

REVISTA DE CIRUGIA DE GALICIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE GALICIA

Volumen 2

Número 2

Diciembre 2004

Consejo de Redacción y Editorial

Director

MIGUEL CAINZOS FERNANDEZ

Secretario de Redacción

JOSE CARLOS MINGUEZ ROMERO

Vocales

MANUEL DÍAZ DEL RIO BOTAS
JOSÉ FRAGUELA MARIÑA
FERNANDO FERNÁNDEZ LÓPEZ
MANUEL GARCÍA GARCÍA
LUIS GONZÁLEZ SÁEZ
MANUEL MARTÍNEZ ALARCÓN
RAFAEL MARTÍNEZ ALMEIDA
ENRIQUE MENA DEL RIO
MANUEL MOREDA PÉREZ
ISABEL OTERO MARTÍNEZ
HIPÓLITO PIÑEIRO MARTÍNEZ
ENRIQUE PREGO MATEO
ALBERTO RAMOS ARDA
FAUSTINO RODRÍGUEZ-SEGADE
ERNESTO TOSCANO SÁNCHEZ
ERNESTINA VALEIRAS DOMÍNGUEZ

Redacción y Administración

mbKarma

María Berdiales, 18 - 1º Ofic. 1

Teléfono: 986 44 31 71

Fax: 986 44 60 51

E-mail: mbk@mbkarma.com

36203 VIGO

I.S.S.N. 1579-9840. Deposito Legal:

VG - 59 - 2004

Sumario

Volumen 2 / Número 2 / Diciembre 2004

<u>EDITORIAL</u>	7
<i>M. Cainzos Fernández. Director de la Revista.</i>	
<u>ARTÍCULOS ORIGINALES</u>	
Infección abdominal en cirugía bariátrica	8
<i>I. Otero Martínez, I. Maruri Chimeno, P. Parada González, J. Seoane Antelo, S. González Fernández, E. Casal Núñez</i>	
Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.	
500 colecistectomías laparoscópicas. ¿cómo lo estamos haciendo?	12
<i>J. L. Blasco, J. M. Couselo, C. Gegundez, I. Monjero, F. Arija</i>	
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo	
Aspectos quirúrgicos de la enfermedad de Crohn	15
<i>M^a del Rosario Sánchez Sánchez</i>	
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Cabueñes. Cabueñes - Gijón	
¿Precisan ingresar los pacientes con neumomediastino espontáneo?	18
<i>Manuel Martínez Alarcón, Erica Barreiro Domínguez, Miguel Angel Piñón Cimadevila</i>	
Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario de Pontevedra	
<u>RESEÑA HISTÓRICA</u>	
Gómez-Ulla y los Equipos Quirúrgicos	24
<i>J. M.^a Gómez-Ulla y Lea</i>	
Cirujano Militar. La Coruña	
<u>CASOS CLÍNICOS</u>	
Hiperparatiroidismo persistente. A propósito de un caso.	27
<i>Georgina Freiría, Gonzalo De Castro, Mauricio Iribarren, Reyes Meléndez, Ángel Rivo, Nieves Cáceres, Antonio Higuero, Pedro Gil.</i>	
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Xeral-Cíes. Vigo.	
Carcinoma lobulillar de mama metastásico en intestino delgado y en ovario	29
<i>Gegundez Gomez C., Cao Pena J., Mata Fernández I., Conde Vales J., Couselo Villanueva J. M., Monjero Ares I., Alvarez Gutierrez A., Maseda Díaz O., Rosales Juega J., Arija Val J.F.</i>	
Servicio de Cirugía General, Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.	
Papiloduodenectomía para el tratamiento del adenocarcinoma de la ampolla de Vater en casos seleccionados. A propósito de un caso.	33
<i>Erica M. Barreiro Domínguez, Elías Domínguez Comesaña, Susana Diz Jueguen, Manuel Martínez Alarcón, Miguel A. Piñón Cimadevila.</i>	
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Pontevedra.	
Divertículo de Meckel como causa infrecuente de obstrucción intestinal. Resolución laparoscópica.	35
<i>M^a Rosario Sánchez Sánchez</i>	
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Cabueñes Cabueñes - Gijón	
<u>PUBLICACIONES QUIRÚRGICAS DE INTERÉS</u>	37
<u>NORMAS DE PUBLICACIÓN</u>	38
<u>ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA</u>	42
<u>NOTICIAS</u>	50
<u>CONVOCATORIA BECAS "Dr. ULISES ROMERO"</u>	52

El año pasado hacía su aparición el primer número de la Revista de Cirugía de Galicia, impulsada por la Junta Directiva de la Sociedad de Cirugía de Galicia como órgano de expresión de la Sociedad y de todos los cirujanos gallegos independientemente de su especialidad.

La revista fue muy bien acogida tanto dentro como fuera de nuestra Comunidad Autónoma, poniendo de relieve el interés que tienen este tipo de publicaciones como medio de información de la realidad "próxima", es decir, de la realidad quirúrgica de nuestro medio.

En el presente número, se publican diversos artículos originales y casos clínicos realizados y vividos respectivamente en diferentes hospitales gallegos así como en el de Cabueñes de Gijón, que ha querido también exponer su experiencia en nuestra revista.

Se publica una reseña histórica sobre el Dr. Mariano Gómez-Ulla escrita por su sobrino el también cirujano, Dr. José M^a. Gómez-Ulla y Lea. Como Director de la revista me gustaría que este artículo fuese el primero de una sección de historia de la cirugía, especialmente, de la cirugía gallega.

En la sección de Publicaciones Quirúrgicas de Interés, se incluyen veinte referencias bibliográficas de artículos de alto interés para los cirujanos, publicados durante el año 2004, en diferentes revistas de elevado índice de impacto.

También se publican en este número, los nuevos Estatutos de la Sociedad de Cirugía de Galicia, recientemente aprobados.

Quiero acabar, agradeciendo a todos los cirujanos gallegos sus aportaciones para la revista y solicitando vuestra colaboración para el futuro, sólo con el apoyo de todos vosotros será posible obtener los objetivos de esta publicación.

Finalmente, deseo expresar de nuevo mi agradecimiento a Caixa Galicia por su apoyo a la publicación de la revista.

Miguel Cainzos Fernández
Director

Infección abdominal en cirugía bariátrica

I. Otero Martínez, I. Maruri Chimeno, P. Parada González, J. Seoane Antelo, S. González Fernández, E. Casal Núñez

Servicio de Cirugía General y Digestivo.
Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN

Introducción

La práctica de la cirugía bariátrica (CB) presenta un constante incremento debido a la alta y creciente prevalencia de obesidad en las áreas desarrolladas. En España afecta con rango de obesidad mórbida (OM), al 0,48% de la población.

Públicamente es poco conocido el hecho de que estos procedimientos quirúrgicos, particularmente las técnicas de by-pass y malabsortivas, son complejas y no están exentas de morbimortalidad en el curso postoperatorio.

De otra parte, estos pacientes presentan severas comorbilidades asociadas (cardiorrespiratorias, endocrinometabólicas, etc) que sumadas a las limitaciones propias de su biotipo, magnifican cualquier complicación postoperatoria y dificultan su diagnóstico.

Material y métodos

Desde Junio de 1997 a Junio de 2004, hemos intervenido 97 pacientes por OM, 65 mediante "cruce duodenal" (CD) y 32 con técnica de bypass gástrico (BG) vía abierta y laparoscópica.

Resultados

Afortunadamente no hemos tenido mortalidad, pero 7 pacientes presentaron morbilidad mayor: Infección abdominal (2), TEP segmentario (2), hemorragia digestiva (1), evisceración (1) y fístula duodenal (1). Dos de los pacientes, la evisceración y uno de los abscesos abdominales, precisaron reintervención, mientras que el resto de los casos se resolvieron con tratamiento conservador.

Conclusiones

La intención del presente trabajo es mostrar las incidencias relativas a los dos casos de absceso abdominal, que supusieron un reto diagnóstico y en el segundo caso, además, una comprometida decisión para solucionar el problema.

Palabras clave:

Obesidad mórbida. cirugía bariátrica. Morbilidad postoperatoria. Absceso abdominal.

INTRODUCCIÓN:

La OM se ha convertido en motivo de consulta relativamente frecuente y creciente en los servicios de cirugía de los países industrializados.

En EEUU, el 40% de la población presenta sobrepeso, con una prevalencia de obesidad en el grupo de 18 a 29 años que ascendió del 12% al 19%, desde 1991 a 1999¹. En España, según el estudio SEEDO 2000, la prevalencia de obesidad² está en torno al 15% de la población y un 0,48% se encuentra en el rango de la OM.

Son pacientes en los que al importante problema funcional del sobrepeso se añade la gravedad de las comorbilidades asociadas (hipertensión, cardiopatías, diabetes tipo II, SAOS, artropatías, alteraciones psíquicas etc) que influyen negativamente en su calidad y expectativas de vida³.

A día de hoy solamente el tratamiento quirúrgico se ha mostrado claramente eficaz, consiguiendo no solo la disminución de peso adecuada, sino también reduciendo o haciendo desaparecer las disfunciones y patologías asociadas, en la mayoría de los pacientes.

No obstante la CB, como ocurre en las otras disciplinas, tiene problemas técnicos, complicaciones inmediatas y fracasos a corto y largo plazo⁴, poco conocidos, mal difundidos y peor entendidos a nivel de la población general y de los medios de comunicación.

Algunos de los distintos procedimientos operatorios, particularmente las técnicas mixtas con predominio malabsortivo, pueden provocar secuelas de grado variable que, en casos determinados, precisen controles periódicos frecuentes e indefinidos o incluso reintervenciones⁴. También con notable frecuencia, y particularmente con las técnicas restrictivas⁵, no se obtiene el resultado esperado a largo plazo en términos de pérdida ponderal y de alivio de las comorbilidades, precisándose entonces cirugía de reconversión.

Pese a todo, la mayoría de quienes realizan técnicas mixtas refieren buenos resultados en más del 70% de los casos pasados cinco años.

Al margen de problemas a medio y largo plazo, debe destacarse el hecho de que estas técnicas mixtas no

son procedimientos quirúrgicos banales y exentos de posibles y graves complicaciones postoperatorias. Las dificultades se incrementan con una curva de aprendizaje lenta y larga en el abordaje laparoscópico⁶.

La morbilidad mayor en el postoperatorio precoz⁴ suele ser referida a fístulas, sangrado, oclusiones, abscesos y evisceraciones^{7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15} que con frecuencia condicionan reintervenciones y ocasionalmente determinan el fallecimiento del paciente, aceptándose como estándar que la mortalidad operatoria sea inferior al 2%.

En nuestro servicio se han intervenido, desde Junio de 1997 a Junio de 2004, 97 pacientes por OM, 65 con técnica abierta de CD y 32 mediante BG, vías abierta y laparoscópica. Presentaban un IMC medio de 52,6 para el CD y de 47,7 para el BG.

Afortunadamente no hemos tenido mortalidad, pero siete pacientes presentaron morbilidad mayor: Infección abdominal (2), TEP segmentario (2), Hemorragia digestiva (1), Evisceración (1) y fistula duodenal (1). Salvo la evisceración y uno de los abscesos abdominales que precisaron reintervención, el resto de las complicaciones se resolvieron con tratamiento conservador.

Presentamos los dos casos de absceso abdominal postoperatorio, de origen incierto, presentación tardía y azaroso diagnóstico, que ponen de relieve la complejidad del manejo de estos pacientes, cuando presentan incidencias en el curso clínico.

Caso clínico 1:

Mujer de 35 años, 125 Kg de peso y con IMC de 50, obesa desde la infancia y con limitaciones funcionales secundarias al sobrepeso.

Tras las pruebas diagnósticas de protocolo de OM es intervenida, realizando un CD con asa alimentaria de 250 cm y anastomosis yeyuno-ileal a 75 cm de la válvula ileocecal.

El postoperatorio inicial cursa sin alteraciones, con control radiológico con contraste hidrosoluble al quinto día normal, retirándose el drenaje abdominal e instaurando dieta oral progresiva, con buena tolerancia. Al 7º día del postoperatorio presenta fiebre como único síntoma específico, salvo discreto dolor torácico izquierdo. Radiografía de tórax, hemocultivos, ecografía abdominal, ecocardiograma y gammagrafía pulmonar normales. Únicamente existe leucocitosis de 14800 con neutrofilia y descenso de la hemoglobina a 7,5 gr. sin causa aparente de sangrado.

