4)
 LUISA RAGA (5)
 GÉNESIS JARA (5)

PRIMARY CLOSURE OF BILE DUCT VERSUS CLOSURE OVER TUBE "T" DURING LAPAROSCOPIC BILE DUCT EXPLORATION

ABSTRACT

Objective: To compare the safety of common bile duct primary closure vs "t" tube drainage in laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE).

Method: This is a prospective, controlled, no randomized study, of patients undergoing laparoscopic common bile duct exploration through choledochotomy, in a nine years period. In 15 patients we placed tube "T" drainage. In 20 cases a primary closure of the common bile duct was performed.

Results: No difference in age, sex or surgery indication was observed. The operative time of patients with "t" tube insertion was longer than patients with primary closure (\bar{x} : 145 minutes vs. \bar{x} : 110 minutes), however this difference has not statistical significance. 80% of patients with "t" tube had bile leakage of three days or less versus 30% of patients with primary closure ($p < 0.05$). One patient with "T" tube had an acute abdomen due to biliary peritonitis after tube removal, requiring laparoscopic reintervention for lavage and drainage. There were no complications in the primary closure group. No cases of residual stones have been reported. Postoperative hospitalization time shows no difference between groups.

Conclusion: Primary closure of the common bile duct without "T" tube insertion, after LCBDE for treatment of choledocholithiasis, is an effective and safe procedure.

Key words

Bile duct, primary closure, laparoscopy

comparar la seguridad del cierre primario de la vía sobre tubo en "T", luego de la exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB).

Estudio prospectivo, controlado, no aleatorio, de 15 años de evolución de ELVB, resueltos a través de coledocotomía de 9 años. A 15 pacientes se les realizó cierre primario, mientras que a 20 pacientes se les realizó cierre sobre tubo en "T" de la vía biliar común.

No se observaron diferencias en cuanto a sexo, tiempo de la cirugía entre los dos grupos. Si bien el tiempo de los pacientes a los cuales se les colocó el tubo en "T" (\bar{x} : 145 minutos vs. \bar{x} : 110 minutos), esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El 80% de los pacientes con "T" presentó salida de bilis a través del drenaje en un periodo menor a 3 días versus 30% de los pacientes con cierre primario ($p < 0.05$). Una paciente en el grupo con "T" presentó abdomen agudo debido a la extracción de tubo, requiriendo reintervención laparoscópica para lavado y drenaje. No se presentaron complicaciones en el grupo de cierre primario. No se han reportado casos de cálculos residuales. El tiempo de hospitalización fue similar en ambos grupos.

El cierre primario del colédoco sin inserción de tubo en "T" para tratamiento de la coledocolitiasis, es un procedimiento seguro y efectivo.

Palabras clave: Vía biliar, laparoscopia.

I. Facultad de Medicina UCV. Servicio de Cirugía Robótica HUC. Coordinador de la Cátedra de Cirugía Robótica HUC. SVC - SAGES

II. Facultad de Medicina UCV. Servicio de Cirugía Robótica HUC. SVC

III. Facultad de Medicina UCV. Servicio de Cirugía Robótica HUC. SVC

IV. Facultad de Medicina UCV. Jefe del Servicio de Cirugía Robótica HUC. SVC

V. Hospital Universitario de Caracas

VI. Hospital Universitario de Caracas

es una patología de alta prevalencia en
ándose en el 5-25% de la población adul-
es la segunda complicación mas común,
un 10-15% de los pacientes¹².

cúculos en la vía biliar a menudo se sospe-
clínica y el examen físico. Sin embargo, los
variables y van desde formas asintomáticas
tales como: síndrome icterico obstructivo,
En nuestro servicio, desde el año 2005
ritmo propuesto por Sánchez y colabora-
el paciente con litiasis vesicular y sospecha
ual ha demostrado tener excelentes resul-
to-beneficio de este grupo de pacientes^{3,4}.
el diagnóstico certero de coledocolitiasis,
iones de tratamiento, entre las cuales se
opancreatografía retrógrada endoscópica
guía de colecistectomía laparoscópica y
ópica de la vía biliar en el caso de reso-
o⁴.

han evidenciado que el manejo en un
bordaje laparoscópico tiene una efectivi-
omparables de morbimortalidad y venta-
mpo de hospitalización y costos, cuando
nejo en dos tiempos (CPRE + colecis-
nicial fue publicada en el año 2005, y en
desarrollado la técnica y se ha mejorado
e, se ha alcanzado una efectividad com-
mundiales, con una tasa de conversión del
yoría de nuestros pacientes son resueltos
través de coledocotomía (79,5%), lo cual
con la complejidad de los casos (la mayo-
en de una CPRE fallida) y el diámetro de
pecializado (coledocoscopio de 4,5mm)
vés del conducto cístico.

exploración a través de coledocotomía
e un tubo en "T". Sin embargo, múltiples
ada han sugerido que el cierre primario
a mediante cirugía de invasión mínima
e complicaciones similar, pero con ven-
tiempo quirúrgico, tiempo de hospitali-
paciente¹⁰⁻¹².

er estudio comparativo a nivel nacional
ario de la vía biliar versus cierre sobre
exploración laparoscópica de la vía biliar.

MÉTODO

o prospectivo, comparativo, que incluyó
n de exploración de la vía biliar resuel-

tos a través de coledocotomía en un periodo de 9 años.

Técnica quirúrgica

Una vez realizada la disección del triángulo de Calot e iden-
tificadas las estructuras anatómicas, se procede a la realización
de la colangiografía intraoperatoria (CIO), según técnica descrita
por nosotros previamente⁶. La realización de la CIO permite
identificar o confirmar la presencia de litos en la vía biliar prin-
cipal y obtener un mapa de la anatomía biliar extrahepática.

La indicación para realizar la coledocotomía, se basó en los
siguientes criterios: conducto cístico muy fino o tortuoso, pre-
sencia de múltiples litiasis en la vía biliar, cálculos de gran tama-
ño y cálculos enclavados o intrahepáticos. Previo a la realización
de la coledocotomía longitudinal supraduodenal, se coloca un
punto de referencia en la cara lateral de la vía biliar común, lo
cual facilita la realización de la incisión y la instrumentación,
posteriormente se procede a la extracción de los cálculos con
una cesta helicoidal, bajo visión directa mediante el uso de cole-
docoscopio flexible, teniendo especial cuidado en no pasar el
esfínter para evitar el edema postoperatorio (Fig. 1)¹².

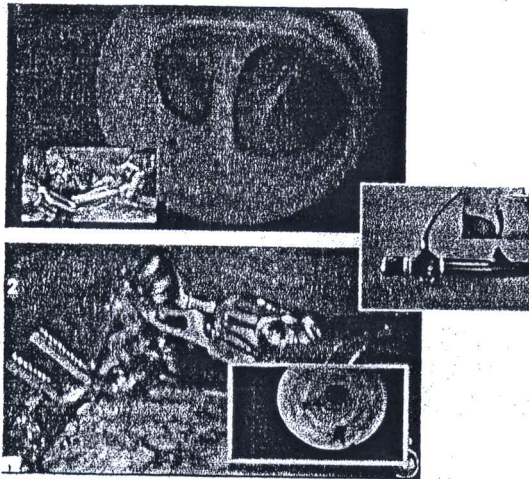


Figura 1.
Exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB)
bajo visión directa del coledocoscopio.

Una vez extraídos los litos, se concluye el procedimiento
mediante la inserción de un tubo en "T" y colocación de drenaje
subhepático (Fig. 2). Desde el año 2009 hasta la actualidad, en
los pacientes que cumplen con los siguientes criterios: vía biliar
mayor de 8 mm y poca manipulación del esfínter, hemos venido
realizado el cierre primario mediante el uso de puntos separados
de vicryl 4-0 con aguja RB1, dejando de igual manera drenaje
activo subhepático (Fig 3).

Los últimos cinco casos han sido realizados mediante ciru-
gía robótica con asistencia del Sistema DaVinci®, en el marco
del Programa de Cirugía Robótica del Hospital Universitario de

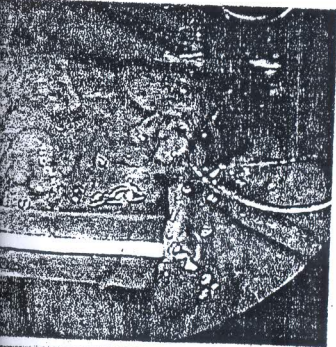


Figura 2.
Coledocotomía sobre tubo en "T"



Figura 3.
Cierre primario con puntos separados.

... que ha demostrado ser de gran utilidad en cirugías complejas, técnicamente demandantes, ... en el año 2011/14 (Fig. 4).

RESULTADOS

... de estudio de 9 años (mayo 2005 - hasta la ... ervinieron un total de 50 pacientes para la re ... oración laparoscópica de la vía biliar. De estos se ... gía abierta 6 pacientes (12%). ... 4 pacientes resueltos a través de cirugía lapa ... 9) pacientes (20%) fueron tratados por abor ... nducto cístico, por lo cual son excluidos del

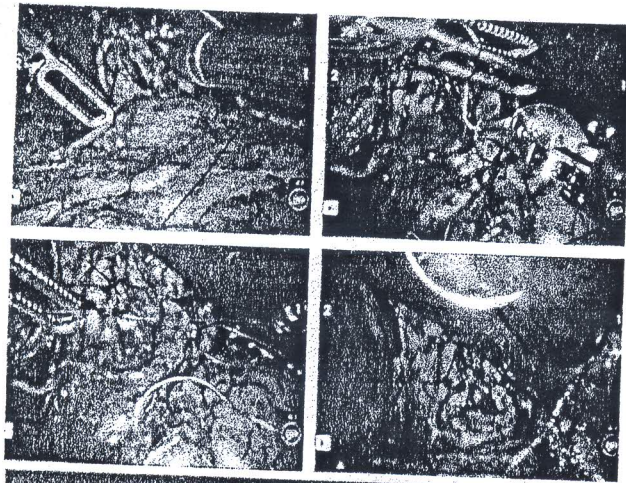


Figura 4.
Cierre primario asistido con robot. Sistema Da Vinci (SHD).

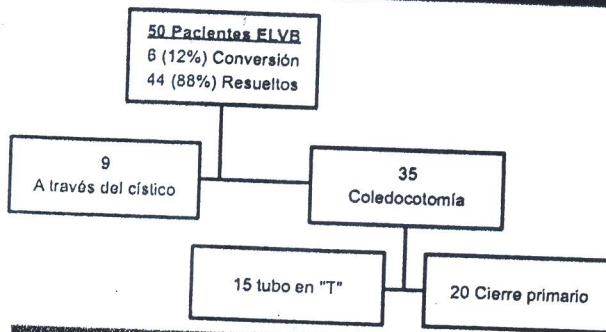


Figura 5.
Pacientes con indicación de exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB). Unidad de Vías Biliares (UBV-HUC).

Un total de 35 pacientes fueron tratados a través de coledocotomía. De estos, a quince (15) se les realizó cierre sobre tubo en "T" luego de la exploración a través de coledocotomía, mientras que a veinte (20) pacientes se les realizó cierre primario de la vía biliar común según la técnica descrita. No se observaron diferencias en cuanto a sexo, edad o indicación de la cirugía entre los dos grupos (Tabla 1).

Si bien el tiempo quirúrgico de los pacientes a los cuales se les colocó un tubo en "T" fue mayor (\bar{x} : 145 minutos vs. \bar{x} : 110 minutos), esta diferencia no fue estadísticamente significativa. No se presentó ninguna dificultad técnica en relación con el instrumental en ninguno de los dos grupos. El tiempo de hospitalización postoperatorio fue comparable.

La salida de biliar a través del drenaje subhepático, durante un tiempo menor de tres días, lo cual de acuerdo a las definiciones del International Study Group of Liver Surgery¹⁵, no es considerado una fístula biliar, se presentó en el 80% de los pacientes a

Tabla No. 1. Variables Estudiadas.

| | Tubo en "T" (n=15) | Cierre primario (n=20) | |
|--------|--------------------|------------------------|----|
| | 10 | 12 | NS |
| tiempo | 5 | 8 | NS |
| | 145' (87'-240') | 110' (62'-170') | NS |
| | 3.5 días | 3 días | NS |
| 1 día | 12 (80%) | 6 (30%) | S |
| 2 días | 0 | 0 | NS |
| | 1 (6,6%) | 0 | NS |

colocó un tubo en "T" versus 30% de los
primario (p < 0.05).

las complicaciones postoperatorias, una
po de cierre sobre el tubo en "T" presentó
ebido a bilioperitoneo luego de la extracción
requiriendo de reintervención laparoscópica
je. No se presentaron complicaciones en el
marío.

se han reportado casos de litiasis residual ni
a al procedimiento realizado.

DISCUSIÓN

mía laparoscópica es considerada el trata-
en los casos de litiasis vesicular, la realización
de la vía biliar a través de este abordaje era el
co en la evolución de la cirugía mínimamente
biliar.

o 1998, el estudio multicéntrico de la
a de Cirugía Endoscópica (EAES), conducido
it, ya demostraba las ventajas del abordaje en
ploración laparoscópica, en términos de tiem-
pón y costos⁷. Resultados similares reporta la
Cochrane, donde se incluye estudios de alto
Incluso el consenso de expertos del Instituto
(NIH) de los Estados Unidos, publicado en el
que la cirugía laparoscópica es una excelente
ejo de estos pacientes⁵.

las pautas de la Asociación Británica de
recomienda la ELVB como abordaje de elec-
con litiasis vesicular y coledocolitiasis⁶. La
procedimiento ha sido reportada entre 88% y
comparable con la CPRE, con una tasa de mor-
e.

nte, la exploración de la vía biliar era seguida

por el cierre sobre un tubo en "T", el cual estable-
ce una derivación externa del flujo biliar y reduce
la presión del mismo, favoreciendo la cicatriza-
ción. Además ofrece la ventaja de realizar un estu-
dio con contraste (colangiografía transKehr) o
incluso la instrumentación de la vía biliar a través
de éste¹⁶. Sin embargo, la colocación del tubo se
asocia a complicaciones en un 10-15% de los
casos, entre las cuales se encuentra: despla-
zamiento del tubo y obstrucción de la vía biliar,
dolor, celulitis o escoriación en la piel, trastomos
hidroelectrolíticos. Adicionalmente se ha sugerido
que prolonga el tiempo de hospitalización y dis-
minuye la satisfacción del paciente, quien debe
egresar con el tubo in situ, limitando su actividad

cotidiana y además debe volver al centro para estudio radioló-
gico y extracción del mismo^{10,16}.

Múltiples estudios han sugerido que el cierre primario es
una opción segura y efectiva luego de la ELVB. El metAnálisis
realizado por Gurusamy y Samraj, publicado en el año 2007,
concluyó que el cierre primario de la vía biliar común, es tan
seguro como la colocación del tubo en "T" en cirugía abierta⁹.
Estudios posteriores de excelente diseño metodológico han
demostrado la seguridad del cierre primario y sus ventajas en
relación con el tiempo quirúrgico y complicaciones inmediatas
y mediatas asociadas al tubo en T^{11,12}.

El estudio del tiempo quirúrgico es difícil en nuestra serie de
pacientes, ya que se trata de casos de complejidad variable, en
los cuales la introducción de la tecnología robótica en los últi-
mos cinco casos de cierre primario sería un gran sesgo para la
evaluación de este parámetro ya que esta tecnología facilita
enormemente las maniobras del cirujano, mejorando la manipu-
lación del instrumental dentro de la cavidad abdominal y la rea-
lización de la sutura y anudado intracorpóreo¹⁴.

Wu y colaboradores reportan en un metaanálisis publicado
en el año 2012 una diferencia significativa en relación al drenaje
de bilis durante el postoperatorio¹². Dicha diferencia fue confir-
mada en nuestra corta serie de pacientes (80% en el cierre sobre
tubo en "T" vs 30% para el cierre primario); sin embargo, debe-
mos aclarar que la misma no tuvo ninguna repercusión en la
evolución postoperatoria de los pacientes, y por lo tanto no la
consideramos como un punto de importancia a la hora de apo-
yar el cierre primario.

En el estudio, una paciente presentó abdomen agudo por
bilioperitoneo luego del retiro del tubo en "T" de Kehr y requirió
la realización de lavado y drenaje por vía laparoscópica, compli-
cación descrita en otros estudio y relacionada con dos factores:
1. Formación tardía del trayecto fistuloso debido a la escasa
reacción inflamatoria del abordaje mínimamente invasivo.

ción de tubo en "T" de silasticTM. En contraposición en el cierre primario de la coledocotomía, no se presentaron complicaciones postoperatorias. Esta diferencia en la tasa de complicaciones y reintervención no fue estadísticamente

significativa. En definitiva, no se demostraron diferencias significativas entre los grupos, si bien la satisfacción del paciente no fue ampliamente estudiada, queda claro que durante el seguimiento el paciente con cierre primario de la vía biliar, requiere menos estudios, cuidados y visitas al hospital que el paciente con tubo en "T".

El cierre primario de la vía biliar común luego de exploración laparoscópica (ELVB) para tratamiento de coledocolitiasis es un método seguro y efectivo.

REFERENCIAS

1. Surgical management of common bile duct stones. *Endosc* 2002; 56(6 Suppl):S183-9
2. Mauldin P, Marsi V, Hawes R, Hoffman B. Bile duct stones and laparoscopic cholecystectomy: a decision analysis to assess the value of intraoperative cholangiography, EUS and ERCP. *Gastrointest Surg* 1999; 49(3):334-43
3. Sánchez A, Benítez G, Rodríguez O, Pujadas Z, Valero N, Nakhal e. Exploración laparoscópica de la vía biliar. Primera experiencia en un Hospital Universitario de Caracas. *Rev Venez Cir* 2005; 61(4):155-61
4. Sánchez A, Rodríguez O, Sánchez R. Colangiografía intraoperatoria y manejo laparoscópico en un solo tiempo de la coledocotomía. *Rev Venez Cir* 2008; 61(4):155-61
5. State of the science statement on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for diagnosis and therapy. NIH Consensus State Sci Statements 2002; 19:1-26
6. Green E J, Green J, Beckingham I, Parks R, Martin D, Lombard M. Guidelines on the management of common bile duct (CBDs). *Gut* 2004; 53:1004-21
7. Lezoche E, Morino M, Croce E, Lacy A, Toouli J et al. E.A.E.S Multicenter prospective randomized trial comparing to-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi. *Surg Endosc* 1999; 13:952-7.
8. Phillips E, Toouli J, Pitt H, Soper N. Treatment of common bile duct stones discovered during cholecystectomy. *J Gastrointest Surg* 2008; 12:624-8
9. Sánchez A, Rodríguez O, Benítez G, Sánchez R, Belloirín O. Exploración laparoscópica de la vía biliar y manejo actual de la coledocolitiasis. *Rev Venez Cir* 2009; 61(4) 155-61.
10. Gurusami KS, Koti R, Davidson BR. T-tube drainage versus primary closure after laparoscopic common bile duct exploration. The Cochrane Collaboration: 2013.
11. Yin Z, Xu K, Sun J, Zhang J, Xiao Z, Wang J, Niu H, Zhao Q, Lin S, Li Y. Is the end of the T-tube drainage era in laparoscopic choledochotomy for common bile duct stones coming? a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2013; 257:54-66.
12. Wu X, Yang Y, Dong J, Gu J, Lu J, Li M, Mu J, Wu W, Yang J, Zhang L, Ding Q. Primary closure versus T-tube drainage in laparoscopic common bile duct exploration: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Langenbecks Arch Surg* 2012; 397:909-16.
13. Sánchez A, Rodríguez O, Sánchez R, Paredes O. Coledocoscopia en la exploración laparoscópica de la vía biliar para resolución de coledocolitiasis. *Rev Venez Cir* 2009; 32(1):25-30
14. Sánchez A, Rodríguez O, Dávila H, Valero R, Benítez G, Sánchez R, Visconti MF. Robot- assisted laparoscopic common bile duct exploration: case report and proposed training model. *J Robotic Surg* 2011; 5(2):145-8
15. Koch M, Garden J, Padbury R, Rahbari N, Adam R, Capussotti L, et al. Bile leakage after hepatobiliary and pancreatic surgery: A definition and grading of severity by the International Study Group of Liver Surgery. *Surgery* 2011; 149(5):680-8
16. Martínez Baena D, Parra Membrives P, Díaz Gómez D, Lorente Herce JM. Exploración laparoscópica de la vía biliar y coledocografía sobre prótesis biliar: dejando atrás el tubo de Kehr. *Rev Esp Enferm Dig* 2013; 105:125-13
17. Maghsoudi H, Garadaghi A, Ali Jafay G. Biliary peritonitis requiring reoperation after removal of T tubes from the common bile duct. *Am J Surg* 2005; 190:430-3
18. Gharalbeh K, Heiss H. Biliary leakage following t-tube removal. *Int Surg* 2000; 85:57-63

Laparoscopic Surgery Skills Evaluation: Analysis Based on Accelerometers

Alexis Sánchez, MD, MSc, Omaira Rodríguez, MD, Renata Sánchez, MD, Benítez, MD, MSc, Romina Peña, MD, Oriana Salamo, MD, Valentina Baez, MD

Objective: Technical skills assessment is an important part of surgical training. Subjective assessment is not appropriate for training feedback. The now increased demand for objective assessment of surgical performance. Economy of movement analysis is proposed as an excellent alternative for skills assessment. Investigators describe a readily available method to assess surgical skills through motion analysis using accelerometers in Apple's iPod Touch device.

Two groups of individuals with different laparoscopic surgery skill levels (experts and novices) were studied. Each group was asked to perform a given task. An iPod Touch placed on the dominant hand of the surgeon. The Accelerometer Data Pro application makes it possible to obtain movement-related data detected by the accelerometer. Average acceleration and maximum acceleration along the x, y, and z axes were determined and compared.

Analysis of average acceleration and maximum acceleration showed statistically significant differences between groups on both the y ($P = .04$, $P = .03$) and z ($P = .04$) axes. This demonstrates the difference between experts and novices. The x-axis showed no significant differences between groups, which could be explained by the fact that there were few movements on this axis.

Accelerometer-based motion analysis is a valid method to evaluate laparoscopic skill development of surgeons. It could be used in training programs. Validation is required.

Validation of this device in an in vivo setting is a research goal of the investigators' team.

Key Words: Laparoscopic surgery, Training, Evaluation, Accelerometers, iPod Touch

INTRODUCTION

Laparoscopic surgery has many advantages over open surgery, even when it comes to complex procedures or low-incidence diseases.^{1,2} However, surgeons must overcome their own technical difficulties, and it is essential to acquire specific new skills; therefore, the traditional surgical learning method seems not to be the optimal one.³⁻⁵

Laparoscopic surgery requires certain skills that cannot be taught simply by apprenticeship. Minimally invasive surgery (MIS) requires a high degree of eye-hand coordination. The training program for MIS techniques at our center includes bench models and simulation. It has been shown that the skills acquired in the laboratory are subsequently transferred to the real environment.⁶ Technical skills assessment is considered an important part of surgical training. Subjective assessment is not appropriate for training feedback, and there is now increased demand for objective assessment of surgical performance. The time required to complete a specific task is not necessarily a reliable measurement of accuracy and efficiency.^{7,8}

Therefore, the use of ranking scales, recording the penalties and mistakes made during the procedure, could contribute to enhancing the reliable assessment of surgeons' performance.⁹ Video analysis can define the path an instrument's movement and has the advantage of not interfering with the procedure performed. However, the methods reported are not yet standardized, availability is limited, and the process involves complex recording systems and image analysis.¹⁰ The assessment of movement patterns can be performed with different systems that consist mostly of specialized and expensive equipment.¹¹

In this research, we proposed and assessed motion analysis using low-cost and readily available equipment, such as the fourth-generation iPod Touch (Apple, Inc, Cupertino, Cali-

University of Venezuela, Caracas, Venezuela (Dr. A. Sánchez and Benítez); Surgery Department III, University of Venezuela (all authors).

of robotic surgery.
Alexis Sánchez, MD, MSc, Robotic and Minimally Invasive Surgery, Floresta Medical Institute, Av Principal La Floresta, Caracas, Venezuela. Tel: 58-414-3310944, E-mail: dr.alexissanchez@floresta.com.ve

formia). This device has accelerometers in 3 axes (x , y , and z), permitting assessment of the quality of movements made by a surgeon while performing a task. There are no similar reports in the literature or previous experience with the use of this type of equipment to determine MIS skills.

MATERIALS AND METHODS

iPod Touch

The iPod Touch, designed and distributed by Apple, has a motion sensor to measure linear acceleration in 3 axes (x , y , and z). It includes a receiver element and a serial interface capable of providing any particular information obtained, which can be stored in memory. Using the Accelerometer Data Pro application (Wavefront Labs. <http://www.wavefrontlabs.com>), information related to acceleration and orientation in 3 dimensions is obtained, allowing memory storage and subsequent transmission or transfer via the Internet as independent data files (comma-separated values), which can be imported into Excel (Microsoft Corporation, Redmond, Washington) for tabulation and analysis.

Methods

This was a cross-sectional study. The performance of 2 groups of individuals with different skill levels in laparoscopic surgery was compared. The first group of 5 individuals (novices; postgraduate year [PGY] 1) had no experience in laparoscopic surgery in vivo, and the second group of 5 surgeons (experts; PGY 3). PGY 3 surgeons at our center have performed 40 cases of laparoscopic surgery and have been trained and evaluated in unanimated and animal models.