Se realiza una TAC toracoabdominal que informa de rarefacción de la grasa peripancreática sin colecciones. Se instaura tratamiento antibiótico empírico y ante la persistencia del cuadro febril, se repite la TAC (figura 1) a las 72 horas, que evidencia la existencia de una colección retropancreática que es drenada por radiología intervencionista (en el cultivo se aíslan *stafilococo aureus* y *prebotella*, sensibles al

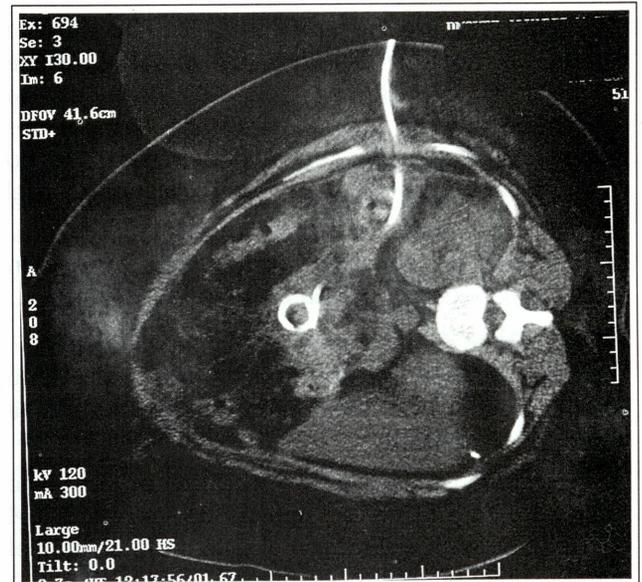


Figura 1: Colección retropancreática.

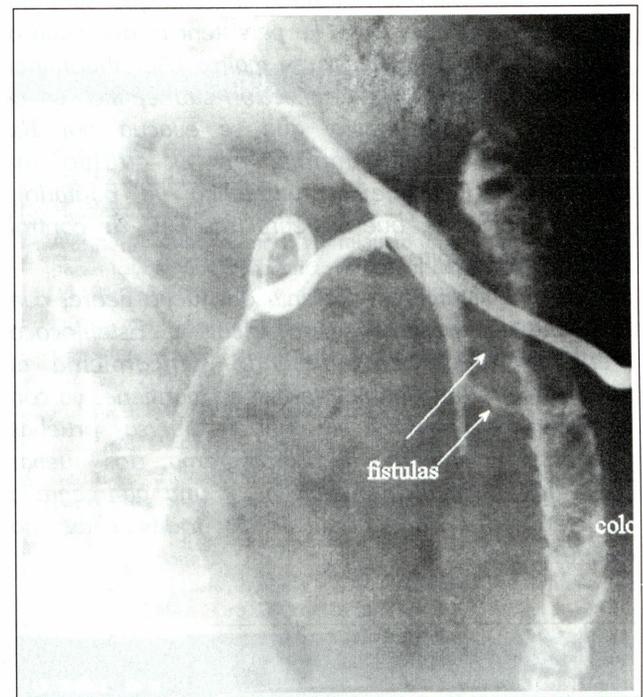


Figura 2: Fistulografía a través del drenaje

antibiótico que ya tenía pautado), dejando un drenaje tipo "pig-tail" para lavados.

La fiebre y la leucocitosis remiten, pero se mantiene el débito purulento por el drenaje durante 15 días. Se realiza una fistulografía (figura 2) a través del drenaje, que muestra aparente disminución del absceso pero con la existencia de dos trayectos fistulosos que lo comunican con el colon descendente. La paciente no presenta síntomas derivados de este hallazgo, y el enema opaco es rigurosamente normal sin apreciarse los trayectos fistulosos descritos.

Se instaura dieta de absorción alta y en los días sucesivos la producción del drenaje va en descenso, aunque las imágenes fistulosas hacia el colon se mantienen todavía en dos nuevas fistulografías.

Con total ausencia de síntomas y tras 72 días de ingreso, la paciente es dada de alta hospitalaria llevando el drenaje de "pig-tail", con escasa producción, que se retira una semana después tras una última fistulografía, en la que a pesar de no existir colección, persisten las comunicaciones con el colon.

La paciente se mantiene asintomática, con buen descenso ponderal y mejoría de su calidad de vida

Caso clínico 2 :

Mujer de 42 años, 137 Kg e IMC de 48, con HTA y linfedema de miembros inferiores secundario a síndrome postflebitico.

Tras las pruebas diagnosticas específicas se interviene realizando un CD de las mismas características del caso 1. El control radiológico al quinto día es normal por lo que se retira el drenaje abdominal. La tolerancia digestiva es igualmente satisfactoria.

Al 8º día del postoperatorio inicia fiebre de 38º que coincide con infección urinaria (*E.coli*) que se trata con ciprofloxacino. Ante la persistencia del cuadro febril y discreta leucocitosis, se realiza TAC abdominal que diagnostica pequeña colección subhepática en el área del drenaje previo, que se evacua por Rx intervencionista aislándose en el cultivo un *Estafilococo* (sensible al antibiótico ya pautado), dejando "pig-tail", que se retira tras TAC de control normal y sin débito.

En los días siguientes, presenta de nuevo fiebre, con hemocultivos positivos para *E.coli* y *Estafilococo* meticilin resistente, añadiendo Vancomicina al tratamiento. Como la hipertermia se mantiene, ya con hemocultivos negativos, se realizan diversas pruebas (figuras 3 y 4) como; Ecocardiograma, dos nuevas TAC, una resonancia magnética y una gammagrafia con leucocitos marcados, siendo todas ellas, no concluyentes.

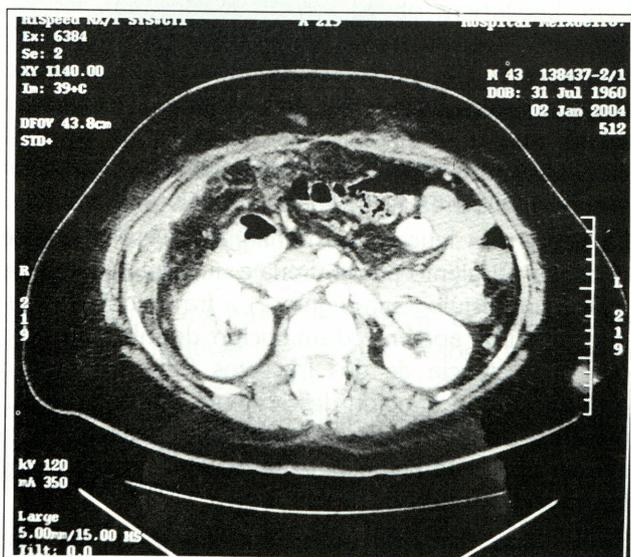


Imagen 3: TAC abdominal

A pesar de la negatividad de las pruebas de imagen y

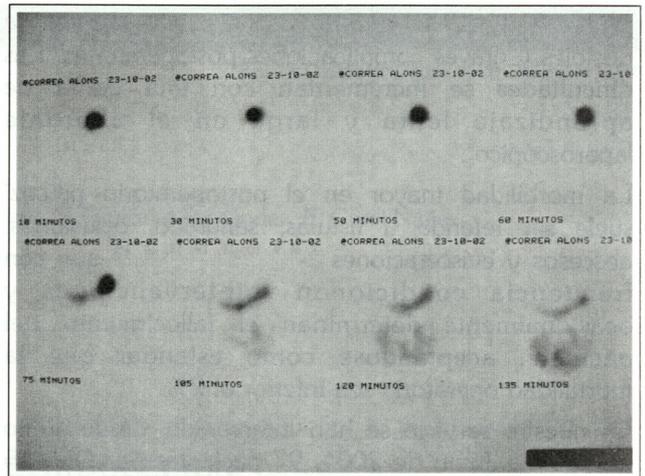


Figura 4: Gammagrafía con leucocitos marcados

la ausencia de síntomas específicos, salvo la fiebre, se decide realizar una laparotomía exploradora, hallando un gran absceso entre el epiplon y peritoneo parietal, que se drena, siguiendo a partir de la reintervención un curso clínico satisfactorio, siendo alta tras 83 días de ingreso.

DISCUSIÓN:

Se trata de dos casos de absceso abdominal en CB abierta, de causa incierta, con expresión clínica limitada al cuadro febril, de presentación relativamente tardía y con cuestionable rendimiento de los estudios diagnósticos.

Las complicaciones mayores en el postoperatorio temprano de esta cirugía suelen ser: la fístula anastomótica (1-5%), el sangrado extra o intraluminal (1-10%), y la oclusión intestinal por hernias internas o torsiones (1-8%). También son referidas, con menor frecuencia, otras complicaciones que abarcan una amplia miscelánea y entre las que se encuentran los abscesos intraabdominales sin relación con dehiscencias anastomóticas⁴.

La existencia de un foco séptico postquirúrgico es una situación potencialmente grave que precisa ser solventada lo antes posible y para ello es fundamental conocer su lugar de asentamiento, los gérmenes participantes y, cuando es posible, la causa.

Relacionado con todo esto cabe reflexionar sobre algunos tópicos y controversias involucrados en el manejo de este problema.

1º. Valor de los datos clínicos y analíticos:

La fiebre puede ser, como en nuestros dos casos, el síntoma capital que en ausencia de otras manifestaciones obliga a descartar los posibles focos más habituales (herida, orina, vías, pulmón etc) y si ésta se acompaña de taquicardia mantenida (en ocasiones sin fiebre) como refieren muchos autores^{4,15}, debe alertar sobre una situación crítica que requiere actuación diagnóstica y terapéutica con prontitud.

En ausencia de otras causas más comunes, anteriormente citadas, lo esperable es que el origen del problema esté en el abdomen y en relación con el procedimiento quirúrgico.

El dolor abdominal, por sí solo y sin localización o carácter definidos, tiene difícil interpretación en los primeros días debido al propio trauma quirúrgico y al distinto umbral de cada individuo y, por tanto, puede resultar poco orientador.

Analíticamente la norma es una fórmula infecciosa y/o una alteración del estudio de coagulación. Los cultivos de sangre, orina, exudados y catéteres forman parte de la rutina de la asistencia como en cualquier paciente séptico, siendo evocadores del posible origen los gérmenes aislados en hemocultivo.

2º/ Valor del drenaje:

Aunque su utilidad, como en otros procedimientos, siempre es motivo de discusión, la mayoría de los cirujanos bariátricos optan por utilizarlo¹⁶. Sirve como testigo de eventuales sangrados o fístulas y en muchas ocasiones contribuye al éxito del tratamiento conservador. También es cierto que cuando su emplazamiento no se corresponde con el lugar del problema o está obstruido, puede convertirse en un "falso testigo".

Nosotros dejamos rutinariamente un drenaje de tipo cerrado en la proximidad de la anastomosis gástrica, retirándolo al 4º ó 5º día, previo control radiológico del tránsito con contraste hidrosoluble.

En nuestros dos casos el postoperatorio inicial, el control radiológico y el débito y contenido del drenaje fueron normales, así como la tolerancia a la ingesta y su tránsito intestinal.

3º/ Valor de las exploraciones de imagen en las complicaciones abdominales:

La constitución y biotipo de estos pacientes, con abundante panículo y voluminosos mesos, asociado a las distorsiones anatómicas generadas por la intervención, pueden hacer difícil la interpretación de las pruebas de imagen.

En ocasiones, particularmente en superobesos de mayor volumen, la capacidad o resistencia de los propios aparatos (TAC ó RMN) impiden el acceso a estas exploraciones.

No obstante la mayor parte de las veces la TAC ó RMN evidencian colecciones abdominales, que si por su localización son tributarias de drenaje percutáneo, son tratadas por los radiólogos intervencionistas, como ocurrió en el primer caso.

4º/ Valor de la laparotomía "exploradora":

Con los recursos diagnósticos actuales, de conocimiento público y con frecuencia sobreestimados en su eficacia, puede resultar azaroso proponer a un paciente la conveniencia de una nueva intervención para "buscar" y "de encontrarse", solucionar el motivo de su proceso infeccioso.

Esta situación se planteó en nuestra segunda paciente en la que se agotaron todas las medidas a nuestro alcance para identificar la causa o lugar del foco séptico y, tras discriminar otros orígenes, podía presumirse una procedencia abdominal, aunque sin la

certeza de su localización.

5º/ Valor de la información:

Recientemente se ha creado una cierta alarma social en relación con el fallecimiento de algunas personas intervenidas por OM. A la desgracia de estos sucesos se sumó la confusa y mal documentada información en los medios de comunicación pública.