The task that was performed in this study corresponds to task 3 of laparoscopic common bile duct exploration 4-task training model described at our center. During this task, the surgeon in training must place a T tube in a simulated common bile duct. It has been extensively validated and proved to have great ability to distinguish among individuals with different skill levels in MIS¹² (Figure 1).

The exercise was carried out with the device (iPod Touch) placed on the wrist of the operator's dominant hand (Figure 2) using an armband case (iArmBands). An video explaining the task was shown to all participants, and they were allowed to perform initial, unassessed trials with the model.

For each study group, the time to complete the task, average acceleration, and maximum acceleration in each

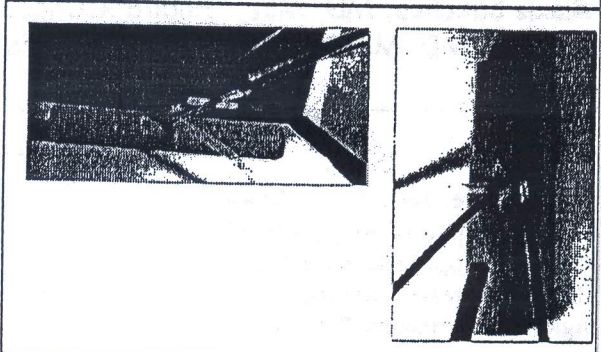


Figure 1. Laparoscopic common bile duct exploration 4-task training model: task 3.



Figure 2. The iPod Touch 4G device on the surgeon's dominant hand wrist.

axis (x , y , and z) were measured. The nonparametric Student t test was used to determine the difference between novices and experts.

RESULTS

A total of 10 exercises were measured; 5 novices and 5 experts were studied during the performance of this s

netic tracking device to determine the positions and movements of instruments. The final drawing obtained was called "movement signature," which allowed clear differentiation among individuals with different levels of experience.

Rosen et al¹⁸ designed an electromechanical unit known as the Blue Dragon to measure movements made by the hands and the force that is applied to instruments. Cristancho et al¹⁹ described their own experience with use of electromagnetic systems, emphasizing the importance of movement study as an objective and practical parameter. Likewise, Yamaguchi et al²⁰ emphasized the importance of assessing psychomotor skills by detecting movements when a complex task in laparoscopic surgery, such as tying an intracorporeal suture knot, is performed.

Multiple tracking devices have been used in recent years to objectively assess psychomotor skills in MIS. However, most are expensive, which is a major limiting factor for their application in our environment.

Acceleration is related to precision. Novice surgeons make sudden movements that are registered as wider positive or negative variations in acceleration. The proposed method demonstrated the ability to distinguish between individuals with different skill levels (PGY 1 vs PGY 3) on the *y* and *z* axes. The laparoscopic common bile duct exploration training model task 3 involves few movements in the horizontal plane, which would explain why no difference was documented in movements made on the *x* axis. However, this fact will be discussed in future related research studies. The time to perform the task was shorter in the expert group, but we have previously shown that this parameter is not sufficient to distinguish among surgeons with different skill levels.¹⁴

The use of accelerometers in the iPod Touch device proposed in this report is not found in the literature. Therefore, the addition of this evaluation method to training programs requires validation. Such a validation process should include many aspects, such as accessibility, easy data interpretation, and the ability to differentiate between expert surgeons and untrained individuals. This study had the limitation of a small sample size (5 novices vs 5 experts); a validation protocol with a larger number of individuals, performing a different task with movements requirement in all 3 dimensions, will be carried out soon at our center to provide stronger evidence.

The validation of this method is intended to contribute positively to laparoscopic surgery training programs. This method could be used to assess progress over time, en-

surging our staff's training without compromising patient safety. The aim is the achievement of novel surgical techniques with high effectiveness and low morbidity.

CONCLUSIONS

Accelerometer-based motion analysis appears to be a useful tool to evaluate laparoscopic skill development of surgeons and should be used in training programs. Validation of this device in an in vivo setting is a research goal of our team.

References:

1. Sánchez A, Rodríguez O, Bellorín O, Sánchez R, Benítez G. Laparoscopic common bile duct exploration in patients with gallstones and choledocholithiasis. *JLS*. 2010;14(2):246-50.
2. Sánchez-Isturpe A, Cruz-González G, Sánchez R, et al. Manejo laparoscópico de las anomalías sintomáticas del uraco. *Actas Urol Esp*. 2009;33(3):284-9.
3. Tsuda S, Scott D. Surgical skills training and simulation. *Curr Probl Surg*. 2009;46(4):271-370.
4. Roberts K, Bell R, Duffy A. Evolution of surgical skills training. *World J Gastroenterol*. 2006;12(20):3219-24.
5. Bridges M, Diamond D. The financial impact of teaching surgical residents in the operating room. *Am J Surg*. 1999;177(1):28-32.
6. Figert P, Park A, Witzke D, Schwartz R. Transfer of training in acquiring laparoscopic skills. *J Am Coll Surg*. 2001;193(5):533-7.
7. Smith S, Torkington J, Brown T, Taffinder N, Darzi A. Motion analysis. A tool for assessing laparoscopic dexterity in the performance of a laboratory-based laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2002;16(4):640-5.
8. Mason J, Ansell J, Warren N, Torkington J. Is motion analysis a valid tool for assessing laparoscopic skill? *Surg Endosc*. 2013;27(5):1468-77.
9. Vassiliou M, Feldman L, Andrew C, et al. A global assessment tool for evaluation of intraoperative laparoscopic skills. *Am J Surg*. 2005;190(1):107-13.
10. Reiley C, Lin H, Yuh D, Hager G. Review of methods for objective surgical skill evaluation. *Surg Endosc*. 2011;25(2):356-66.
11. Oropesa I, Sánchez-González P, Chmarra M, et al. EVA: laparoscopic instrument tracking based on endoscopic video analysis for psychomotor skills assessment. *Surg Endosc*. 2013;27(3):1029-39.
12. Sánchez A, Otaño N, Rodríguez O, Sánchez R, Benítez G, Schwitzer M. Laparoscopic common bile duct exploration

b. Trabajos Presentados



NUEVAS FRONTERAS EN CIRUGÍA ROBÓTICA: LINFADENECTOMÍA INGUINAL ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR SISTEMA DAVINCI SHD.

Dr. Rosciano José G., Dr. Sánchez Alexis, Dra. Rodríguez Omaira, Dra. Sánchez Renata, Dr. Sotelo René
Programa de Cirugía Robótica. Hospital Universitario de Caracas. Email: crosciano@hotmail.com

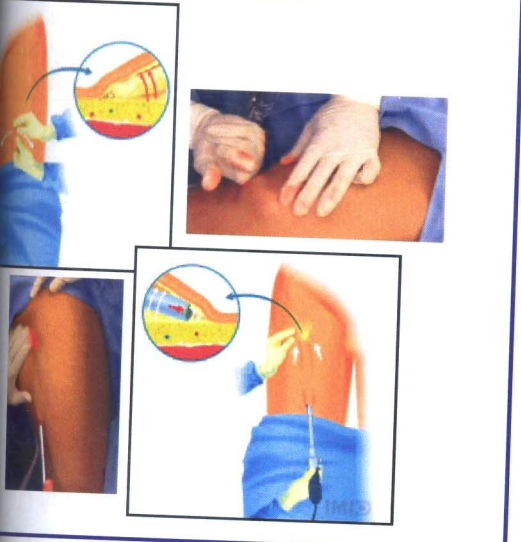
Premio Mejor Poster

INTRODUCCION

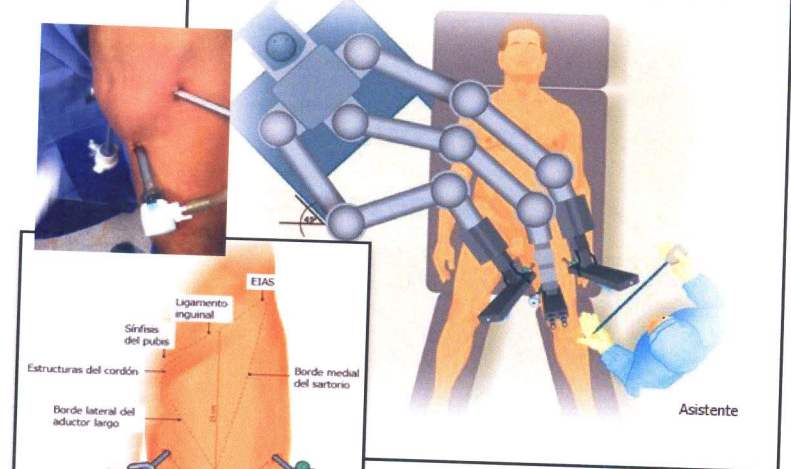
La linfadenectomía inguinal forma parte del tratamiento locorregional en paciente con melanoma. El abordaje convencional conlleva una alta tasa de complicaciones relacionadas a dehiscencia, seromas, infección y morbilidad. A su vez, la incorporación de la tecnología robótica permite una óptima visión tridimensional y mayor maniobrabilidad en el espacio de trabajo. *A continuación se dan a conocer detalles de la técnica utilizada en nuestro programa.*

TÉCNICA QUIRURGICA

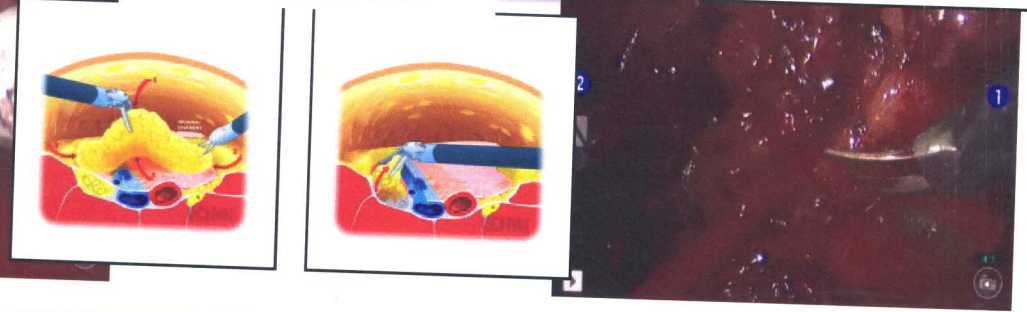
CREACION DEL ESPACIO



ACOPLAMIENTO DE BRAZOS DEL SISTEMA



LINFADENECTOMIA



IDENTIFICACION DEL CAYADO DE LA SAFENA MAGNA

RESULTADOS

Este programa ha sido el primero a nivel mundial en reportar el uso de este procedimiento en paciente con diagnóstico de melanoma de miembro inferior. Con un tiempo operatorio de 130 minutos, sin eventos intraoperatorios, tiempo de recuperación de 3 días, el drenaje se mantuvo por 8 días, no se presentaron complicaciones asociadas al sitio quirúrgico.

CONCLUSIONES

La linfadenectomía inguinal endoscópica asistida por Robot es un procedimiento seguro y efectivo. La incorporación de la tecnología robótica a este procedimiento, en un lugar tan reducido, brinda ventajas incuestionables, conduciendo a una disminución en la curva de aprendizaje. Actualmente se lleva a cabo un estudio prospectivo para evaluar de manera objetiva, sus ventajas sobre el abordaje convencional "

Palabras Clave: Linfadenectomía, Cirugía Robótica, Melanoma

1. Bastiaannet E, van Ginkel R, Hoekstra H. Therapeutic groin dissection for melanoma: risk factors for short term morbidity. Eur J Surg Oncol 2009; 36:1068-74.
2. Ward J, Pisters L, Wood C, Dinney C, et al. Phase 1 Prospective evaluation of the oncological adequacy of robotic assisted video-endoscopic lymph node dissection in patients with penile carcinoma. BJU 2012;111:1068-74.
3. Shivers S, Pendas S. Regional node dissection for melanoma: techniques and indication. Surg Oncol Clin North Am 2007; 16:247-61.

FRECUENTE.

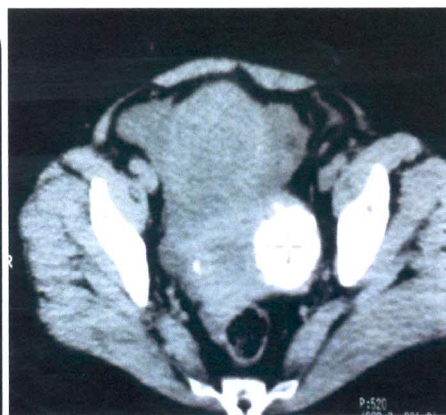


Dr. Luque, Eduardo; Dr. Medina, Manuel; Dra Sánchez, Renata.
Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C", Hospital Universitario de Caracas
E.mail: eluque1988@gmail.com

Los fibromas de ovario son tumores derivados de las células de la granulosa, los cuales ocupan el tercer lugar después de los derivados de las células epiteliales y de las germinales. Los fibrosarcomas comprenden el 1% de los fibromas de ovario. Se caracterizan por un comportamiento agresivo, con baja sobrevida a los dos años y metástasis tempranas y recurrencias. Actualmente existen pocos casos reportados en la literatura mundial. A continuación se presenta un caso ingresado en nuestro servicio.



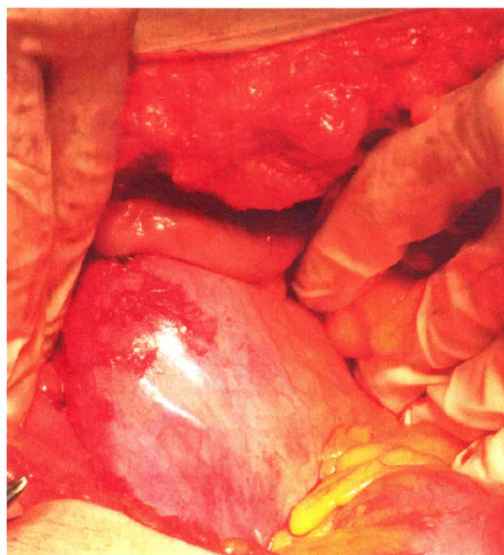
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 63 años, quien inicia enfermedad actual hace 3 años, cuando presenta aumento de volumen progresivo en hemiabdomen inferior. Examen Físico evidencia masa palpable en hemiabdomen inferior pétérea, no dolorosa, no móvil. Al examen ginecológico se palpa al tacto bimanual masa de gran tamaño que se moviliza a la palpación del fondo uterino, tacto rectal sin alteraciones. Se realiza eco pélvico que evidencia lesión ecomixta de aspecto sólido que ocupa la pelvis, y TC de abdomen y pelvis en la que se observa LOE heterogéneo de 17x10cm con áreas hipodensas irregulares y zona de calcificación periférica.



Se lleva a mesa operatoria con anestesia general. Tumor de ovario izquierdo de tamaño aproximado 20cm x 10cm, con características de borde antimesentérico irregular. Se realiza Cirugía oncológica óptima mediante laparotomía total mas resección de la masa delgada.

Se envía a instituto de Anatomía Patológica que reporta Fibrosarcoma de ovario de bajo grado.

Posterior a la cirugía, la paciente se encuentra asintomática sin evidencia de la enfermedad.



Los fibrosarcomas de ovario son tumores poco frecuentes de comportamiento agresivo, asociados a metástasis tempranas y por ende a una sobrevida baja. En vista a los pocos casos reportados en la literatura, no se han establecido protocolos apropiados para su manejo y seguimiento. Sin embargo, al igual que con los tumores epiteliales, se recomienda abordaje terapéutico, la cirugía citorrreductora óptima conjuntamente con quimioterapia adyuvante.

Palabras Clave: Fibrosarcoma, tumores de ovario, citorreducción óptima

Min-Liao. Clinicopathologic characteristics and prognostic factors of ovarian fibrosarcoma: the results of a multi-center retrospective study. Gynecol Oncol 2010, 10:585

Mukhopadhyay S. Giant ovarian fibrosarcoma: Case report and review of pitfalls. J Cytol 2012;29:255-7.

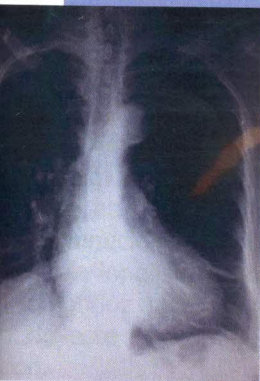
Yilmaz P, Ozyuncu O, Usubatun A, Yuce K, Ayhan A. Primary ovarian fibrosarcoma: a case report and review of the literature. Int J Gynecol Oncol 2012;21:1142-1147.



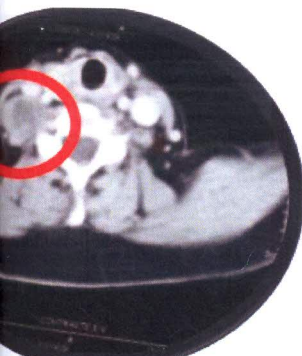
SCHWANNOMA DE LA PORCIÓN CERVICAL DEL NERVIIO FRÉNICO



Dra. Génesis Jara, Dra. Vanesa Zavaleta, Dra. Renata Sánchez
Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C".
Servicio de Cirugía III.
gne_jb@hotmail.com



Radiografía de Tórax PA



Figuras 2 y 3. Tomografía Computarizada de Cuello

Introducción. Existe una gran variedad de lesiones que se localizan en la región lateral del cuello, teniendo a su vez diferentes etiologías como inflamatorias, neoplásicas y congénitas. Las lesiones neoplásicas de origen nervioso, son extremadamente infrecuentes, por lo que el diagnóstico de estas, puede representar un reto.

Materiales y Métodos.

Paciente femenino de 73 años de edad, quien presenta aumento de volumen en región laterocervical derecha, no doloroso, posteriormente se asocia aumento de volumen, en región anterior de cuello. Al examen físico, se evidencia aumento de volumen de glándula tiroidea, de consistencia renitente, no dolorosa y nódulo de 3x4cms, en región posterolateral de cuello, en tercio superior, no doloroso, fijo a planos profundos.

Ultrasonido tiroideo: Bocio multinodular, con nódulo dominante, TIRADS 4B. Adenomegalia derecha zona III.

PAAF de lesión laterocervical derecha: Contenido quístico.

Citología de Tiroides: Hiperplasia adenomatosa.

Radiografía de Tórax posteroanterior (Fig 1): Elevación del hemidiafragma derecho.

Tomografía Computarizada de Cuello

(Fig 2 y 3): LOE en región laterocervical derecha, posterior al paquete vascular y medial al músculo esternocleidomastoideo, hipodenso, contornos definidos. Glándula tiroidea aumentada de tamaño, con lesión de aspecto nodular única, heterogénea, sólida, con zonas de degeneración quística.

Resultados (Fig 4). Se evidencia lesión de 4x3cms, en región laterocervical derecha, en íntima relación con las apófisis transversas de C4 y C5, continuándose con una estructura blanquecina, de forma tubular, pareciendo corresponder con el nervio frénico. Se realiza biopsia perioperatoria, que reporta células fusiformes, diferido. En un segundo tiempo se realiza la tiroidectomía total.

Anatomía patológica (Fig 5). Schwannoma del nervio frénico. Inmunohistoquímica. S100 (+) (Fig 6) y Vimentina (+).

Los tumores representan el 20-25% en y de estos los Schwannomas, existentes, existiendo 4 casos en la literatura correspondientes a cervical. Se manifiestan como palpables pudiendo asociarse a paraneoplásicos. La PAAF, sugiere un nódulo en 20% de los casos y la presencia de un patrón característico sin metástasis. La resección quirúrgica ha demostrado tener bajo índice de recurrencia en los casos reportados.

Palabra clave: Schwannoma, tumor cervical.

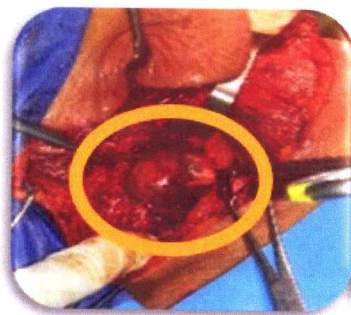
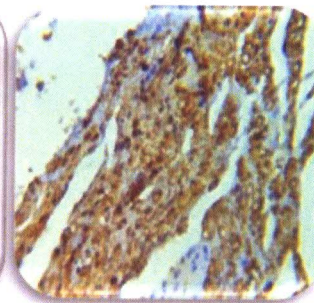


Figura 4. Hallazgo Quirúrgico



Figuras 5 y 6. Anatomía patológica

Referencias Bibliográficas.

- Hin-Lun Liu et al. Extracranial head and neck schwannomas: a study of the nerve of origin. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2011). 268: 1343-1347.
- Moinuddin Khaja et al. Diaphragmatic Eventration. An Uncommon presentation of a phrenic nerve schwannoma. *Chest*. (2001). 119: 1615-16.
- Ramos Kkyriakos, et al. Schwannoma of the vagus nerve, a rare middle mediastinal neurogenic tumor: case report. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. (2009). 4:68.
- Rashid Mammon et al. Schwannoma of the brachial plexus; report of two cases involving the C7 root. (2013). 8:12.
- Boros M., Wysong S. Syndromes after resection of a cervical schwannoma. *ENT-Ear, Nose and Throat Journal*. (2011). 90:9.

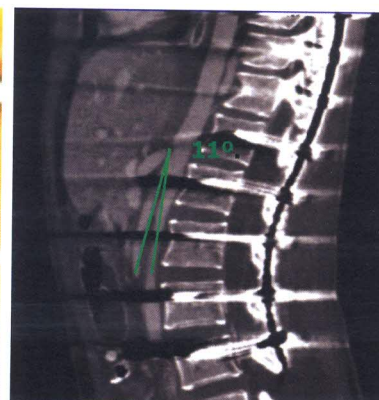
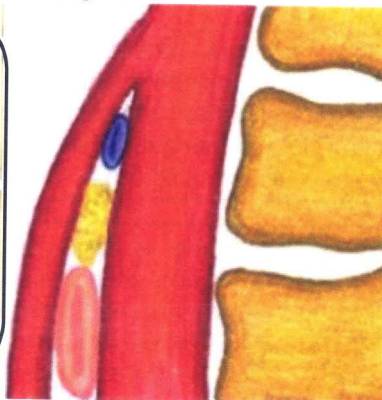


SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR. COMPLICACIÓN EN LA CIRUGIA DE ESCOLIOSIS

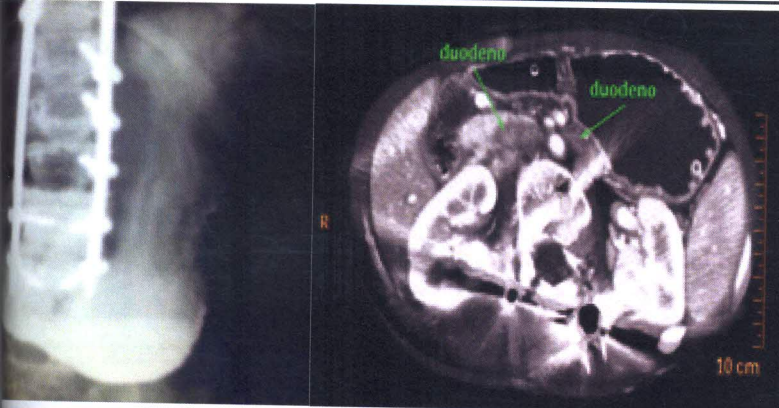
Dr. Luque, Eduardo; Dr Salas, Eduardo; Dra. Rodríguez, Omaira.
Instituto Médico La Floresta - Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica
"C", Hospital Universitario de Caracas
E.mail: eluque1988@gmail.com



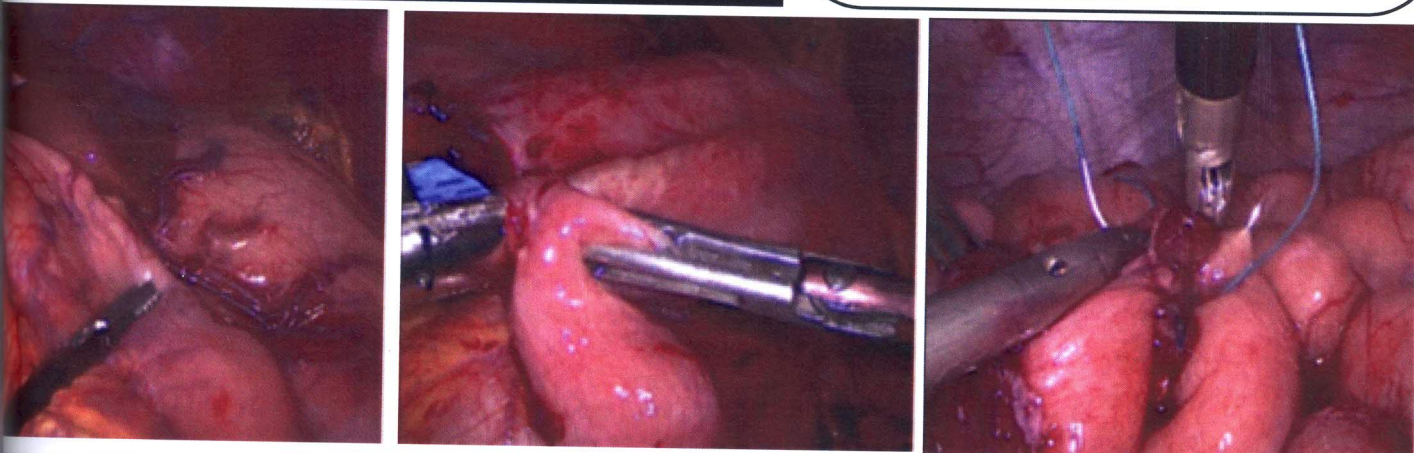
INTRODUCCIÓN El síndrome de arteria mesentérica superior se define como una obstrucción duodenal parcial que se produce por la compresión de la tercera porción del mismo, por la arteria mesentérica superior, sobre la aorta abdominal (1). Factores de riesgo como un IMC < 20, disminución del ángulo aortomesentérico < 25° y aumento en la longitud del tronco pueden predisponer a pacientes sometidos a cirugía para reparación de escoliosis a sufrir de este síndrome, como el caso presentado a continuación.