Al hilo de esta cuestión es fundamental aclarar al paciente y a su entorno afectivo, en el momento de presentar el consentimiento informado, que no se trata de una cirugía banal ni que implique prioritariamente un fin cosmético, sino la mejora de sus comorbilidades y de su calidad de vida. Debe enfatizarse sobre la posibilidad, aunque poco frecuente, de complicaciones severas en el postoperatorio y de secuelas fisiológicas posteriores, que en ocasiones pueden condicionar nuevas intervenciones¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Byrne TK. Complications of surgery for obesity. *Clin. Quir. Nort.* Vol 5/2001. 1215-25.
- 2) Martínez Blázquez C. *Cir. Esp.* 2004; 75 (5): 217-18.
- 3) Alastrue A, Garcia-Luna P, Hormiguera J, et al. Priorización de pacientes en cirugía bariátrica; índice de riesgo. *Cir. Esp.* 2004; 75 (5): 225-31.
- 4) De la Cruz-Vigo JL, De la Cruz-Vigo F, Sanz P, et al. Consideraciones técnicas para minimizar las complicaciones. *Cir. Esp.* 2004; (5): 292-297.
- 5) Pujol-Rafols J. *Cir. Esp.* 2004; 75 (5): 236-41.
- 6) Lacy AM, Delgado S. *Cir. Esp.* 2004; (5): 287-89.
- 7) Serra C, Baltasar A, Bou R. Internal hernias and gastric perforation after laparoscopic gastric by-pass. *Obes. Surg.* 1999; 9: 546-9.
- 8) Higa K, Boone K, Ho T. Complications of the laparoscopic Roux-en-y gastric by-pass: 1040 patients. What have we learned?. *Obes. Surg.* 2000; 10: 509-13.
- 9) Brolin R. Derivación gástrica. *Clin. Quir. Nort.* Vol 5/2001: 1113-31.
- 10) Braley SC et al. Late gastrointestinal hemorrhage after gastric by-pass. *Obes. Surg.* 2002; 12:404-7.
- 11) Higa K, Ho T, Keith B. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-y gastric by-pass: incidence, treatment and prevention. *Obes. Surg.* 2003; 13,5: 350-4.
- 12) Pavlos Pappas K et al. Perforation in the by-passed stomach following laparoscopic Roux-en-y gastric by-pass. *Obes. Surg.* 2003; 13,5: 797-9.
- 13) Champion JK, Williams M. Small bowel obstruction and internal hernias after laparoscopic Roux-en-y gastric by-pass. *Obes. Surg.* 2003; 13,4: 596-600.
- 14) Ninh Nguyen T, Huerta S, et al. Bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-y gastric by-pass. *Obes. Surg.* 2004; 14, 190-6.
- 15) Baltasar A. Cruce duodenal. *Cir. Esp.* 2004; 75(5); 259-66.
- 16) Chousleb E, Szomstein S, Podkameni D. Routine Abdominal Drains after laparoscopic R-en-y gastric by-pass: A retrospective review of 593 patients. *Obes. Surg.* 2004; 14;9: 1203-7.
- 17) Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cir. Esp.* 2004; 75(5): 259-66.

500 colecistectomías laparoscópicas. ¿cómo lo estamos haciendo?

J. L. Blasco*, J. M. Couselo*, C. Gegundez*, I. Monjero**, F. Arija***.

*Adjunto Servicio de Cirugía, **Residente de Cirugía, ***Jefe de Servicio
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo
Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

RESUMEN

Introducción

Presentamos una revisión de 500 colecistectomías laparoscópicas realizadas en nuestro hospital en los últimos 10 años con el objetivo de llevar a cabo una autovaloración de la técnica y lograr una mejora de la calidad.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo desde el 1/01/93 hasta 31/10/02 donde mostramos las indicaciones quirúrgicas y los resultados de esta serie de pacientes.

Resultados

Hemos participado 15 cirujanos. El 72,8% de los pacientes han sido mujeres y hemos apreciado una incidencia de coledocolitiasis del 6%. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica preoperatoria en 14,6% de los casos siendo terapéutica sólo en el 50,68%. El cólico biliar fue la principal indicación quirúrgica con el 77,8% del total. En 3 pacientes se ha producido lesión de la vía biliar principal que se resolvió con sutura simple y hepaticoyunostomía en "Y" de Roux. La tasa de reconversión fue del 9,09% siendo el 86% reconversiones electivas. El 17,6% tuvieron alguna complicación postoperatoria destacando las intraabdominales con un 12,2%. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusiones

A pesar de ciertos aspectos creemos que es una técnica que podemos seguir ofertando a nuestros pacientes como tratamiento electivo de la coledocolitiasis sintomática.

Palabras clave

Colecistectomía laparoscópica. Colelitiasis.

INTRODUCCIÓN

Cuando comenzó nuestra andadura en cirugía mínimamente invasiva en el año 1993, no éramos conscientes de la auténtica revolución que se estaba gestando en la Cirugía. Los servicios de cirugía nos íbamos incorporando de manera incontrolada a esta nueva técnica hasta que su uso se ha ido generalizando. Así en Octubre de 2002 creímos conveniente autoevaluar nuestros resultados en el tratamiento de la coledocolitiasis sintomática referentes a la técnica por procedimiento mínimamente invasivo en lo que se ha dado en llamar el "gold standard".

Con este fin se inició nuestro estudio, conscientes de su necesidad, comparándonos con otros estudios. Además facilitaríamos datos estadísticos y epidemiológicos para futuros análisis en el ámbito comunitario y si se me permite estatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el 1 de Enero de 1993 al 31 de Octubre de 2002 se han realizado 2077 colecistectomías en nuestro Servicio de Cirugía del Hospital Xeral-Calde de Lugo. De ellas 1366 fueron abiertas y 711 laparoscópicas. En el estudio hemos incluido hasta la fecha de corte 550 colecistectomías laparoscópicas sin ningún criterio de selección, esto es referido al número de historias que nos proporcionó el Servicio de Documentación.

Así podemos definir a nuestro estudio como retrospectivo y descriptivo. Recogimos datos en un protocolo que reúne antecedentes personales; pruebas preoperatorias en las que incluimos analítica hepática, ecografía abdominal, colangiografía magnética y colangiopancreatografía retrógrada en casos seleccionados; indicaciones quirúrgicas; aspectos de la intervención; complicaciones postoperatorias; reintervenciones; anatomía patológica; estancia media y mortalidad.

Habitualmente la técnica se realiza con cuatro trócares y en posición americana. Únicamente utilizamos profilaxis antibiótica con cefalosporinas de 2ª generación en casos de perforación vesicular durante la cirugía. No realizamos colangiografía intraoperatoria y ante hallazgos peroperatorios de sospecha de coledocolitiasis optamos por reconvertir o diferir al paciente para una ERCP postoperatoria.

La vesícula se extrae siempre mediante endobolsa y se deja a criterio del cirujano la utilización de un drenaje aspirativo tipo redón.

RESULTADOS

Se iniciaron 550 intervenciones por vía laparoscópica completándose la técnica en 500 pacientes. Hemos participado un total de 15 cirujanos incluidos 6 residentes, un cirujano realizó 140 intervenciones y otro 68, los demás por debajo de 40.

La edad media de los pacientes fue de 54,81 años con un rango (15-88). En cuanto al sexo, 364 (72,8 %) fueron mujeres y 136 (27,7 %) hombres.

La bioquímica hepática referida fundamentalmente a la determinación de FA, BT y GGT, se encontró alterada en 83 casos (16,6%). Mediante ecografía abdominal detectamos dilatación de la vía biliar principal (VBP) en 10,2% de los casos y coledocolitiasis en 6%. Estos últimos pacientes pasaron directamente a una ERCP preoperatoria. Habitualmente realizamos colangiografía magnética preoperatoria ante criterios de sospecha de coledocolitiasis entre los que incluimos colangitis, ictericia, pancreatitis aguda, pruebas de función hepática elevadas o presencia de dilatación ecográfica de la VBP. De tal forma que se practicó colangiografía en 7,2% de los casos con un porcentaje del 22,22% de coledocolitiasis y ERCP en 14,6%. El 50,68% de las ERCP preoperatorias fueron terapéuticas ante los hallazgos de coledocolitiasis. Desde 1997 hemos sustituido las ERCP diagnósticas por la colangiografía magnética prácticamente en todos los casos.

En la tabla 1 se resumen las principales indicaciones quirúrgicas.

	N	%
Cólico biliar	389	78,8%
Pancreatitis biliar	50	10%
Colecistitis aguda	28	5,6%
Ictericia obstructiva	24	4,8%
Colangitis	5	1%
Pólipos vesiculares	4	0,8%

Tabla 1. Indicaciones quirúrgicas

La intervención quirúrgica duró un promedio de 56,9 minutos (15-160) y el estudio anatomopatológico de la pieza de colecistectomía reveló que 409 (81,8%) fueron colecistitis crónica, 47 (9,4%) colesterosis, 24 (4,8%) colecistitis aguda, 3 (0,6%) adenocarcinomas y 3 (0,6 %) adenomiomas.

Durante el acto quirúrgico han existido 65 (13%) complicaciones intraoperatorias en su mayor parte por apertura vesicular en 55 casos (11%), 15 (3%) caída de cálculos, 3 (0,6%) lesiones de vía biliar principal además de 7 (1,4%) hemorragias no controladas y una (0,2%) perforación intestinal.

La tasa de reconversión fue del 9,09%, lo que supone 50 pacientes. El 86% fueron reconversiones electivas debidas 15 a colecistitis aguda, 9 a síndrome adherencial, 7 a fibrosis del pedículo, 7 a anatomía confusa y cinco por problemas técnicos debidos a conexiones, luz, gas, instrumental, etc.; el 14% restante nos vimos obligados a reconvertir por sangrado, lesión VBP y perforación intestinal.

La morbilidad postoperatoria ha sido alta con un porcentaje del 17,6% siendo debida fundamentalmente a complicaciones pulmonares 1,4%, de herida 7,8% e intraabdominales 12,2%. En la tabla 2 podemos ver las más importantes.

PULMONARES	HERIDA	INTRAABDOMINALES
Derrame pleural 2	Infección 26	Coleperitoneo 15
Neumonía 5	Laparocele 8	Hemoperitoneo 19
	Hematoma 5	Absceso subhepático 14
		Colestasis 5
		Obstrucción intestinal 1
		Litiasis residual 6

Tabla 2. Complicaciones postoperatorias

Del total de complicaciones postoperatorias sólo hemos reintervenido a 25 pacientes (5%), de los cuales 9 fueron coleperitoneos debidos a fuga del muñón cístico, lesión vía biliar y dos conductos de Luschka; 8 hemoperitoneos, dos por sangrado de la arteria cística y 6 del lecho hepático; una perforación intestinal y una obstrucción intestinal por herniación de un asa de intestino delgado a través del orificio de un trocar.

La estancia media postoperatoria fue de 4,68 días (1-50), incluyendo el día de intervención y el día de alta independientemente de la hora de salida (fecha de alta del informe).

No ha habido mortalidad en la serie.

DISCUSION

La colecistectomía laparoscópica está aceptada mundialmente como el tratamiento standard de la colelitiasis sintomática 1 por innumerables ventajas que ofrece al paciente y al sistema sanitario. Entre ellas podemos destacar un menor dolor postoperatorio, disminución de los días de ingreso, reincorporación temprana a su actividad sociolaboral y un mejor resultado estético entre otras.

En términos generales nuestros resultados son superponibles a los reflejados por otros autores 2,3,4 salvo ciertos aspectos. A diferencia de la literatura 5 la apertura de la vesícula en nuestra serie supuso un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias y esto parece no influenciarse por el uso de antibióticos profilácticos. En estos pacientes se ha producido caída de cálculos al peritoneo en un 3%, procediéndose siempre a la recogida de todos los

cálculos que sea posible y finalizando con un lavado exhaustivo del lecho quirúrgico.

La tasa de reconversión a laparotomía se situó en el 9,09%, atribuible en gran medida a la falta de experiencia en la mayor parte de los cirujanos de la serie (trece cirujanos con menos de 50 casos cada uno). Aun así la creemos bastante aceptable y no muy distante de autores como Balagué et al que se mueven entorno al 7%⁶.

En nuestro medio la estancia media es alta (4,68 días) y probablemente estos pacientes se beneficiarían de una atención más personalizada, junto con un mejor control del dolor postoperatorio, una disminución de las complicaciones postoperatorias y una mejor aceptación de la técnica en nuestro medio.

A pesar de una tasa de reintervenciones aceptable (5%) es preciso disminuir el número de complicaciones postoperatorias (17,6%), las cuales son francamente elevadas comparándose con otros autores ⁷, para lo cual tendremos que poner un mayor empeño en la realización de una cirugía quizá más meticulosa y obteniendo una mejor formación de nuestros cirujanos.

Con la revisión actual únicamente pretendemos comunicar nuestros resultados y compararlos con la literatura, al tiempo que ejercer una autocrítica de los mismos para adecuar recursos en vistas a una mejora de la calidad asistencial.

Finalmente, pensamos, que es una técnica que podemos seguir ofertando a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis. *Ann Surg* 1996; 224:609-620
2. Paredes JP, Carrillo A, Ramírez JA. La colecistectomía laparoscópica en España: estudio multicéntrico de 2432 enfermos. *Rev Esp Enf Digest* 1994; 85:19-26
3. Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161:385-387
4. Vecchio R, Macfayden BV, Latteri S. Laparoscopic cholecystectomy: an analysis on 114005 cases of United States series. *Int Surg* 1998; 83:215-219
5. Sarli L, Pietra N, Costi R, Grattarola M. Gallbladder perforation during laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg* 1999; 23:1186-1190
6. Balagué C, Targarona AM, Ojuel J, Viella P, Espert JJ, Pascual S et al. Factores predictivos de conversión a cirugía abierta de la colecistectomía laparoscópica. Análisis de una serie prospectiva de 502 pacientes. *Cir Esp* 2000; 68:139-143
7. Durán HJ, Luján JA, Marín P, Robles R, Sánchez-Bueno f, Hernández Q et al. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. Experiencia en 910 pacientes. *Cir Esp* 1998; 64:333-338

Aspectos quirúrgicos de la enfermedad de Crohn

M^a del Rosario Sánchez Sánchez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo
Hospital de Cabueñes
Cabueñes - Gijón

RESUMEN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria con localización predilecta en el íleon terminal, aunque puede manifestarse con complicaciones intestinales y extraintestinales. El tratamiento inicial es médico, aunque en un elevado número de casos hay que recurrir al tratamiento quirúrgico.