CASO Y MÉTODOS: Femenina de 19 años, quien cursa con antecedente de artrodesis de columna lumbar hace dos años, quien inicia enfermedad actual al 15° día posoperatorio, presentando llenura postprandial y emesis, indicándosele tratamiento médico sin mejoría, por lo que acude a centro clínico donde realizan laparotomía exploradora, donde evidencian "obstrucción del yeyuno". Paciente es egresada y en vista de persistir con los síntomas acude a centro clínico La Floresta, donde es rehospitalizada y se ingresa. Al examen físico paciente con distensión abdominal, dolor a la palpación difusa e IMC: 13.64. Se realiza estudio de serie esófago estómago duodeno y tomografía abdominal con reconstrucción vascular.



RESULTADOS: Se evidencia en estudios de imágenes estómago de retención y dilatación de primera y segunda porción de duodeno. En corte sagital de TC con reconstrucción vascular se evidencia ángulo aortomesentérico de 11°. Se coloca sonda nasogástrica y se indica soporte nutricional (NPT) durante dos semanas y se lleva a mesa operatoria para realizar gastroenteroanastomosis laparoscópica. Paciente evoluciona satisfactoriamente durante el postoperatorio decidiéndose egreso al 7° día. Actualmente asintomática.



CONCLUSIONES El síndrome de arteria mesentérica superior, es compresión de la 3ª porción del duodeno producida por la arteria mesentérica superior sobre la aorta abdominal. Puede presentarse como complicación en pacientes en postoperatorio de cirugía de escoliosis, especialmente en pacientes con IMC < 20. Debe sospecharse en todo paciente con este antecedente de dolor abdominal, distensión, náuseas y emesis, sin respuesta al tratamiento médico. Los métodos diagnósticos son estudio contrastado digestivo superior y la TC de abdomen y pelvis con reconstrucción vascular. Como opciones de tratamiento se tiene la duodenojejunostomía, la gastroenteroanastomosis y la cirugía de Strong.

Palabras clave: Escoliosis, arteria mesentérica superior, laparoscopia



PÓLIPO ANEMIZANTE DE GRAN TAMAÑO A NIVEL DE SIGMOIDES EN EL CONTEXTO DE SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

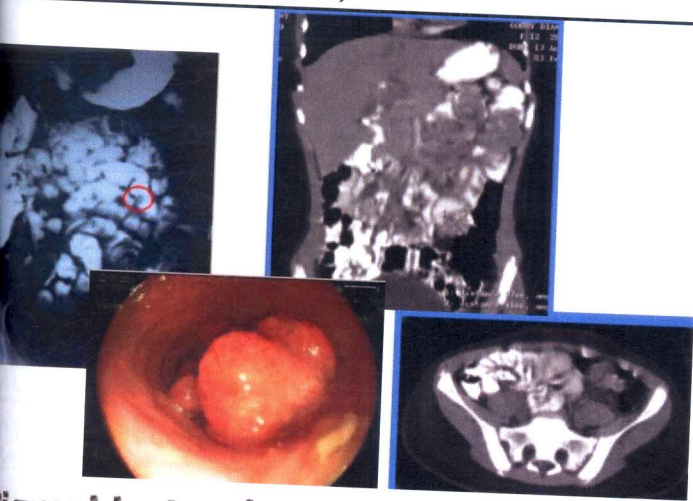
Dr. Rosciano José G., Dra. Rodríguez Omaira, Dra. Liumariel Vegas
 Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C", Servicio Cirugía III, H.U.C.
 E.mail: crosciano@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una patología poco frecuente, autosómica dominante caracterizada por múltiples pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal, pigmentación mucocutánea, y un riesgo aumentado de presentar tumores malignos en el tracto gastrointestinal o fuera de este. A continuación reportamos el caso de una paciente femenina quien presenta síndrome de Peutz-Jeghers complicado con pólipo hamartomatoso que compromete el 85% de la luz de sigmoides, y su resolución quirúrgica mediante abordaje laparoscópico.

PACIENTE femenina de 12 años de edad quien acude por presentar pérdida de peso, hemorragia y dolor en fosa ilíaca izquierda. Antecedentes familiares de pólipos en colon y máculas hiperocrómicas en mucosa. Al examen físico, máculas hiperocrómicas en mucosa oral. Laboratorio se evidencia Hb en 8,8 mg/dl. Tomografía abdomino-pélvica reporta LOE que se extiende desde el tercio distal del colon descendente que obstruye el 90 % de la luz. Endoscopia reportada en sigmoides distal pólipo pediculado que ocupa el 85 % de la luz. Biopsia reporta pólipo hamartomatoso (SPJ)

Máculas hiperocrómicas



Abordaje Diagnóstico

MATERIALES Y MÉTODOS
 Resección segmentaria de colon sigmoides laparoscópico, con los hallazgos de Lesión intraluminal en colon sigmoides que no impresiona invade serosa y Múltiples adenopatías en mesocolon. Se coloca retractor de Alexis para exteriorización de colon sigmoides y realizar la resección segmentaria, con confección de anastomosis colo-colónica termino-terminal a mano en dos planos, se deja drenaje abdominal y se realiza el cierre por planos.

Sigmoidectomía Laparoscópica



Pieza Anatómica e Histología



RESULTADOS Durante el acto operatorio no se presentó ninguna complicación, la paciente evoluciona de manera satisfactoria y es dada de alta al 6to día del postoperatorio. El reporte definitivo de anatomía patológica reportó pólipo de Peutz - Jeghers e hiperplasia folicular reactiva.

CONCLUSIONES

Laparoscopia en la cirugía colorectal es un reto para el cirujano, ya que requiere de adquisición de habilidades avanzadas de laparoscopia, a pesar de esto aporta numerosas ventajas al facilitar la realización del procedimiento dando una mejor imagen, lo cual permite una mejor disección anatómica y mayor control de la hemostasia. El abordaje laparoscópico es una opción factible y segura siempre que el cirujano tenga la experiencia de llevarlo a cabo.

Palabras Clave: Peutz-Jeghers, pólipo hamartomatoso, laparoscopia

1. Mathus-Vliegen EM, Kuipers EJ, Steyerberg EW, Van Leerdam ME. High Cancer Risk in Peutz - Jeghers Syndrome: a Systematic Review and Surveillance Recommendations. Am J Gastroenterol 2010; 105: 105-112.
 2. Boardman LA, Riegert-Johnson DL, Gin R. Peutz-Jeghers Syndrome: a Study of Long-Term Surgical Morbidity and Causes of Mortality. Am J Surg 2004; 188: 105-112.

GASTRECTOMIA TOTAL Y ESÓFAGO YEYUNO ANASTOMOSIS ASISTIDA POR ROBOT EN ENFERMEDAD DE MENETRIERE PRIMERA EXPERIENCIA A NIVEL MUNDIAL

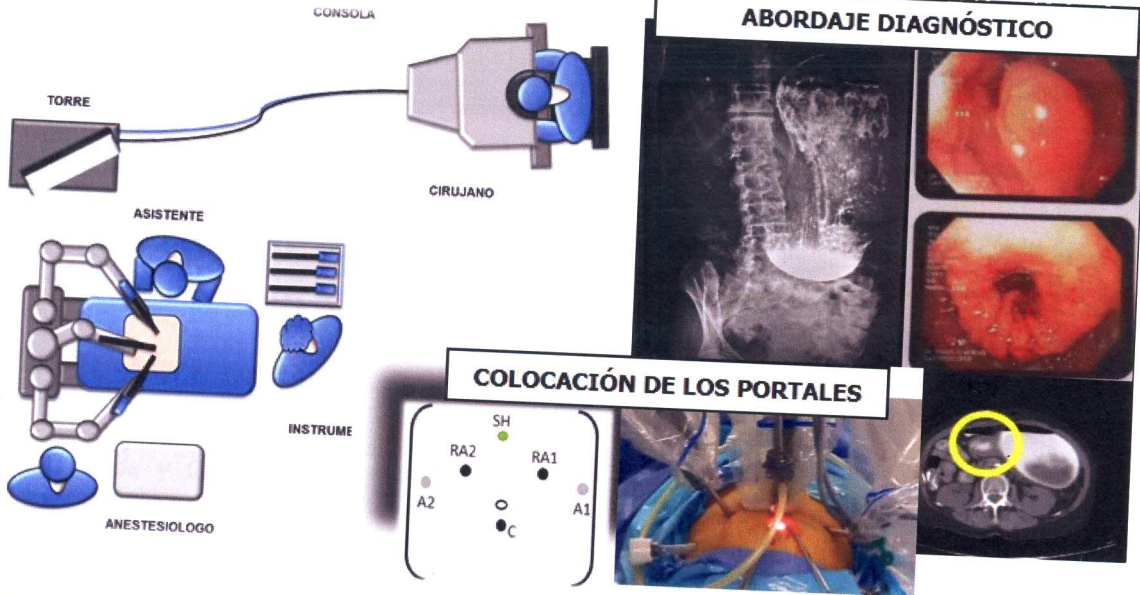


Dr. José Rosciano, Dra. Omaira Rodríguez, Dra. Liumariel Vegas
 Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C", Servicio Cirugía III, H.U.C.
 E.mail: crosciano@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Menetrier es una patología poco frecuente, caracterizada por hipertrofia gástrica con presencia de infiltrado en el cuerpo gástrico más frecuentemente, colonización por *H. pylori* a nivel del antro, hipoproteinemias, hipoclorhidria o riesgo elevado de adenocarcinoma gástrico. A continuación presentamos el caso de paciente femenino con enfermedad de Menetriere complicada con obstrucción del tracto de salida y su resolución quirúrgica mediante laparoscopia asistida por robot.

Paciente femenina de 65 años con síntomas en epigastrio de las comidas, pérdida de peso a vía oral y anemia. EDS reporta hipertrofia prominente en el cuerpo gástrico con hipertrofia del antro con biopsia concluye en hipertrofia foveolar reactiva. 150 mg/dl.



MÉTODOS

Se colocan los portales de trabajo y Docking céfalico. Sección del duodeno con máquina, sección del esófago a 1 cm por encima de la unión gastroesofágica. Se desacopla el robot, confección de anastomosis laterolateral a 80 cm de asa fija con máquina de sutura y se confecciona esófago-yeyuno anastomosis término lateral en un solo plano con Ethibond con suturas continuas intracorpóreas. Se coloca retractor de Alexis para extracción de la pieza anatómica y se deja drenaje de la pieza duodenal y otro hacia esófago-yeyuno anastomosis.

EXTRACCIÓN DE LA PIEZA ANATÓMICA Y YEYUNO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT



Sin complicaciones intraoperatorias ni problemas técnicos durante acto quirúrgico, tiempo operatorio: 210 minutos. Se coloca drenaje al quinto día postoperatorio dándose de alta a la paciente. La biopsia definitiva reporta atipia glandular, hiperplasia foveolar, metaplasia intestinal hiperproliferativa y engrosamiento de la muscular característica de la Enfermedad de Menetriere.

La cirugía total con esófago yeyuno anastomosis en Y de Roux por vía laparoscópica asistida por robot es factible y seguro. La tecnología robótica facilita la realización de procedimientos complejos como anastomosis intracorpóreas, en especial la esófago yeyuno anastomosis"

Palabras Clave: Menetriere, Gastrectomía, Cirugía Robótica.

Ilko N, Mody K, Tyshkov M. Ménétrier Disease. RadioGraphics 2009; 29: 297-301
 Ménétrier's disease localized to the gastric antrum without helicobacter infection or hypoalbuminemia. Intl J of Surg Case Reports 2013; 4: 839-41
 Use of Octreotide to Treat Ménétrier's Disease: A Rare Cause of Abdominal Pain, Weight Loss, Edema, and Hypoalbuminemia. Dig Dis Sci 2009; 54:1403-7
 et al. Possible role of transforming growth factor alpha in the pathogenesis of Menetrier's disease. Surg Endosc 2009; 23:1403-7



HERNIA INTERNA TRANSMESENTERICA ESTRANGULADA EN DOS SEGMENTOS INTESTINALES NO CONSECUTIVOS.



Dr. Medina, Manuel*; Dra. Zavaleta, Vanessa*; Dra. Vegas, Liumariel*.
medinamanuel1324@gmail.com

* Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica y Terapéutica "C". Servicio de Cirugía III. Caracas, Venezuela.

RESUMEN

La hernia interna como la protrusión de contenido intraabdominal a través de un defecto peritoneal o mesentérico, que puede ser congénito o adquirido. Esta patología es infrecuente, con una incidencia del 0,2-0,9%, y condiciona obstrucción intestinal en un 4,1% de los casos. De las hernias internas congénitas, las transmesentéricas representan un 5-10%. Los tipos de hernias transmesentéricas se localizan comúnmente en el mesenterio del intestino delgado (71%). La presentación clínica de esta patología es variada, incluyendo desde dolor abdominal, síntomas obstructivos, hasta la isquemia intestinal debido a la compresión vascular de las asas por su paso a través del defecto.

CASO CLÍNICO Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años, con diagnóstico de obstrucción intestinal por dolor abdominal en hemiabdomen superior izquierdo de fuerte intensidad, de aparición súbita de 6 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos, así como con signos de irritación peritoneal.

RESULTADOS

Se llevó a cabo el paciente a mesa operatoria para laparotomía de exploración, con hallazgos de:

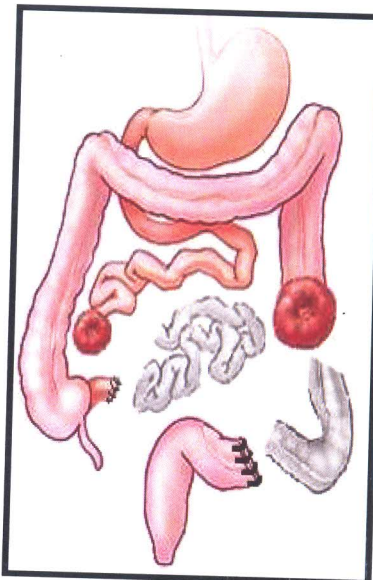
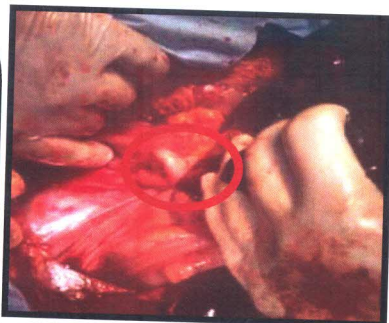
Hernia interna transmesentérica estrangulada, con asas de 3 metros de asa delgada y Colon sigmoideal con cambios isquémicos irreversibles.

Se encontró líquido vinoso libre en cavidad.

Tratamiento:

Se realizó un bloqueo de asas delgadas y colon sigmoideal isquémicos.

Se realizó una yeyunostomía y fistula mucosa del colon sigmoideal inverso.



El paciente recibe soporte nutricional durante 15 días a base de:

- Nutrición parenteral total a 35 Kcal/Kg.
- Dieta hiperproteica de absorción proximal.
- Suplemento con fórmula polimérica.

Se realizó anastomosis Terminal de asa delgada a 7 cm de válvula ileocecal y colorrecto anastomosis. El objetivo es preservar la válvula ileocecal, para enlentecer el tránsito intestinal y favorecer la absorción de nutrientes, en un paciente con un remanente de intestino delgado de 130cm aproximadamente.

CONCLUSIONES

Las hernias internas Transmesentéricas son el tipo más común de hernias internas congénitas, y constituyen una causa poco frecuente de obstrucción o de isquemia intestinal. Esta patología debe tenerse presente en pacientes sin antecedentes de cirugía abdominal con un inicio súbito de los síntomas y signos de irritación peritoneal, en los cuales los estudios imagenológicos no son concluyentes. Se recomienda el abordaje quirúrgico temprano mediante laparoscopia o laparotomía, considerando la morbilidad asociada en estos pacientes por la posibilidad de cursar con isquemia intestinal, como complicación más frecuente.

Palabras Clave: Hernia Interna, Transmesentérica, Isquemia intestinal.

GIST extraintestinal gigante: presentación inusual

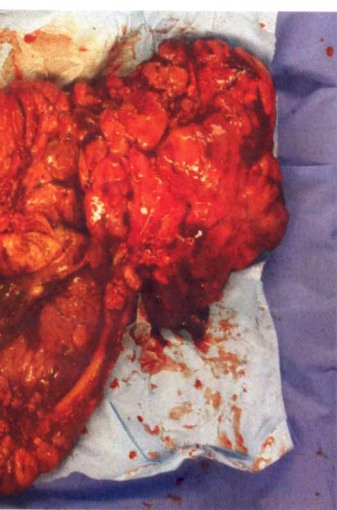
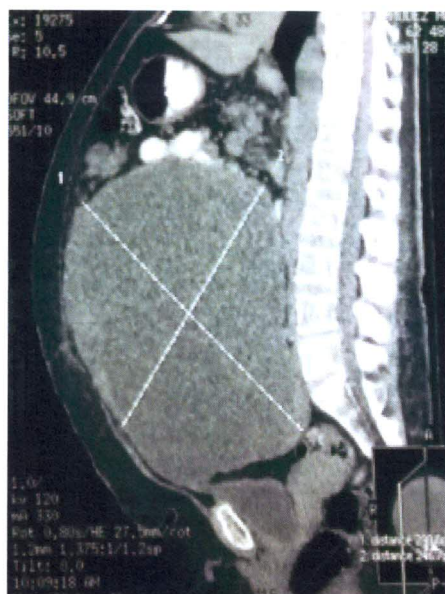


Dr. Salas, Eduardo, Dr. Luque Eduardo, Dra. Vegas Liumariel.
Servicio de Cirugía III, Hospital Universitario de Caracas
E.mail: edsalas87@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores poco frecuentes derivados de las células intersticiales de Cajal del estómago, sin embargo, pueden originarse a cualquier nivel del tracto digestivo (1). Con muy poca frecuencia, pueden aparecer en cualquier parte del tracto gastrointestinal, siendo denominados EGIST, los cuales son de crecimiento masivo. (2). A continuación se presenta un caso manejado en el Servicio de Cirugía III del Hospital de Caracas.

El paciente femenino de 61 años quien acude por presentar dolor abdominal difuso, progresivo aumento de volumen abdominal con sensación de peso y cambios en el hábito intestinal. Estudio tomográfico evidencia lesión heterogénea de 40 x 32cm bordes irregulares que ocupa gran parte de la cavidad abdominal. Endoscopia digestiva inferior que reporta disminución del 90% de luz por compresión extrínseca. Marcadores tumorales con CA125 por encima de límites normales.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza laparotomía exploradora con los hallazgos de lesión tumoral de 40cm de diámetro multilobulada, con múltiples implantes peritoneales y apéndice firmemente adherido a tumor. Se realiza excéresis del tumor.

Biopsia: Tumor de patrón sarcomatoso sugestivo de GIST extraintestinal.

Inmunoquímica: CD117 (+) CD34 (+)

CONCLUSIONES

Los EGIST son tumores poco frecuentes, generalmente de crecimiento rápido y agresivo. El estudio histológico, pruebas confirmatorias de inmunoquímica CD117, CD34, SMA, DESMINA y S-100 del mismo consiste en excéresis quirúrgica de la lesión y tratamiento adyuvante con imatinib (400 – 800mg). Alrededor del 50% de los pacientes con EGIST, desarrollan metástasis o mueren por lo que se recomienda tratar estas lesiones como sarcomas intrabdominales de alto grado.

c. Trabajo de Ascenso (2014)

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA LUIS RAZETTI
CATEDRA DE CLINICA Y TERAPEUTICA QUIRURGICA "C"

**CIRUGIA ROBOTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA.
ESTUDIO COMPARATIVO A LARGO PLAZO**

Trabajo presentado para optar al ascenso a la categoría de profesor agregado en el escalafón docente universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela

Prof. Omaira Rodríguez G.

Caracas, Junio del 2015

d. Unidad de Vías Biliares

UNIDAD DE VIAS BILIARES AÑO 2015

La unidad de vías biliares del Hospital Universitario de Caracas con sede en Cirugía III, continúa con importante labor docente-asistencial en conjunto con el Servicio de Gastroenterología, Radiodiagnóstico y con el apoyo del Programa de Cirugía Robótica.

RESUMEN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES.- UNIDAD DE VIAS BILIARES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.22 AÑO 2015

| Tipo de Intervención | No. | % |
|--|------------|-------------|
| Derivaciones biliodigestivas | 06 | 24% |
| Colecistectomía subtotal | 05 | 21% |
| Exploración de vía biliar | 02 | 10% |
| Drenaje transparietohepático | 02 | 10% |
| Dilatación percutánea de anastomosis biliodigestiva | 02 | 10% |
| Colecistostomía abierta | 02 | 10% |
| Colecistostomía laparoscópica | 01 | 5% |
| Colocación de tubo de kehr | 01 | 5% |
| Duodenopancreatectomía cefálica | 01 | 5% |
| Total | 22 | 100% |

SE REALIZARON UN TOTAL DE 22 PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA AVANZADA DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL, SIEMPRE CONTANDO CON EL APOYO DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA Y RADIODIAGNÓSTICO.

DERIVACIONES BILIDIOGESTIVAS. CAUSAS

| Intervención según diagnóstico | No. | % |
|-------------------------------------|-----------|-------------|
| Derivaciones Biliodigestivas | | |
| Lesión I de vía biliar | 01 | 16% |
| Estenosis anastomosis previa | 02 | 34% |
| Ca de cabeza de páncreas | 02 | 34% |
| Coledocolitiasis | 01 | 16% |
| Total | 06 | 100% |

OTRAS INTERVENCIONES. CAUSAS.

| Intervención según diagnóstico | No. |
|--|-----------|
| Duodenopancreatectomía cefálica | 01 |
| ADC de papila | 01 |
| Instrumentación percutánea de la vía biliar | 02 |
| Estenosis anastomosis previa. | 02 |
| Drenaje transparietohepático | 02 |
| Colangiocarcinoma | 02 |
| Exploración de la vía biliar | 02 |
| Abierta | 01 |
| Coledocolitiasis | 01 |

| | |
|------------------|----|
| Laparoscópica | 01 |
| Coledocolitiasis | 01 |

DETALLES DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. UNIDAD DE VIAS BILIARES. 2015

| Tipo de Intervención | No. |
|--|-----------|
| Derivaciones | 10 |
| Hepp Couinaud | 05 |
| Coledocoduodenoanastomosis laparoscópica | 01 |
| Colecistostomía x minilaparotomía | 02 |
| Colecistostomía laparoscópica | 01 |
| Instrumentación de la vía biliar percutánea | 02 |
| Colecistectomía subtotal | 07 |
| Exploración de Vía Biliar | 02 |
| Abierta | 01 |
| Laparoscópica | 01 |
| Duodenopancreatectomía cefálica | 01 |

UNIDAD DE VIAS BILIARES:

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| DR. ALEXIS SANCHEZ | COORDINADOR |
| DRA. OMAIRA RODRIGUEZ | SECRETARIO |
| DRA. RENATA SANCHEZ | CIRUJANO ONCOLOGO - ADJUNTO |
| DRA. LIUMARIEL VEGAS SILVA | ADJUNTO |
| DR. PAUL MILLAN | ADJUNTO |

CUERPO DE RESIDENTES DE CIRUGIA III

ESPECIAL AGRADECIMIENTO A LA DRA. GENESIS JARA, ENCARGADA DE PROTOCOLOS PROSPECTIVOS EN CURSO.-

e. Programa de Cirugía Robótica

PROGRAMA DE CIRUGIA ROBOTICA – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Durante el año 2015 el Programa de Cirugía Robótica en CIRUGIA GENERAL ha continuado con una importante labor docente – asistencial.

Continúa siendo pionero en el país y en Latinoamérica en materia de cirugía abdominal asistida por el Sistema DaVinci, con una importante actividad académica que se refleja a continuación.

RECONOCIMIENTOS OBTENIDOS

PREMIO NACIONAL DE CIRUGIA “Dr. Aquiles Erminy” al trabajo titulado:
“Nuevas fronteras en cirugía robótica: Linfadenectomía inguinal endoscópica asistida con el Sistema DaVinci”

LXX Jornada Nacional de Cirugía – Caracas, Julio 2015.

PUBLICACIONES INTERNACIONALES

1. **“Robot-assisted laparoscopic gastrectomy for Menetrier’s disease”**
Journal of Robotic Surgery
Online First - May 2015.
2. **“Robot-Assisted Surgery and Holmium Laser in Complex Choledocholithiasis”**
Case Report - Society of Laparoendoscopic Surgeons (CR-SLS)
Online – March 2015.