Presentamos los resultados obtenidos en nuestro Servicio de Cirugía tras 12 años de seguimiento.

Palabras clave:

Enfermedad de Crohn

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria panintestinal, con potencial multifocal, de etiología desconocida, que puede afectar cualquier parte, desde la boca hasta el ano, aunque su localización predilecta es el íleon terminal (1,2). Cuando afecta exclusivamente al colon se denomina colitis granulomatosa. Puede manifestarse con complicaciones intestinales y extraintestinales, tales como procesos articulares, oculares, dermatológicos como el eritema nudoso, el pioderma gangrenoso, que generalmente se asocian con una EC activa (3). No existe unanimidad sobre el tratamiento de esta enfermedad (4,5). El tratamiento inicial es un tratamiento médico conservador, aunque se recurre al tratamiento quirúrgico ante la presencia de complicaciones. A los 10 años de seguimiento, precisarán más de una resección intestinal el 30 % de los pacientes y más de tres, el 5 % (6).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los 61 pacientes, intervenidos por EC en nuestro Servicio de Cirugía, desde el 1 de enero de 1990 hasta el 31 de diciembre de 2001. De los 61 casos, 37 eran varones y 24 mujeres, con una edad media en el momento del diagnóstico de 24,32 años (9 --- 69 años). La edad media en el momento de la intervención fue de 28 años (9 --- 72 años).

En 38 pacientes el origen era urbano, en 12 rural y en 11 casos no estaba precisado. Se encontraron antecedentes familiares en 5 casos: abuela, padre, hermana, prima y sobrina 2^a.

La duración media de los síntomas antes de ser intervenidos fue de 69,63 meses. De todos los pacientes intervenidos 20 fueron diagnosticados en el momento de la intervención. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la 1^a intervención fue 64,33 meses (5,36 años) (15 días --- 23 años), excluidos los diagnosticados en el momento de la intervención. Las localizaciones más frecuentes fueron: íleon terminal en 59 casos (96,72 %), colon ascendente en 19 (31,15 %), intestinal en 13 (21,31 %), sigma en 13 (21,31 %), periné en 10 (16,39 %), extraintestinal en 10 (16,39 %), colon descendente en 8 (13,11 %), colon transverso en 6 (9,84 %), recto en 5 (8,2 %), ano en 2 (3,28 %) y esofagogastroduodenal en 2 (3,28 %). En 13 casos (21,31 %) hubo enfermedad fistulosa. En 18 casos (29,51 %) la localización fue única, en 18 casos (29,51 %) había 2 localizaciones, en 7 casos (11,48 %) 3, en 8 casos (13,11 %) 4, en 4 casos (6,56 %) 5 y en 6 casos (9,84 %) se encontraron más de 5 localizaciones. La localización más extensa fue: periné, ano, sigma, colon descendente, colon transverso, colon ascendente, íleon terminal, intestinal, esofagogastroduodenal y fistulosa, en un mismo paciente.

Se evidenciaron signos clínicos en 51 casos, radiológicos en 45, endoscópicos en 20 y anatomopatológicos en 40.

Las indicaciones quirúrgicas fueron: 25 pacientes (40,98 %) presentaron fistulas, siendo la más frecuente la fístula entero-entérica. Otras indicaciones fueron: suboclusión por estenosis ileal en 23 pacientes (37,70 %), abscesos intraabdominales en 17 pacientes (27,87 %), absceso perianal en 10 pacientes (16,39 %), obstrucción en 9 pacientes (14,75 %), perforación en 9 pacientes (14,75 %), dolor abdominal en 7 pacientes (11,48 %), suboclusión en 5 pacientes (8,2 %), absceso de pared abdominal en 5 pacientes (8,2 %), masa intraabdominal en 3 pacientes (4,92 %), eventración en 2 pacientes (3,28 %) y otras indicaciones en 13 pacientes.

El número total de intervenciones fue de 115, siendo en 63 casos (54,78 %) cirugía electiva y en 52 casos (45,22 %) cirugía urgente.

La técnica quirúrgica más frecuente fue la resección ileocecal en 52 pacientes (85,25 %), que fue el único gesto quirúrgico en 30 casos (49,18 %). Se acompañó de hemicolectomía derecha en 12 casos (19,67 %), de sigmoidectomía en 6 casos (9,84 %), de resección de intestino delgado en 2 casos (3,28%) y de colectomía total en 2 casos (3,28 %). En 16 casos se realizó resección de íleon, en 6 hemicolectomía derecha tras resección ileocecal, en 6 apendicectomía, en 3 amputación abdominoperineal: 1 con colectomía total con resección de íleon terminal previa, 1 con colectomía subtotal, 1 con doble resección intestinal con hemicolectomía izquierda con colostomía transversa. En un caso se realizó sigmoidectomía con apendicectomía y en otro caso cierre de colostomía.

De las resecciones realizadas se realizó sutura mecánica en 1 caso (GIA, anastomosis latero lateral) y en el resto de las anastomosis se realizó sutura manual, biplano en 37 casos y monoplano en 20, termino terminal en 44, termino lateral en 17, latero lateral en 7 y una anastomosis íleo rectal en J.

En 16 casos (26,23 %) los pacientes fueron sometidos a dos o más intervenciones: 2 intervenciones en 4 casos, 3 en 5, 5 en 3, 6 en 2, 7 en 2. El tiempo medio entre las intervenciones fue de 22,4 meses (1,8 años) (15 días 11 años).

RESULTADOS

La morbilidad fue de 19 casos. En 7 casos hubo fistulas, en 5 casos abscesos de pared, en 4 casos abscesos intraabdominales, en 2 casos suboclusión. Hubo 1 caso de hemorragia digestiva alta por ulcus duodenal.

La mortalidad es de 5 casos (8,2 %), con una edad media de 66,8 años (58 --- 74 años). El tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 15 años. El tiempo desde el momento de la 1ª intervención fue 6,4 años (2 meses --- 18 años) y desde la última intervención 2,6 meses. Las causas fueron: sepsis en 2 casos, deterioro general en 1 caso (durante el postoperatorio había presentado una fístula), carcinoma de recto con metástasis hepáticas en 1 caso y en otro caso la causa no estuvo bien precisada.

CONCLUSIONES

El enfoque terapéutico de la EC comienza con tratamiento médico, aunque hay que tener presente que la EC no puede curar con tratamiento médico ni quirúrgico (7). A los 5 años un elevado porcentaje de pacientes han sido sometidos a tratamiento quirúrgico. La indicación quirúrgica más frecuente es la suboclusión por estenosis ileal y la técnica quirúrgica más empleada es la resección ileocecal. El tratamiento quirúrgico es eficaz para el alivio de los síntomas, principalmente cuando la indicación

quirúrgica es la presencia de complicaciones o el fallo del tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico económico es una opción útil en el tratamiento quirúrgico de la EC complicada, siendo efectivas y seguras las resecciones mínimas (8). Existe gran probabilidad de recidiva de la enfermedad en el lugar de la anastomosis, pudiendo recurrir la EC en el neoíleon terminal después de una resección ileocólica. El reflujo coloileal puede ser un factor contribuyente en la recurrencia (9). Puede asociarse con alta morbilidad, aunque la mortalidad es baja. El porcentaje de recurrencia en 15 años de seguimiento es del 60 %, por lo que el tratamiento quirúrgico requiere precauciones especiales (7). Así, podría considerarse el aporte de hierro, vitaminas y nutrición parenteral en el preoperatorio, así como terapia eritropoyética, ya que se ha observado en algunos grupos de pacientes niveles bajos de hemoglobina y hematocrito (10). Las mujeres tienen mayor riesgo de recurrencia postquirúrgica que los hombres. Los hallazgos clínicos y la presentación son similares en pacientes jóvenes o ancianos. Sin embargo, en el anciano existe mayor probabilidad de enfermedad de intestino grueso, la resección ileocecal se hace con menor frecuencia, existe mayor riesgo de complicaciones postoperatorias cardiopulmonares, pero con similar mortalidad y porcentaje de fugas anastomóticas que en el paciente joven (11). Para mejorar la calidad de vida de estos pacientes lo más importante es conseguir la remisión, independientemente de si es con tratamiento médico o quirúrgico (12).

El tratamiento quirúrgico de la EC es adecuado a pesar de tener una etiología desconocida y carácter recidivante. En casos seleccionados puede recurrirse a la cirugía laparoscópica en la fase inactiva de la EC, después de un soporte nutricional adecuado. Aquellos pacientes con ileítis terminal sin enfermedad fistulosa serían los principales candidatos a este tratamiento (13). El posible papel de la laparoscopia en el tratamiento de la enfermedad fistulosa o recurrente ha de ser aún evaluado (14). En pacientes con EC de intestino grueso y recto no afectado que precisen tratamiento quirúrgico, la colectomía y anastomosis ileorrectal se acompaña de un menor porcentaje de complicaciones que la proctocolectomía, aunque ésta se asocia con menor incidencia de reintervenciones por recurrencia (15).

La colectomía e ileostomía final es un procedimiento seguro y efectivo. Algunos pacientes sometidos a anastomosis ileorrectal requieren proctectomía. La vigilancia regular del recto se aconseja para un bajo riesgo de cáncer (16).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández M, Piñol M, García Cuyás F, Julián F, Fernández-Llamazares J, Broggi MA. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn. *Cir Esp* 1999; 66 (1): 89 90.
2. Perea J, Lago J, Martín JR, Lara VG, Muñoz-Calero A. Enfermedad de Crohn quirúrgica. *Cir Esp* 1999; 66 (1): 90.
3. Sheldon DG, Sawchuk LL, Kozarek RA, Thiriby RC. Twenty cases of peristomal pyoderma gangrenosum: diagnostic implications and management. *Arch Surg* 2000; 135 (5): 564 568.
4. Rodríguez Sanjuán JC, Martín Parra JM, Casanova D, Martino E, Fleitas M, Naranjo A. Resultados quirúrgicos de la enfermedad de Crohn. *Cir Esp* 1998; 64 (1): 88.
5. Jara A, Picardo AL, Medina M, Mínez-Peñalver I, Alias D, Cuberes R et al. Cirugía en la enfermedad de Crohn. *Cir Esp* 1998; 64 (1): 90.
6. Lledó Matoses S. Indicaciones quirúrgicas en la enfermedad de Crohn. *Cir Esp* 1999; 66: 93 95.
7. Kroesen AJ, Buhr HJ. New aspects of surgical therapy of recurrent Crohn's disease. *Yonsei Med J* 2000; 41 (1): 1 7.
8. Cristaldi M, Sampietro GM, Danelli PG, Bollani S, Bianchi Porro G, Taschieri AM. Long term results and multivariate analysis of prognostic factors in 138 consecutive patients operated on for Crohn's disease using "bowel - sparing" techniques. *Am J Surg* 2000; 179 (4): 266 270.
9. Bakkevold KE. Nipple valve anastomosis for preventing recurrence of Crohn disease in the neoterminal ileum after ileocolic resection. A prospective pilot study. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35 (3): 293 299.
10. Sampietro GM, Cristaldi M, Porreta T, Montecamozzo G, Danelli P, Taschieri AM. Early perioperative results and surgical recurrence after strictureplasty and miniresection for complicated Crohn's disease. *Dig Surg* 2000; 17 (3): 261 267.
11. Norris B, Solomon MJ, Evers AA, West RH, Glenn DC, Morgan BP. Abdominal surgery in the older Crohn's population. *Aust N Z J Surg* 1999; 69 (3): 199 204.
12. Casellas F, Lopez Vivancos J, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Impact of surgery for Crohn's disease on health related quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95 (1): 177 182.
13. Kishi D, Nezu R, Ito T, Taniguchi E, Momiyama T, Obunai S et al. Laparoscopic assisted surgery for Crohn's disease: reduced surgical stress following ileocolectomy. *Surg Today* 2000; 30 (3): 219 222.
14. Gambiez L, Denimal F, Jafari Manjili M, Kosydar P, Fromont G, Quandalle P. Laparoscopic ileo colic resection in Crohn's disease. *Ann Chir* 1999; 53 (10): 1039 1043.
15. Yamamoto T, Keighley MR. Proctocolectomy is associated with a higher complication rate but carries a lower recurrence rate than total colectomy and ileorectal anastomosis in Crohn colitis. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34 (12): 1212 1215.
16. Yamamoto T, Keighley MR. Long term results of strictureplasty for ileocolonic anastomotic recurrence in Crohn's disease. *J Gastrointest Surg* 1999; 3 (5): 555 560.

¿Precisan ingresar los pacientes con neumomediastino espontáneo?

Manuel Martínez Alarcon, Erica Barreiro Domínguez, Miguel Angel Piñón Cimadevila

Servicio de Cirugía
Complejo Hospitalario de Pontevedra

RESUMEN

Introducción

El neumomediastino espontáneo (NME) es una entidad patológica relativamente infrecuente, de carácter benigno, que afecta a individuos jóvenes. El cuadro clínico comienza con dolor torácico y/o retroesternal que generalmente irradia a cuello. Suele acompañarse de crepitación subcutánea cervicotorácica a la palpación y de roce y crepitación retroesternal, durante la auscultación, sincrónica con los latidos cardíacos y movimientos respiratorios (signo de Hamman). La confirmación radiológica de aire en mediastino y en ocasiones en regiones aponeuróticas y subcutáneas del tórax y/o cuello son concluyentes para confirmar el diagnóstico. Los pacientes son asistidos de urgencia e ingresados en los centros hospitalarios adoptándose. Desde el punto de vista del tratamiento, este es siempre conservador y no precisa de cuidados especiales.

Objetivo

El propósito de este trabajo es determinar si los individuos con NME, una vez valoradas diferentes variables (clínicas, exploraciones complementarias, evolutivas, etc.), pueden ser tratados ambulatoriamente o en régimen de ingreso hospitalario.

Material y métodos

En marzo de 2000 tuvimos la ocasión de ingresar a dos pacientes con diagnóstico de NME. Decidimos llevar a cabo una revisión de los pacientes ingresados hasta ese momento en nuestro centro. De enero de 1994 a septiembre de 1998 recogimos cinco casos (Grupo I: 1-5). Realizamos una valoración retrospectiva de estos casos y los comparamos con otros siete (Grupo II: 6-12), controlados de marzo de 2000 a noviembre de 2002, con el mismo diagnóstico. Para ello tuvimos en cuenta los datos correspondientes a su filiación, antecedentes, síntomas y signos clínicos, datos de laboratorio, estudios radiológicos, tratamiento, controles tras los ingresos, evolución y estancias hospitalarias ocasionadas

Resultados

En los dos grupos se realizó el diagnóstico de NME clínica y radiológicamente en el 100% de los casos. No hallamos diferencias objetivas respecto a edad (22,2 y 21,2 años respectivamente), sexo (80% y 100% de varones), antecedentes, formas de presentación clínica, radiología (diagnóstica del 100% en los dos grupos), analítica (normal en ambos grupos), tratamientos (conservador en ambos grupos), evolución clínica (favorable en el 100% de los casos) ni media de estancias hospitalarias. (4,4 y 4,6 días/paciente respectivamente).

Conclusiones.

El NME se diagnostica por la clínica y la radiología cuando se llevan a cabo conjuntamente. Las variables analizadas nos inducen a considerar que el ingreso en centros hospitalarios podría ser innecesario cuando los pacientes con NME no padecen otras complicaciones. El motivo por el que suelen ingresar los pacientes con NME es por la aparatosidad con que debuta el cuadro clínico

Palabras clave:

Neumomediastino espontáneo.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de NME¹ se realiza, fundamentalmente, por la semiología clínica y por las pruebas de imagen (radiografía simple de tórax y/o TAC). Estas dos pautas de conducta proporcionan un diagnóstico fiable y permiten adoptar una actitud terapéutica, siempre sintomática, con tranquilizantes y analgésicos.

Ante la clínica de dolor torácico de instauración brusca con irradiación a cuello, signos de crepitación subcutáneos en estas dos regiones y signo de Hamman positivo² y enfisema mediastínico (EM), con o sin enfisema subcutáneo (ES) en pared torácica, axilas, cuello etc., radiológico, que aparezca en un individuo joven, generalmente atlético y con buen estado general, el diagnóstico de NME no resulta difícil³. Tampoco resulta un problema el prescribir sistemáticamente el tratamiento, siempre conservador.

Históricamente, bien por existir dudas etiopatogénicas, bien por lo aparatoso del cuadro radiológico o por el estado angustioso por el que los pacientes asisten a los servicios de urgencias, los pacientes con NME han sido ingresados sistemáticamente en centros hospitalarios. Generalmente se les ha prescrito reposo absoluto las primeras horas, administrado un sedante y/o un analgésico y, ocasionalmente algún antibiótico. Ante la buena evolución del cuadro clínico y radiológico y la franca mejoría subjetiva que refieren dichos pacientes, en 24-48 horas, que no invita a realizar mayores estudios, estos son dados de alta sin ningún tipo de secuelas. Nos preguntamos si realmente es imprescindible hospitalizar a este tipo de pacientes en los que no se evidencian complicaciones tras el alta o solo, ocasionalmente, presentan recidiva del cuadro clínico pasados unos años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro estudio se ha llevado a cabo de manera prospectiva en siete pacientes con NME que fueron asistidos en el corto espacio de tiempo, de marzo de 2000 a noviembre de 2002 (Grupo II), lo que nos indujo a revisar, de manera retrospectiva otros cinco casos, todos los registrados en nuestro centro, desde enero de 1994 a agosto de 1998 (Grupo I). La dinámica seguida en este último grupo fue siempre la misma: se recogieron sus datos clínicos, de exploración física (tabla 1, 2) y radiológica (tabla 3) y se les realizó analítica básica y un electrocardiograma el día del ingreso. Una vez ingresados, se les recomendó reposo absoluto y se les administraron 3000cc de suero (alternando glucosados al 5% y fisiológico), metonidazol (Nolotil) una ampolla cada seis horas y en alguna ocasión se administró 5 mg. de diazepam (Valium) intramuscular o endovenoso. Cuando mejoraron clínicamente se retiró la

Caso	Sexo	Edad	Antecedentes	Motivo de asistencia			Tiempo de evolución hasta
				dolor	disnea	disfagia	
1	M	16	Asmático	Punzante en hemitórax	Si	Si	8 horas
2	V	26	Buceador	Hemitórax izquierdo	Si	Si	2 horas
3	V	21	Buceador	Hemitórax izquierdo	Si	Si	4 horas
4	V	28	Fumador (Hachis)	Hemitórax izquierdo	No	Si	5 horas
5	V	20	Síndrome depresivo	Hemitórax izquierdo	Si	Si	3 horas
6	V	20	Cocainómano	Punzante retroesternal	Si	No	5 horas
7	V	22	Sobreesfuerzo	Punzante retroesternal	Si	No	4 horas
8	V	19	Fumador severo	Hemitórax izquierdo	Si	No	4 horas
9	V	22	Buceador	Hemitórax izquierdo	No	Si	3 horas
10	V	20	Asmático	Hemitórax izquierdo	Si	No	1 hora
11	V	19	No valorado	Hemitórax izquierdo	No	No	4 horas
12	V	17	Asmático	Hemitórax izquierdo	Si	No	2 horas

Tabla 1. Características de los pacientes y motivo de asistencia

Caso nº	Aumento del dolor torácico con:			Crepitación	Aumento del perímetro cervical	Signo de Hamman	Rigidez Cervical
	Tos	Respiración	Deglución				
1	Si	No	Si	Cervical	No	Si	Si
2	Si	No	No	Cervical y torácica	Si	Si	Si
3	Si	Si	Si	Cervical y supraclavicular	Si	Si	Si
4	No	No	No	No	No	No	No
5	Si	No	Si	Cervical	No	Si	Si
6	No	Si	No	No	No	No	No
7	No	Si	No	Cervical	No	Si	Si
8	Si	Si	Si	Cervical	Si	Si	Si
9	No	No	No	Torácica	No	Si	No
10	Si	Si	Si	Cervical	Si	Si	No
11	Si	No	No	Cervical	Si	Si	No
12	Si	No	No	Cervical	Si	Si	Si

Tabla 2. Semiliografía clínica y datos clínicos

Caso nº	Radiografía de tórax. Día de ingreso	TAC	Control tórax. Días sucesivos	Tránsito esofágico	Otras pruebas
1	EM y ES en cuello y Hemitórax izquierdo	No	No evidencia de EM y ES al 3º día	No	No
2	EM y ES en cuello y Hemitórax izquierdo	No	Disminución del EM y ES al 2º día	No	No
3	EM y ES en región supraclavicular y cuello del lado izquierdo	No	Disminución del EM y ES al 3º día	DLN	No
4	EM y ES en cuello lado izquierdo, hombro, región supraescapular y	No	EM y ES con discretos cambios en 4º día. Sin	No	No
5	EM y ES cervicotorácico bilateral y axilar	No	EM y ES con discretos cambios al 3º día.	No	No
6	EM y ES en hemitórax izquierdo y axila.	Confirma hallazgos	Disminución progresiva del EM y ES en los	DLN	Gasometría DLN
7	EM y ES en cuello, lado izquierdo	Confirma hallazgos	Disminución progresiva del EM y ES en los	DLN	Gasometría DLN
8	EM y ES cervical bilateral	Confirma hallazgos	Disminución progresiva del EM y ES en controles	DLN	Gasometría DLN, Ergometría Bruce, para en 5ª etapa
9	EM y ES en hemitórax izquierdo	Confirma hallazgos	Desaparece el EM y ES en el 2º día	DLN	Gasometría DLN
10	EM y ES en cuello izquierdo y hombro	Confirma hallazgos	Disminución progresiva del EM y ES del 1º a 4º	DLN	Gasometría DLN, Laringoscopia
11	EM y ES cervical izquierdo	No	Disminución progresiva del 1º al 3º día. Discreto	No	No
12	EM y ES hemitórax y región cervical izquierdos	No	Disminución al 2º día	No	No

Tabla 3. Exploraciones complementarias y evolución radiológica durante el ingreso

EM: Enfisema Mediastínico; ES: Enfisema Subcutáneo; DLN: Dentro de los límites de la normalidad; TAC: Tomografía Axial Computarizada

medicación, comenzaron a tomar una dieta blanda y reiniciaron la movilización. Entre el segundo y cuarto día, a todos los pacientes, se les practicó radiografía de control torácico para confirmar la evolución del EM y ES (Tabla. 3). Cuando los pacientes se hallaron completamente asintomáticos, fueron dados de alta.

En el grupo II, con siete pacientes, se procedió del mismo modo que con el Grupo I (Tabla. 1, 2). A mayores, en el mismo día del ingreso o al día siguiente, se les realizó TAC torácico, y en días siguientes, aunque los pacientes se hallaran asintomáticos, una radiografía de tórax diaria para controlar la evolución de los enfisemas. Así mismo se

realizaron esofagogramas, pruebas respiratorias y broncoscópicas (Tablas. 3) con el fin de comprobar si encontrábamos algún dato que nos orientase hacia un mejor manejo de los pacientes y/o la enfermedad. Los pacientes fueron dados de alta una vez se hallaron asintomáticos

RESULTADOS

El grupo I engloba a cuatro varones y una mujer de edades entre 16 y 28 años (media de 22,2). En los cinco pacientes (100%) debutó el cuadro clínico con dolor torácico, localizado en el hemitórax izquierdo, con irradiación a cuello (100% de los casos). El tiempo medio entre el inicio del dolor y su asistencia fue de 5 horas 14 minutos (entre 2-8 h.). Cuatro pacientes (80%) presentaban signos de crepitación en cuello y disnea. Tres pacientes, (60%) presentaban aumento del dolor con la tos y la deglución. El signo de Hamman estaba presente en el 80%. La radiografía simple de tórax puso de manifiesto EM y ES en cuello en el 100% de los casos, ES torácico en 2 (40%), en axila y supraclavicular en un caso respectivamente (20%). Uno de los pacientes, caso n° 2, había sido ingresado cuatro años antes por un NME. Dos de los pacientes (40%) eran buceadores profesionales. Uno de los pacientes era fumador de hachís, otro presentó NME tras varios días de tos continuada, el paciente era asmático, aunque sin clínica en el momento de ser asistido. En un caso desconocemos el factor desencadenante.