TRABAJOS PRESENTADOS EN EVENTOS NACIONALES

1. **LXX Jornada Nacional de Cirugía**
Sociedad Venezolana de Cirugía.
Caracas, Julio 2015
“Nuevas fronteras en cirugía robótica: Linfadenectomía inguinal endoscópica asistida con el Sistema DaVinci”
2. **LXX Jornada Nacional de Cirugía**
Sociedad Venezolana de Cirugía.
Caracas, Julio 2015
“Gastrectomía total asistida con el Sistema DaVinci en enfermedad de Menetrier”

CONFERENCIAS DICTADAS

1. **“Como llevar a cabo un Programa de Cirugía Robótica – TIPS en Cirugía”**
Simposium de Cirugía Robótica
Hospital Manuel Gea Gonzáles – Ciudad de México
México, Octubre 2015
Dr. Alexis Sánchez
2. **“Tratamiento quirúrgico de la Acalasia asistido con robot”**
Simposium de Cirugía Robótica
Hospital Manuel Gea Gonzáles – Ciudad de México
México, Octubre 2015
Dra. Omaira Rodríguez
3. **“Tratamiento quirúrgico de la Acalasia asistido con robot”**
Congreso de la Sociedad Venezolana de Endoscopia Digestiva (SOVED)
Caracas, Junio 2015
Dr. Alexis Sánchez
4. **“Tratamiento quirúrgico de la Acalasia”**
Jornadas Aniversario del Instituto Medico la Floresta
Caracas, Marzo 2015
Dr. Alexis Sánchez
5. **“Cirugía Robótica de las vías biliares”**
Jornada Aniversario del Hospital de Clínicas Caracas
Caracas, Marzo 2015
Dr. Alexis Sánchez
6. **“Cirugía Robótica en el tratamiento de la Acalasia”**
Jornada Aniversario del Hospital de Clínicas Caracas
Caracas, Marzo 2015
Dra. Omaira Rodríguez

OTRAS ACTIVIDADES INTERNACIONALES

Participación como Tutores de Cirugía Robótica en el marco del Programa de **Formación y Capacitación de Cirujanos en Latinoamérica**

- Hospital 20 de Noviembre – Ciudad de México
- Hospital Central Militar. Ciudad de México
- Hospital Carlos Andrade Marín – Quito, Ecuador.
- Hospital de Alta Especialidad de Zumpago – Estado de México
- Hospital Manuel Gea González – Ciudad de México

Formación de Cirujanos Venezolanos - Tercer cursante de nuestro curso de ampliación: CIRUGIA ROBOTICA DE VIAS DIGESTIVAS.

Dr. Aram Rojas - Quien a la fecha, a participado en mas de 30 intervenciones robóticas, llevando a cabo como cirujano principal procedimientos completos, en patologías de mediana complejidad.

RESUMEN DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

ENERO

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Reflujo | Funduplicatura parcial |
| Litiasis vesicular | Colecistectomia |
| Litiasis vesicular | Colecistectomia |
| Reflujo | Funduplicatura parcial |
| Litiasis vesicular | Colecistectomia |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |

FEBRERO

| | |
|------------------|------------------------------|
| Coledocolitiasis | Exploracion de vias biliares |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |

MARZO

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Acalasia | Miotomia de Heller |
| Litiasis Vesicular | Colecistectomia |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |
| Litiasis Vesicular | Colecistectomia |
| Litiasis Vesicular | Colecistectomia |
| Litiasis Vesicular | Colecistectomia |
| Litiasis Vesicular | Colecistectomia |

ABRIL

| | |
|------------------|-------------------------|
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |
| Obesidad Morbida | Bypass Gastrico |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |

MAYO

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Acalasia | Miotomia de Heller |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |
| Litiasis vesicular | Colecistectomia |
| Obesidad Morbida | Bypass gastrico |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |
| Hernia Inguinal | Cura de Hernia inguinal |

JULIO

Acalasia
Acalasia
Hernia inguinal

Miotomia de Heller
Miotomia de Heller
Cura de Hernia Inguinal

AGOSTO

Acalasia
Obesidad Morbida
Hernia Inguinal

Miotomia de Heller
Gastrectomia en Manga
Cura de Hernia Inguinal

OCTUBRE

Tu Ovario
Acalasia
Ca Pancreas
Hernia inguinal

Protocolo de Ovario
Miotomia Heller
Derivacion
Cura de Hernia inguinal

NOVIEMBRE

Hernia Hiatal
Acalasia
Hernia Inguinal

Cura Hernia Hiatal
Miotomia de Heller
Cura de Hernia Inguinal

EL PROGRAMA DE CIRUGIA ROBOTICA DEL H.U.C. SIGUE ACTIVO.-

DR. ALEXIS SANCHEZ ISMAYEL
DRA. OMAIRA RODRIGUEZ
DRA. LIUMARIEL VEGAS SILVA
DR. ARAM ROJAS

COORDINADOR
CO-COORDINADORA
ADJUNTO
FELLOW

f. Informe de Pasantías Opcionales Residentes del 3^{er} año



Universidad Central de Venezuela

Facultad de Medicina

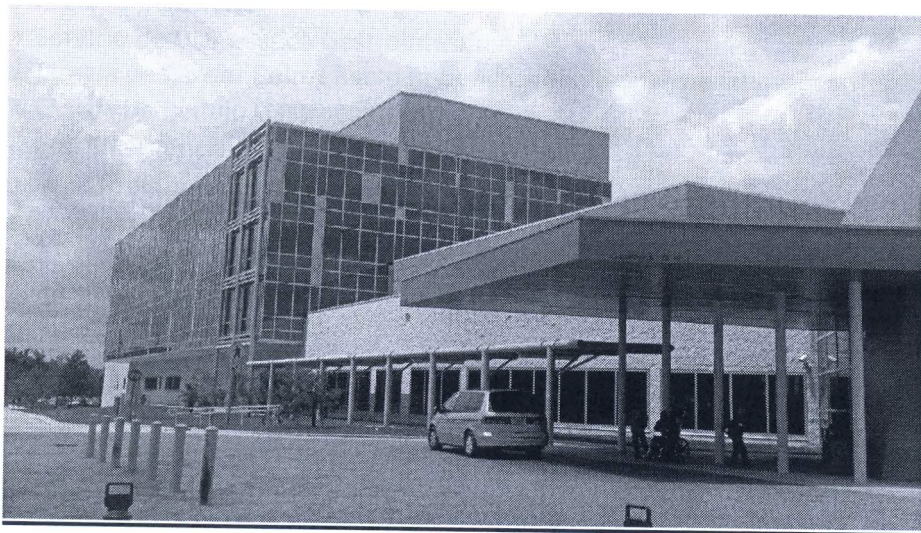
Postgrado de Cirugía General

Cátedra-Servicio de Clínica y Terapéutica "C"



FORME DE PASANTÍA OPCIONAL REALIZADA EN EL JACKSON SOUTH COMMUNITY HOSPITAL DE MIAMI, FLORIDA

Monitoreado por el Dr. Henry Luján MD, FACS, FASCRS. Director del
Fellowship de Cirugía Mínimamente Invasiva Avanzada
(Gastrointestinal)



Dr. Eduardo E. Salas B.
Residente de Tercer Año

Septiembre, 2015

Introducción

El "Jackson HealthSystem" es una organización sin fines de lucro que ofrece un sistema médico y académica con atención de primer nivel a cualquier persona que requiera de los servicios. Es dependiente del Fideicomiso de Salud Pública y dirigido por un equipo de ciudadanos voluntarios que actúan en nombre de la Junta de Miami- Dade de Comisionados del Condado, para garantizarle a todos los residentes del Condado de Miami- Dade un alto nivel de atención, independientemente de su capacidad de pagar.

El Sistema de Salud Jackson consiste en un sistema de salud integrado en su eje central por el Jackson Memorial Hospital múltiples centros de atención y cuidados primarios especializados como lo son: dos centros de enfermería de atención de pacientes que ameriten tratamientos a largo plazo; seis clínicas Correccionales Servicios de Salud; una red de servicios de salud mental; El Hospital de Niños Holtz, Hospital de Rehabilitación Jackson, Jackson Hospital de Salud Conductual, Jackson North Medical Center y Jackson South Community Hospital.

El Jackson South Community Hospital ofrece un espectro amplio de servicios y cuenta con un equipo de reconocimiento nacional, certificados en sus diversas especialidades y subespecialidades. Cuenta con nuevos cuartos de hospitalización, sala de emergencia expandida recientemente, siete nuevos quirófanos equipados con tecnología de punta, incluyendo dos sistemas Da Vinci para cirugía robótica, uno modelo Si y otro modelo Xi. Anualmente se realizan 3.400 cirugías aproximadamente, en su gran mayoría procedimientos electivos, y 37.000 personas acuden a sala de emergencia.

Dentro de los diferentes servicios que ofrece esta institución se encuentra:

- Centro de Salud Digestiva:
 - Servicio de Diagnóstico Gastrointestinal
 - Cirugía de Cáncer Colo y Recto Robótico y Mínimamente Invasiva
 - Cirugía de Reflujo Gastroesofágico
- Servicios de Emergencia
- Centro de Gastrectomía Vertical y Pérdida de Peso
- Cirugía General y Laparoscópica
- Cirugía Maxilofacial
- Servicio de Salud Mental
- Medicina del Deporte y Ortopedia
- Radiología Oncológica
- Cirugía Robótica de Próstata
- Centro Urológico de Excelencia
- Servicios para la Mujer:
 - Centro de Comprensión de Mama
 - Maternidad
 - Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva
- Cuidado de Heridas

El Dr. Henry Luján, natural de Bolivia y criado en Estados Unidos, cirujano graduado en University Of Illinois College Of Medicine Chicago en 1990, con postgrado en Cirugía General realizado en Chicago Medical School en Mount Sinai Hospital completado en 1996 y Fellowship en Colon y Recto realizado Colon and Rectal Clinic de Orlando, Florida en 1997. Actualmente se desempeña como Director del programa de Fellowship de Cirugía Mínimamente Invasiva Avanzada Gastrointestinal en el

Jackson South Community Hospital. Pertenece a Fellow American College of Surgeons (FACS) y Fellow American Society of Colon and Rectal Surgeons (FASCRS) y se desempeña en dos centros principalmente: Jackson South Community Hospital y Baptist Hospital of Miami Inc.

Actividades Realizadas durante la Pasantía

Martes 01/09/15

- Reunión con el Dr. Henry Luján
- Evaluación de pacientes de consulta
- Almuerzo. Presentación de Visitador médico de ENTEREG® (Alvomipán).
- Evaluación de pacientes de consulta
- Revisión de presentación Cirugía mínimamente invasiva: robot vs laparoscopia
- Temas discutidos:
 - Utilización de sistema de presión negativa posterior a CO de quiste pilonidal
 - "Microsatellite Instability" (Inestabilidad de Microsatélites) para la evaluación genética en Cáncer de Colon

Miércoles 02/09/15

- Conociendo instalaciones del hospital.
- Cura Operatoria de Hernia umbilical laparoscópica
- Fistulectomía de Fístula perianal
- Restitución de tránsito de intestinal. Portador de Colostomía

Jueves 03/09/15

- Cirugía de Revisión. Gastrectomía Vertical Laparoscópica
- Colectomía Laparoscópica + Colangiografía Intraoperatoria
- Colectomía Laparoscópica + Colangiografía Intraoperatoria

Viernes 04/09/15

- *Gastrectomía Vertical Laparoscópica + Cierre primario de Hernia Hiatal*
- *Cura Operatoria de Eventración Abdominal Laparoscópica*

Lunes 07/09/15

- Hemorroidopexia con máquina PPH
- Colonoscopia profiláctica
- Cura Operatoria de Hernia Inguinal Laparoscópica por Técnica de TEP

Martes 08/09/15 Día de Consulta Externa.

| | |
|---|--|
| O de Resección Anterior Baja Laparoscópica asistido por Robot | PO de ligadura de Hemorroides Internas |
| O de Hemorroidectomía con máquina EEA | PO de ligadura de Hemorroides Internas |
| O Hemicolecistomía Derecha Laparoscópica | PO de ligadura de Hemorroides Internas |
| O drenaje de Absceso Perianal | PO de ligadura de Hemorroides Internas |
| O de Sigmoidectomía Laparoscópica asistida por robot | Paciente con Dx de Condilomas anales |
| O de resección de quiste pilonidal | Paciente con Quiste Esplénico |
| Paciente con Dx de Colon Irritable | Incontinencia fecal |

- Presentación de visitador médico representante de Oncotype Dx, para estudio genético de Cáncer de Colon
- ~~Revisión de Video~~
- **Temas discutidos:**
 - Técnica de Setón
 - Advancement flap posterior a Resección de Quiste Pilonidal
 - Colocación de trócares para Sigmoidectomía Laparoscópica asistida por Robot
 - "Sacral Nerve Stimulation" (SNS) para Incontinencia Fecal
 - Evaluación genética en Cáncer de Colon

Miércoles 09/09/15

- Colectomía Laparoscópica con puertos reducidos + Colangiografía Intraoperatoria
- Colectomía Laparoscópica Monoportal Laparoscópica asistida por Robot
- Revisión de Video con Dr. Luján

Jueves 10/09/15

- Laparoscópica Diagnóstica: Gastroentero anastomosis Laparoscópico
- Cura Operatoria de Hernia Inguinal Derecha Laparoscópica por técnica de TEP
- Colectomía Laparoscópica con puertos reducidos + Colangiografía Intraoperatoria

Viernes 11/09/15 Actividad realizada en el Florida International University (F.I.U) con los estudiantes de la Escuela de Medicina. En dicha reunión se contaba con la presencia de: Cirujanos Colon y Recto, Radiólogos, y estudiantes de Medicina.