Los cinco pacientes fueron ingresados y tratados conservadoramente. Todos evolucionaron favorablemente, presentando una franca mejoría, a partir de las primeras 48 horas. Los controles radiológicos realizados entre el 2º y 4º día, evidenciaron disminución del gas intersticial mediastínico y subcutáneo (Tabla.3). Los pacientes fueron dados de

Caso Nº	Tratamiento	Evolución	Estancias hospitalarias
1	Conservador	Asintomático al 3er día	4
2	Conservador	Asintomático al 2º día	2
3	Conservador	Asintomático al 3er día	3
4	Conservador	Asintomático al 7º día	7
5	Conservador	Asintomático al 6º día	6
6	Conservador	Asintomático al 5º día	5
7	Conservador	Asintomático al 3er día	3
8	Conservador	Asintomático al 3er día	6
9	Conservador	Asintomático al 2º día	3
10	Conservador	Asintomático al 4º día	6
11	Conservador	Asintomático al 2º día	2
12	Conservador	Asintomático al 2º día	2

Tabla 4. Tratamiento y evolución

	Grupo I (Del 1 al 5)	Grupo II (del 6 al 12)	Medias globales
Edad media	22.2	20	21
Tiempo medio desde el inicio del cuadro clínico, hasta la asistencia	4,40 h	3,28 h	3,75 h
	Dolor torácico 100%	71%	85%
Inicio del cuadro clínico:	Dolor retroesternal 0%	42%	21%
Dolor en cuello	100%	57%	78,50%
Rigidez Cervical	80%	43%	61,50%
Disnea	80%	71%	75,50%
Disfagia	100%	14%	57%
Crepitación en cuello	80%	71%	75,50%
Aumento del perímetro del	49%	57%	48,50%
Aumento del dolor torácico	80%	57%	68,50%
	60%	29%	44,50%
	20%	57%	38,50%
Signo de Hamman (+)	80%	86%	83%
Fumadores	40%	14%	27%
Buceadores	10%	29%	19,50%
Asmáticos	10%	29%	19,50%
Enfisema Mediastínico (Rx)	100%	100%	100%
Enfisema subcutáneo (Rx) en			
	<i>cuello:</i>	100%	71%
	<i>Tórax:</i>	40%	43%
	<i>Axila:</i>	10%	14%
	<i>Hombro:</i>	10%	14%
Recidivas de Neumomediastino espontáneo	20%	14%	17%
Estancias hospitalarias	4,4 días	5,2 días	4,8 días

Tabla 5. Resultados comparativos de los dos grupos de pacientes

alta entre 2º y 7º días (media de 4.4 días por paciente) Tabla 4.

El grupo II, todos varones, tenían edades comprendidas entre los 7 y 27 años (media de 21). El motivo de consulta fue por dolor en hemitórax izquierdo en 6 de ellos y dolor retroesternal en tres (en dos paciente el dolor se localizó en las dos regiones a la vez) es decir que el dolor torácico lo refirieron el 86% y el retroesternal el 42% de los pacientes. El tiempo medio entre el inicio del cuadro doloroso y su asistencia médica fue de 4 horas (entre 1 y 5 horas). El dolor aumentaba con las respiración en 4 de los pacientes (57%), presentando crepitación en cuello y disnea en 5 (71%). Un enfermo refería opresión torácica. El signo de Hamman fue positivo en 6 pacientes (86%). La radiología torácica de urgencias mostró EM en el 100% de los casos y ES en cuello en 5 (71%), torácico en 6 (86%), y en axila y hombro en dos casos respectivamente (29%). Dos de los pacientes (29%) eran buceadores, uno de ellos había presentado otro NME dos años antes; otros dos fumadores importantes y dos más eran asmático. Uno de los pacientes no presentaba ningún tipo de factor desencadenante.

Las TAC torácica confirmaron los hallazgos

radiológicos previos y, las radiografías de tórax seriadas, realizadas durante los días que duró el ingreso hospitalario, la desaparición progresiva del gas mediastínico y subcutáneo. Las demás pruebas complementarias: esofagogramas, pruebas respiratorias y broncoscopia, no aportaron ningún dato relevante (tabla. 3). El total de estancias hospitalarias ocasionadas en este grupo fue de 23 días, siendo dados de alta entre el 3º y 6º días. La media de estancias de este grupo fue de 4,6 días.

Los electrocardiogramas y las pruebas de laboratorio realizadas a todos los pacientes, de ambos grupos, siempre se encontraron dentro de la normalidad.

En conclusión observamos que el NME se presenta en gente joven, tras algún tipo de esfuerzo, debutando el cuadro clínico como dolor torácico, principalmente en hemitorax izquierdo y retroesternal, con irradiación del dolor a cuello, cuyas causas desencadenantes pueden ser varias, y que con la radiología simple de tórax, se confirma la existencia de gas en mediastino, ocasionalmente en pericardio, periaorta o planos musculares torácicos diversos (Fig. 1, 2). Con la auscultación se oye un roce cardíaco (signo de Hamman positivo) consecuencia del desplazamiento del aire con los movimientos del corazón. El estado angustioso de los pacientes, por el que suelen presentar taquicardia y nerviosismo, mejora a las 24 horas de reposo absoluto y analgesia y/o sedación. Una vez dados de alta, suelen llevar a

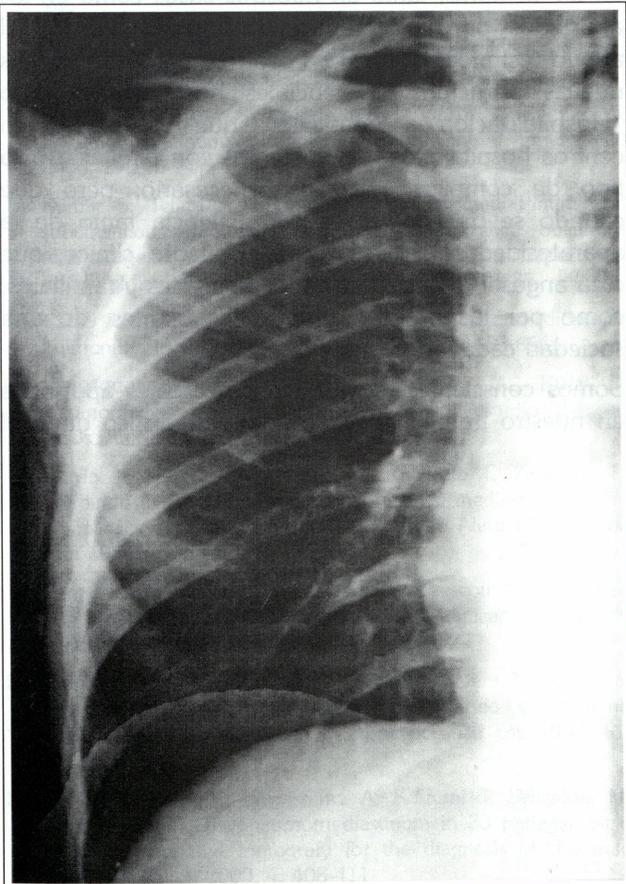


Figura 1.- Proyección posteroanterior de tórax derecho. Se observa aire en mediastino y en regiones supraclavicular,

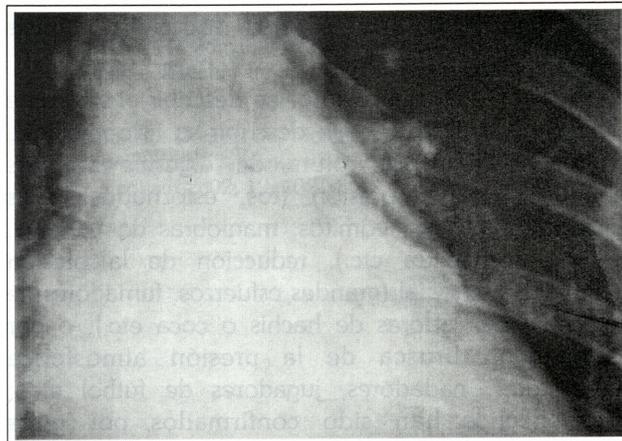


Figura 2.- Proyección posteroanterior de silueta cardíaca. Se observa aire que rodea el arco aórtico y arteria pulmonar.

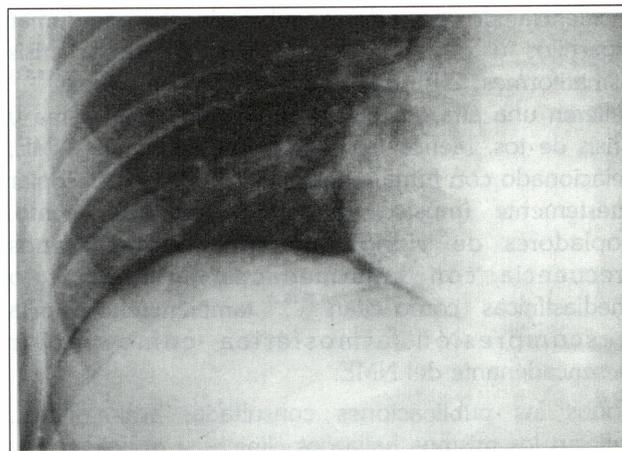


Figura 3.- Proyección posteroanterior de silueta cardíaca. Se observa aire entre diafragma y corazón derecho.

cabo una vida normal y sin secuelas presentando, ocasionalmente, recidiva de NME.

DISCUSIÓN

El NME es una enfermedad benigna relativamente poco frecuente. El diagnóstico se basa en la triada sintomática de dolor torácico (80% de nuestros pacientes), disfagia (70%) y enfisema subcutáneo (100%). Frecuentemente se asocia al signo de Hamman (80% de nuestros pacientes) y se confirma con una radiografía de tórax (100% de los mismos). Se presenta en jóvenes adultos, entre la segunda y tercera década de la vida³.

La incidencia del NME es difícil de valorar puesto que depende de los grupos de población estudiados. Mientras que Abolnik y col.⁴ aporta una incidencia de, 1:32.895 del total de pacientes ingresados entre 1978 y 1989 en su centro de trabajo, de los cuales, 24.945 tenían edades comprendidas entre los 5 y los 34 años, Bodey G.P.⁵ aporta una incidencia de 1:42.000. Otros autores, como Munsell⁶ o Mc. Mahon⁷ cifran las suyas en 1:800 y 1: 7.115. Las poblaciones estudiada por estos dos últimos autores corresponden, a jóvenes militares americanos. Entre 1988 y 1991, Lasic M. y col.⁸ observa una alta incidencia de niños y adolescentes jóvenes de edades

entre los 4 y los 19 años todos con crisis asmátiformes.

Hamman² fue el primer autor en describir el síndrome clínico y Macklin y col⁹ en describir su fisiopatología, consecuencia de la rotura de algunos alveolos sometidos a hiperpresión (tos, estornudos, crisis asmáticas, náuseas, vómitos, maniobras de Valsalva, respiración asistida etc.), reducción de la presión pulmonar intersticial (grandes esfuerzos, fumadores de tabaco, e inhaladores de hachis o coca etc.), o por disminución brusca de la presión atmosférica (buceadores, nadadores, jugadores de fútbol etc.); Estos hechos han sido confirmados por otros autores^{1,3,16,17,18,20,24}.

En nuestro estudio los factores desencadenantes del NME fueron: por inmersión, 40 % de los casos (probablemente por vivir en una zona con alta incidencia de pescadores submarinos), por fumar cigarrillos u otras drogas, 40% y debido a crisis asmátiformes, 20% de los casos. Algunos autores^{4,6,8,11} refieren una alta incidencia en pacientes con asma y crisis de tos. Menos frecuentemente se cita, el NME, relacionado con fumar, inhalación de drogas^{12,13} soplar fuertemente (músicos de instrumento de viento, sopladores de vidrio)¹⁴, y con muchas menos frecuencia con enfermedades pulmonares o mediastínicas como citan^{3,15,16,17} también refrendan la descompresión atmosférica como factor desencadenante del NME.

Todas las publicaciones consultadas sobre NME, reflejan los mismos hallazgos clínicos y radiológico, y nuestro trabajo también refleja esos hallazgos^{1,3,6,16,17}. No hemos observado pulso paradójico como refiere Abolnick⁴, sí, frecuentemente, taquicardias. El buen estado general de nuestros pacientes (100% en nuestro estudio), similar a los citados por todos los autores, induce a rechazar los neumomediastinos iatrogénicos (por exploraciones, prótesis, dilataciones esofágicas etc.) o por rotura de esófago (espontánea, perforación por cuerpos extraños o diverticular). En el grupo 2º, hemos realizado tránsito esofágico sistemáticamente, de alguna manera, forzados por el estudio que queríamos realizar.

Nosotros hemos encontrado una recurrencia del NME del 20%, dos pacientes a los dos y cuatro años respectivamente. En la bibliografía consultada se refleja casos esporádicos^{4,11,8,19}. Pérez y col.²⁰, en el seguimiento realizado a sus pacientes diagnosticados de NME, entre 2 y 24 meses, no observó ninguna recidiva. Consideramos que es en estos enfermos, con recidiva de NME, en los que sí se debería llevar a cabo un estudio más minucioso para intentar ver la verdadera causa etiológica. Los dos pacientes, uno en cada grupo, que presentaron recidiva del NME eran buceadores y no dejaron de realizar su práctica tras el primer episodio de la enfermedad. En el paciente del Grupo 2º, en el que realizamos TAC torácico, broncoscopia etc., no pusimos en evidencia ningún tipo de lesión pulmonar.

Si bien el diagnóstico de NME no parece presentar dificultades, algunos autores como Kanakil²¹ aseguran que hasta un 30% de pacientes con esta enfermedad dejan de ser diagnosticados con los métodos habituales (Triada sintomática y radiografía de tórax). Por lo que se recomienda la práctica sistemática de TAC torácico cuando se tienen dudas sobre la fiabilidad de la radiología simple^{21,22}.