- **Temas discutidos:**
 - Cáncer de Recto. Definiciones y Conductas
 - Cáncer de Colon. Lesiones premalignas. Papel del Ganglio Centinela en Cáncer de Colon. Estudio genético y árbol genético en Cáncer de Colon.
 - Hemorragia Digestiva Inferior. Presentación realizada por mi persona y en conjunto de otro Observador, estudiante de Medicina proveniente de Alemania.
- Revisión de video en Biblioteca de la universidad.

Sábado 14/09/15

- Hemorroidopexia con Máquina EEA
- Hemorroidopexia con Máquina EEA
- Hemorroidopexia con Máquina PPH
- Cura Operatoria de Eventración Abdominal Laparoscópica asistida por Robot

Domingo 15/09/15

- Cura Operatoria de Hernia Inguinal Laparoscópica por técnica de TEP
- Edición de video

Lunes 16/09/15

- Hemorroidopexia con autosuturadora PPH
- Sigmoidectomía Laparoscópica + Colo-procto anastomosis + Colonoscopia
- Revisión de video en casa del Dr. Luján

Jueves 17/09/15 Día de Consulta Externa.

| | |
|--|--|
| Paciente con estreñimiento | PO de Colectomía Laparoscópica Monoportal Laparoscópica asistida por Robot |
| PO de Hemorroidectomía con autosuturadora | Pcte con fisura anal |
| Pcte con Dx de Colitis Ulcerativa y Úlcera única recto | Pcte con Dx reciente de ADC moderadamente diferenciado de recto alto. Realización de sigmoidoscopia rígida |
| PO de Pouch Ileal | Pcte con Hemorroides Internas |
| Pcte con Hemorroides Internas | Pcte con Dx de ADC de colon. Repetir colonoscopia control |
| Pcte con Incontinencia Fecal | PO de hemorroidectomía con autosuturadora |
| PO de Resección Anterior Baja Laparoscópica asistida por Robot | Pcte con Quiste Pilonidal |

- Práctica en caja negra por 1 hora

Viernes 18/09/15

- No se realizaron intervenciones debido a reunión de Departamento de Cirugía.
- Edición de video

Lunes 21/09/15

- Hemorroidopexia con autosuturadora EEA
- Resección de ileo-transverso anastomosis por recurrencia de Cáncer de Colon. Reconfección de ileo-transverso anastomosis latero-lateral con autosuturadora lineal de 60 mm
- Sigmoidectomía Laparoscópica asistida por robot Xi + Colo-procto anastomosis
- 6:30 pm: Reunión del Journal Club. Discusión de Artículos
 1. Clinical Practical Guidelines for Ambulatory Anorectal Surgery.
 2. Short-Term Outcomes Of A Randomized Pilot Trial Of 2 Treatment Regimens Of Transcutaneous Tibial Nerve Stimulation For Fecal Incontinence.
 3. Prospective, Randomized Study On The Use Of A Prosthetic Mesh For Prevention Of Parastomal Hernia Of Permanent Colostomy

Martes 22/09/15 Día de Consulta Externa.

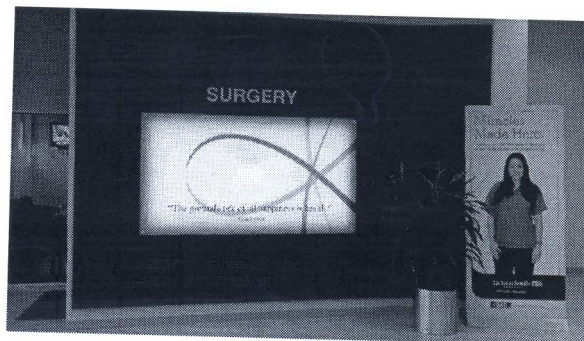
| | |
|--|---|
| PO de sigmoidectomía Laparoscópica asistida por Robot Si | PO de Apendicectomía Laparoscópica |
| Pcte con cambios en patrón evacuatorio | Pcte con Fisura anal |
| Pcte con Hernia Umbilical | PO de Colotomía + Polipectomía |
| Pcte en condición post-polipectomía | Pcte con Fisura Anal |
| PO de Hemorroidectomía con autosuturadora | Pcte con Dx de Diverticulitis a repetición y drenaje de Quiste sebáceo sobreinfectado |
| PO de ligadura de Hemorroides internas | PO de sigmoidectomía Laparoscópica asistida por Robot Xi |
| Pcte con Litiasis Vesicular | Pcte con Hemorroides Internas y Externas |
| Pcte con Fisura Anal | |

- Práctica en caja negra por 1 hora

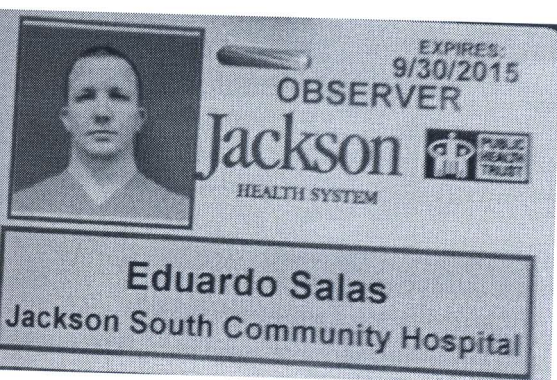
Anexos



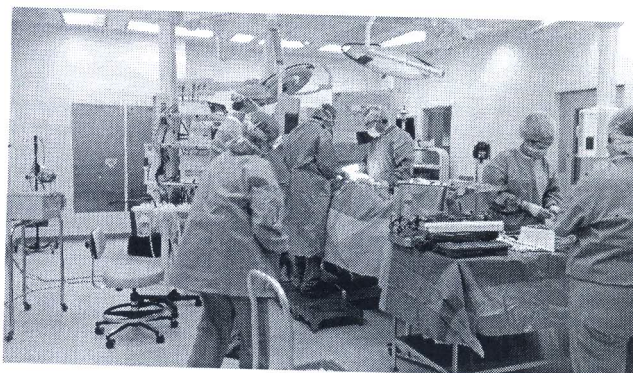
Fachada del Jackson South Community Hospital



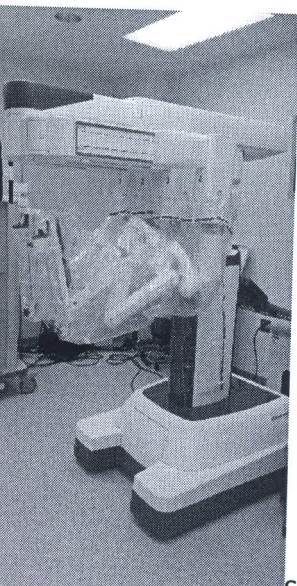
Sección de Sala de Espera de Cirugía General



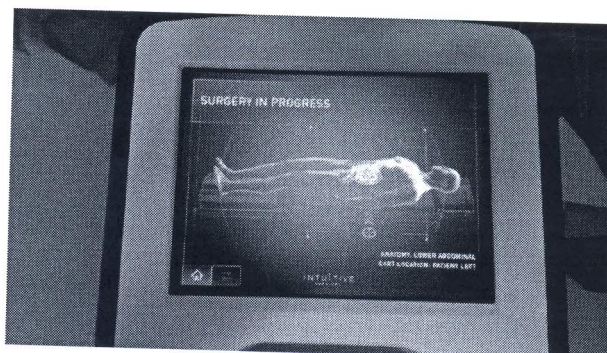
Sistema de Identificación Integrado



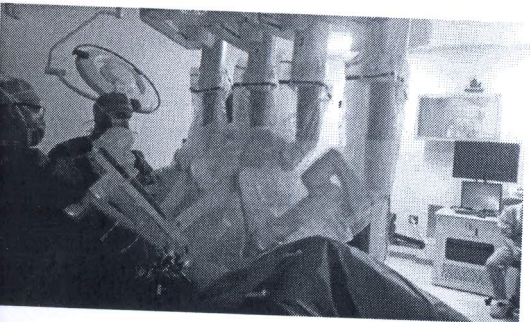
Quirófanos Con Sistema Laparoscópico



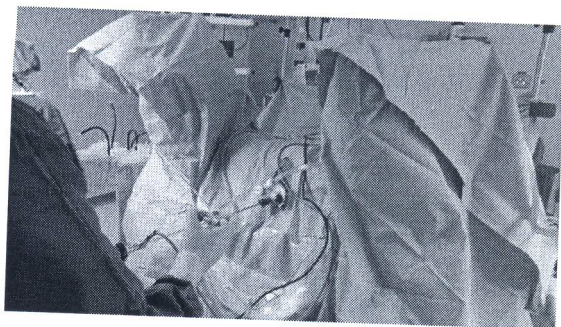
Sistema Da Vinci Xi



Visor de Control de Manipulación del Robot Xi



Colocación de brazos del Robot Xi para
Sigmoidectomía



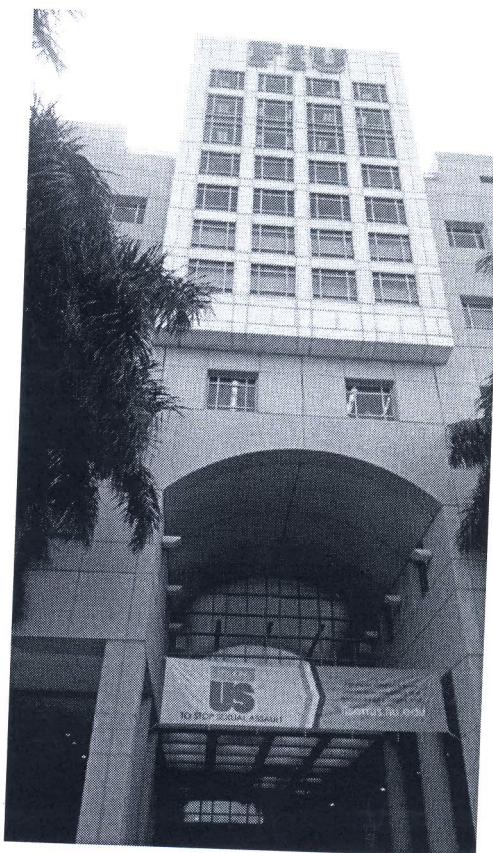
Resección Transanal Mínimamente Invasiva
(TAMIS)



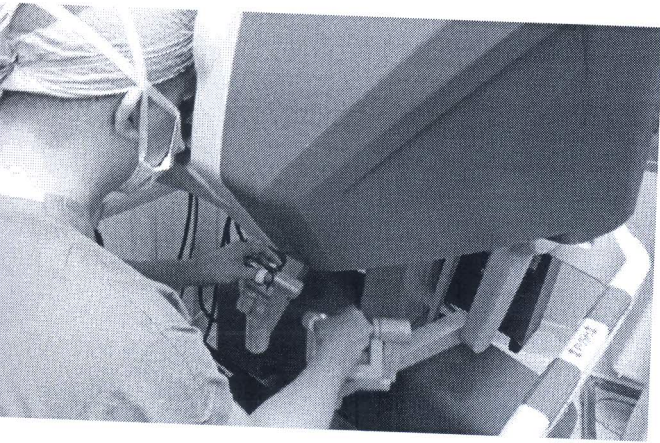
Jardines del Florida International University (F.I.U)



Jardines del Florida International University (F.I.U)

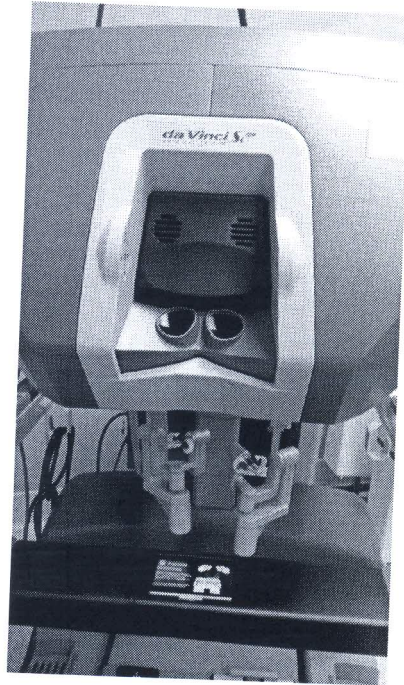


Biblioteca Central del Florida
International University (F.I.U)



con simulador virtual del sistema Da Vinci

otist Hospital of Miami



Práctica con simulador virtual del sistema Da Vinci

En el Baptist Hospital of Miami

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



INFORME DE ACTIVIDADES DE LA CATEDRA CLINICA
Y TERAPEUTICA QUIRURGICA "C"
SERVICIO DE CIRUGIA III
ENERO - DICIEMBRE
AÑO 2015

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