Realizado el diagnóstico de NME nosotros hospitalizamos a los pacientes e instauramos tratamiento conservador, basado en primer lugar, en una esmerada información de la enfermedad al paciente y sus familiares, presa del nerviosismo y la angustia que les provoca el aparatoso del cuadro clínico. Sin embargo la actitud tomada por otros autores difiere sustancialmente de la nuestra: Miele y col.²² consideran que estos pacientes no precisan tratamiento y otros^{17,23,24} consideran que los pacientes con NME pueden permanecer en su domicilio y controlados en régimen de ambulatorio. Nosotros optamos por el ingreso, reposo y dieta absoluta, sueroterapia, analgesia y ansiolíticos las primeras 24 horas, con el Grupo II, con el objetivo de comprobar si un estudio más completo del NME podría aportar algún beneficio para el paciente o cambios en la pauta terapéutica. No fue así, y aceptando que la población aportada con nuestro trabajo no tiene valor estadístico, consideramos, llegado este punto, que por la favorable evolución de los pacientes con NME en 24-48 horas, tanto en nuestros casos como en los aportados por la literatura consultada^{1,3, 23,17,24}, el apoyo estratégico de los centros de APD³ y las nuevas estructuras asistenciales hospitalarias como "Hospitalización a domicilio", que el ingreso en centros hospitalarios, de pacientes con NME sin otro tipo de complicaciones, es innecesario; pero que cuando se materializa, es consecuencia tanto de la aparatosidad con que debuta el cuadro clínico, que crea angustia y ansiedad en los pacientes y familiares, como por los riesgos, a veces agobiantes, de una sociedad cada vez más reivindicativa.

Somos conscientes de que los porcentajes aportados en nuestro trabajo no tiene valor estadístico dado el

BIBLIOGRAFÍA

1. Benito JL, Marcos M, Morais D, Pérez R... Enfisema cervical y mediastínico espontáneo. *Acta Otorrinolaring.* 1995; 46: 152-156.
2. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp.* 1939; 64: 1-21
3. Gómez JJ, López T, Rubio A, Narvona GF. Neumomediastino espontáneo; manejo; en atención primaria. *Aten. Primaria* 1994; 13: 465-466.
4. Abolnik Y, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum. A report of 25 cases. *Chest* 1991; 100: 93-95.
5. Bodey GP. Medical mediastinal emphysema. *Ann Intern Med.* 1961; 46-56.
6. Munsell WP. Pneumomediastinum. *JAMA* 1967; 202: 129-133.
7. McMahon DJ. Spontaneous pneumomediastinum. *Am. J. Surg* 1976; 131: 550-551.
8. Lasic M, Gunek G. Spontaneous pneumomediastinum as a complication of asthma in adults and adolescents. *Lijec Vjesn* 2000; 122: 168-171.
9. Macklin CC. Transport of air along sheaths of pulmonary blood vessels from alveoli to alveoli to mediastinum. Clinical implications. *Arch Intern. Med* 1939; 64: 913-926.
10. Shah SI, Appleban EL. Spontaneous subcutaneous temporal emphysema. *Am. J. Otolaryngol* 2000; 21: 337-339.
11. Yeyin A, Gampany-Gampanavicius M, Lieberman Y. Spontaneous pneumomediastinum: is it a rare cause of chest pain?. *Thorax* 1983; 38:383-385.
12. Mazur S, Hitchcock T. Spontaneous pneumomediastinum, pneumothorax and ecstasy abuse. *Emerg. Med* 2001; 13: 121-123.
13. Fridlender ZG, Bloch A. Neumomediastinum following drug abuse. *Harefuah* 2000; 139: 411-413
14. Maravelli AJ, Skiendzielewski JJ, Snover W. Pneumomediastinum acquired by glass blowing. *J. Emerg Med* 2000; 19:145-147
15. Kumar S, Tefferi A. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema complicating bronchiolitis obliterans after allogeneic bone marrow transplantation. Case report and review of literature. *Ann Hematol* 2001; 80: 430-435.
16. Calvo Romero JM. Spontaneous mediastinum and idiopathic pulmonary fibrosis. *An Med Interna* 2000; 17: 655-656
17. Rodríguez A, González F, Guijarro A, Ruiz E. Neumomediastino espontáneo del adulto: estudio de seis casos. *An Med Intern* 1988; 5: 449-452
18. Barrio M, Rubio M, Martínez Y, Gonzalo F, Zapatero L, Gurbindo D. et al. Enfisema subcutáneo y mediastínico como complicación del asma bronquial. *Rev Esp Alergol Inmunolog Clin* 1986; 1: 56-62.
19. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum; Clinical and natural history. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 1222-1227.
20. Pérez JE, Martín L, Mansilla D, Guirao J, Civera J, Castaño J, Hernández J. Neumomediastino espontáneo y enfisema cervical. Manejo diagnóstico y terapéutico. *Cir Esp* 1997; 61: 222-224.
21. Kaneki T, Kubo K, Kawashima A, Koizumi T, Sekiguchi M. Sone. Spontaneous pneumomediastinum in 33 patients: yield of chest computed tomography for the diagnosis of the mild type. *Respiration* 2000; 4: 408-411
22. Miele V, Andreoli C, De Cicco ML, Buffa V, Galluzzo M, Adami EA. Spontaneous pneumomediastinum: Radiologic and CT study 2000 ; 12 : 869-872.
23. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R, Jouvot P, Scheimann P, De Blic J. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Pediatr. Pulmonol.* 2001; 31: 67-75
24. Castaño C, Gómez de Montes L, Guerra T, Oquillas D. Neumomediastino espontáneo idiopático: a propósito de un caso. *Medifam* 2002; 12: 102-104

Gómez-Ulla y los equipos quirúrgicos

J. M.^a Gómez-Ulla y Lea

Cirujano Militar
La Coruña

Mariano Gómez-Ulla después de los conocimientos quirúrgicos adquiridos en la Universidad Compostelana con los profesores Don Timoteo Sánchez Freire y Don Maximino Teijeiro, completó su formación de cirujano en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel (figura 1)

En la Gran Guerra 1914-1918, donde es pensionado se complementa en los frentes alemán y posteriormente francés con los que adquiere su práctica quirúrgica, y especialmente de los segundos, de los que adquiere elegancia y mesura.



Figura 1 Mariano Gómez Ulla

En el campo de batalla europeo, donde se desarrollaban las más formidables batallas, donde empiezan a aparecer las grandes heridas anfractuosas producidas por la artillería y por la aviación, aprende a practicar la resección de los bordes de estas heridas y la posterior sutura de éstos, la ligadura de los vasos sanguíneos que producen grandes hemorragias. Y todo ello practicado con destreza y rapidez. Para evacuar a retaguardia los heridos menos graves y los

de más importancia pernoctar en el Equipo Quirúrgico, donde estarían hasta su evacuación a hospitales más alejados del frente.

Aquí, en estos Equipos Quirúrgicos de vanguardia, es donde Gómez-Ulla completa su formación durante dos años como cirujano militar y cuyos conocimientos va a aplicar poco tiempo después, en la Guerra de nuestro Protectorado Marroquí.

La Gran Guerra acaba de inculcarle con gran firmeza el eterno postulado de que el herido debe de ser atendido por el cirujano lo antes posible y esto se podría conseguir de dos maneras, o llevar al herido en busca del cirujano o que éste vaya al encuentro con el herido. Dependiendo la elección de uno de estos dos procedimientos de numerosas y variadas circunstancias, condiciones del terreno, medios de comunicación, etc. Mariano sabía que en el territorio marroquí donde no había no sólo ingeniería civil ni siquiera pistas de tierra mediocres para poder transportar los heridos en condiciones medianamente satisfactorias, retrasando así la evacuación hasta el cirujano de un número determinado de horas durante las cuales la infección favorecida por la fatiga física y las angustias morales ganaba terreno con rapidez y evidente perjuicio del lesionado, y para ello no cabía más que una solución. Asegurar rápido el tratamiento, ya que las dificultades del terreno pesaban tan gravemente sobre el tiempo de evacuación.

Pero Gómez-Ulla se dio cuenta de que para que el herido pudiese ser asistido dentro de los límites de la operabilidad, es decir, de la lucha contra la infección y la hemorragia, precisaba que el órgano de tratamiento fuese llevado lo más avanzado posible. Vio la necesidad de crear algo nuevo, asegurar el rápido tratamiento en el espacio.

Propone al alto mando la creación del Hospital Quirúrgico de montaña a lomo y que, con tantos merecimientos, ostenta su nombre.

Formación genuinamente española y que cumple con el cometido análogo al que desempeñaron en la Guerra de 1914-1918 la formación Marcille y más tarde el auto-ship pero que en nada se parece a ellos. Con este Hospital creó Gómez-Ulla un organismo apto para seguir a las tropas de montaña en todas las

situaciones y gracias a sus especiales medios de transporte capaz de ser establecido en el punto mismo en que comienzan a perfilarse los caminos de herradura con lo cual se conseguiría llevar la asistencia quirúrgica hasta el mismo frente de combate con todas las ventajas que esto representaba, especialmente en los heridos de primera urgencia para los que la demora habría de ser fatal. El tiempo, los peligros y las molestias de una larga y complicada evacuación a lomo, que era casi siempre la única posible en aquel endiablado territorio.

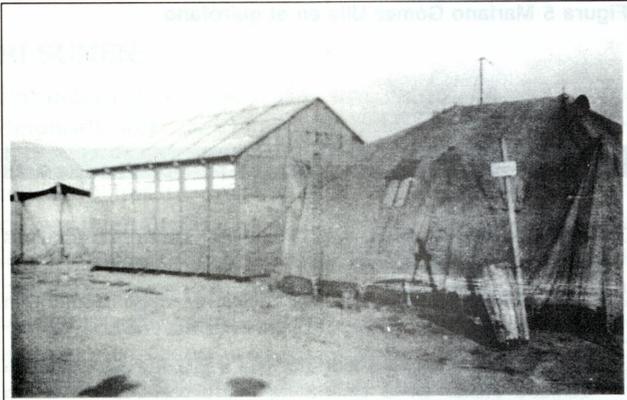


Figura 2 Hospital de campo

Este Hospital Quirúrgico de montaña, completamente transportable en baste con unas 60 cargas, consta de un grupo operatorio integrado por una barraca de quirófano, construida en madera y compuesta de paredes y techo en forma de persianas sostenidas con montante, lo que permite arrollarlas y disponerlas en fardos que constituyen una carga cómoda para el mulo (figura 2)

El piso, formado también por planchas de madera, está dispuesto de tal modo que por medio de tornillos hábilmente distribuidos, puede obtenerse fácilmente una perfecta horizontalidad, lo que permite montar la barraca sin que sea preciso efectuar previamente grandes trabajos para explanar el terreno en que aquel ha de ser instalado. Las maniobras de armarla y desmontarla con suma rapidez y facilidad requiriéndose para ello muy poco personal. El interior pintado de blanco recibe mucha luz y unas ventanas laterales que pueden cerrarse herméticamente durante la noche. A este quirófano propiamente dicho va acoplada y unida por medio de un fuelle de lona una pequeña tienda cuadrilonga que sirve de sala de esterilización y de preparación para las intervenciones. Anexas a este pabellón operatorio van las tiendas cuadrilongas necesarias para establecer en una de ellas el servicio de triaje y clasificación de las bajas y con las restantes montar un pequeño hospital de cien camas a cuyo efecto la formación va provista de material necesario y de unos aparatos de suspensión para las camas superpuestas en las cuales se puede colocar la misma camilla reglamentaria, cuando el estado del herido impide ser trasladado, bien con marcos especiales que permiten acomodar

al lesionado en todas las posiciones deseables. La iluminación nocturna está asegurada por medio de un grupo electrógeno que proporciona además el fluido indispensable para atender al recalentamiento de los shockados que obtiene mediante unos toldos especiales provistos de número suficiente de lámparas eléctricas distribuidas conforme a las necesidades de cada caso.

Para las atenciones del quirófano lleva el instrumental quirúrgico necesario para poder operar a los heridos de todas las categorías, así como el utillaje preciso para que puedan trabajar simultáneamente y sin interrupción dos Equipos Quirúrgicos, lo que disponiendo, como es natural del personal suficiente permite atender con relativa holgura a las necesidades quirúrgicas de una división (de seis a diez mil hombres) incluso en situaciones apuradas como ocurrió en las operaciones del Zoco del Gemis, que fueron las primeras en que se empleó este Hospital. Llegó a contar con más de doscientos hospitalizados, habiéndose practicado más de cuatrocientas intervenciones muchas de ellas de suma gravedad. Este Hospital Quirúrgico actuó durante una parte importante de la Campaña de Marruecos hasta el final de la contienda con el desembarco de Alhucemas en cuya plaza fue una de las primeras formaciones que desembarcó, quedando instaladas en la "cebadilla", zona completamente batida por la

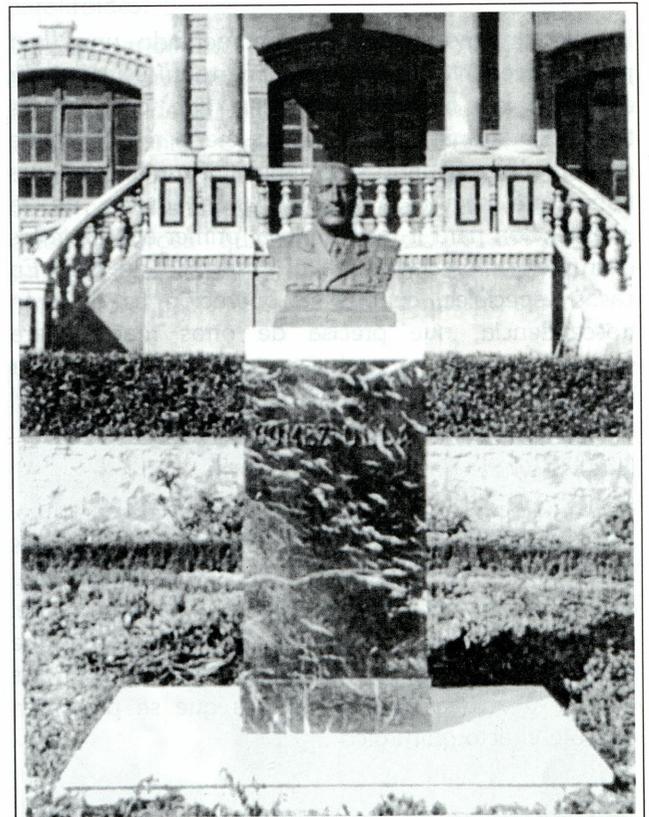


Figura 3 Antiguo Hospital Militar de Tetuán (Marruecos) cuando este pertenecía a España durante nuestro protectorado y que llevaba su nombre. En la actualidad se llama Hospital Civil Gómez Ulla pues el Rey de Marruecos quiso conservar su nombre en agradecimiento a los muchos soldados marroquíes que les curó con su bistori.

artillería enemiga, a pesar de lo cual se trabajó intensamente llegando a practicarse más de cuarenta operaciones de vientre. Todas ellas perfectamente asistidas (figura 3)

Esto en cuanto a tiempos de guerra.

En la paz, Mariano Gómez-Ulla forma en el Hospital Militar Madrid-Carabanchel los Equipos Quirúrgicos en cuanto a personal, pues los medios materiales los tiene ya con creces (figura 4). Los quirófanos que se remodelan y otros que se construyen de nueva planta. Instalándose doce quirófanos, colocados en serie, con el instrumental existente en el Hospital se incrementa y adquiere lo más moderno y el mejor, casi todo francés, y se forman los equipos humanos.



Figura 4 Antiguo Hospital de Carabanchel, posteriormente denominado "Gómez Ulla", tras él, un nuevo edificio con el moderno Hospital "Gómez Ulla"

El jefe cirujano hecho y experimentado una gran parte procedente de la guerra marroquí y un primer ayudante de manos, que tiene que conocer las técnicas quirúrgicas así como su jefe la región donde operan. Un segundo ayudante instrumentista que tiene que seguir la técnica y el orden de la intervención para ir facilitando al primer ayudante los instrumentos precisos para el desarrollo de esta. En casos especiales, cuando la operación es de gran trascendencia, que precisa de otras manos para separar campos operatorios, se lleva un tercer ayudante e incluso hasta un cuarto para facilitar el acto quirúrgico (figura 5)

Decía Gómez-Ulla:

"Un equipo quirúrgico debe ser siempre el mismo. Los mismos hombres que ya se conocen en las técnicas y en la manera de reaccionar ante situaciones adversas. La serenidad y compostura del equipo quirúrgico humano debe ser la norma que prime siempre. Especialmente en circunstancias difíciles y algunas veces adversas que se presenten durante el acto quirúrgico".

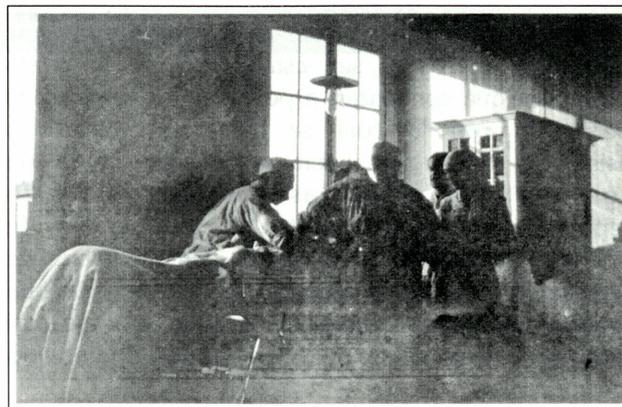


Figura 5 Mariano Gómez Ulla en el quirófano

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dr. Agustí (Revista Medicina y Cirugía de Guerra). Los Equipos Quirúrgicos en Marruecos. Madrid 6-3-43.
- 2 Un Hombre. Un Cirujano. Un Militar. Mariano Gómez-Ulla (José M^a Gómez-Ulla y Lea) Editorial Madrid. 1981.
- 3 Dr. Ciancas (Revista Medicina y Cirugía de Guerra). La Sanidad Militar en la Guerra de Marruecos. Madrid, Enero 1946.

Hiperparatiroidismo persistente. A propósito de un caso.

Georgina Freiria*, Gonzalo De Castro*, Mauricio Iribarren*, Reyes Meléndez†, Ángel Rivo†, Nieves Cáceres*, Antonio Higuero*, Pedro Gil‡.

* Cirujano adjunto, † Cirujano residente, ‡ Jefe de Servicio Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Xeral-Ciés. Vigo.

RESUMEN:

Presentamos el caso de un varón de 53 años diagnosticado de hiperparatiroidismo primario de cuatro años de evolución. El diagnóstico inicial fue realizado tras un estudio por dolores óseos. A pesar de ser intervenido por este motivo en dos ocasiones la enfermedad fue progresando a lo largo de los años presentando en el momento de nuestra primera valoración deterioro de la función renal y severas alteraciones óseas. Las pruebas de localización (TAC y gammagrafía) evidenciaron un nódulo cervical compatible con probable adenoma paratiroideo. La localización radioisotópica intraoperatoria y la determinación peroperatoria de los niveles de hormona paratiroidea permitieron confirmar este nódulo como único foco causante del hiperparatiroidismo.

Palabras clave:

Hiperparatiroidismo. Paratiroidectomía. Hormona Paratiroidea. Cirugía Mínimamente Invasiva.

INTRODUCCIÓN:

El concepto de hiperparatiroidismo engloba las enfermedades endocrinas caracterizadas por la secreción excesiva de hormona paratiroidea (PTH). En caso de que esta hiperproducción sea debida a una tumoración (generalmente adenoma) o hiperplasia de las glándulas paratiroideas nos encontramos ante un hiperparatiroidismo primario (HPTP) cuyo único tratamiento eficaz es el quirúrgico. Sin embargo, hasta un 10% de los pacientes puede tener una recidiva o persistencia de su hiperparatiroidismo tras la cirugía, de ahí la gran importancia de un correcto diagnóstico de localización de la(s) glándula(s) causante(s) de la enfermedad previo a la intervención.

CASO CLÍNICO:

Varón de 53 años con antecedentes de hipotiroidismo secundario a radioterapia cervical por tuberculosis ganglionar y diagnosticado en el año 2000 de HPTP tras un estudio por dolores óseos y varias fracturas óseas y tendinosas.

En Noviembre de 2000 se interviene en un primer centro hospitalario. Mediante cervicotomía derecha se le realiza una hemitiroidectomía derecha cuyo estudio anatomopatológico determina la existencia de un tiroides atrófico con extensas áreas de fibrosis y áreas hiperplásicas reactivas y en cuyo seno se demuestra la existencia de varios adenomas microfoliculares y fetales, uno de los cuales macroscópicamente pudo ser identificado erróneamente como tejido paratiroideo.

Ante la persistencia analítica y clínica de HPTP se le practica una segunda cirugía en otro centro en Mayo de 2001 realizándose una cervicotomía izquierda de la que se obtienen dos muestras con estudio anatomopatológico compatible con adenoma de paratiroides.

Tras un periodo de hipocalcemia sintomática persiste el HPT con cifras elevadas de PTH (PTH en Septiembre de 2003: 1722), deterioro progresivo de la función renal (Creatinina en Octubre de 2003: 2,6 mg/dl, en Enero de 2004: 3,2 mg/dl), deformidades óseas con desmineralización y datos radiológicos de osteítis fibrosa quística (Fig. 1) y reabsorción subperióstica, cojera y miopatía progresivas. En este momento el paciente es remitido a nuestro centro.

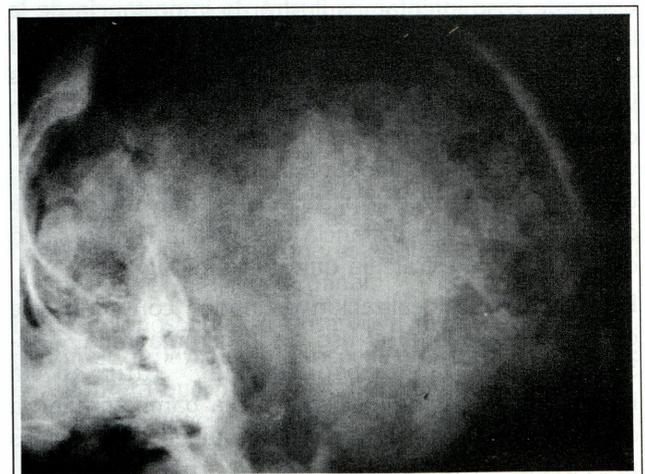


Figura 1. Cráneo "en sal y pimienta", característico de la osteítis fibrosa quística.

En una TAC cervical se delimita una lesión de morfología oval de 1,6 cm. que se sitúa por detrás

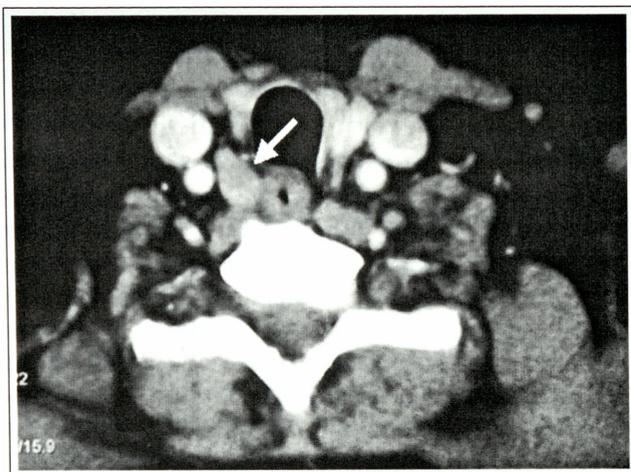


Figura 2. TAC cervical. Se indica con una flecha el adenoma paratiroideo.

del lóbulo tiroideo residual del lado derecho, entre el esófago y la carótida derecha (Fig. 2).

También se realiza una gammagrafía con Tc 99-Sestamibi que detecta un nódulo con patrón gammagráfico compatible con glándula paratiroidea hipertrófica, probable adenoma, proyectado sobre la localización anatómica del polo inferior del lóbulo tiroideo derecho.

En Enero de 2004 el paciente se reinterviene en nuestro centro. En esta ocasión se realiza una cervicotomía derecha con localización radioisotópica intraoperatoria del nódulo y comprobación de que no existen otras zonas emisoras de radiación. Se hace también determinación peroperatoria de los niveles de PTH, que descienden desde cifras >1500 en la inducción anestésica hasta 145,1 a los 10 min. de la exéresis.

En el momento del alta el paciente presenta hipocalcemia mantenida secundaria a su probable situación de paratiroidectomía total, por lo precisa tratamiento oral domiciliario con calcio y Vitamina D.

DISCUSIÓN:

Con este caso intentamos ilustrar la importancia de la localización preoperatoria de la(s) lesión(es) causante(s) de HPTP. El tratamiento quirúrgico logra la curación en el 90-95 % de los pacientes^{1,2}. En casos de HPTP persistente la reintervención es el único tratamiento eficaz aunque se asocia a un mayor número de complicaciones y una menor tasa de curaciones¹, circunstancia que resalta la necesidad de optimizar la estrategia quirúrgica inicial.

Las técnicas de localización pretenden conseguir este objetivo. Es habitual el uso de la gammagrafía ⁹⁹Tc-Sestamibi y la ultrasonografía^{2,3} (útil en la interpretación de los hallazgos de la gammagrafía ya que los "nódulos" tiroideos constituyen una de las mayores dificultades en la interpretación gammagráfica)³. En los casos en que estas pruebas sean negativas en pacientes previamente intervenidos puede ser necesario recurrir a pruebas invasivas como la toma de muestras selectivas venosas para la

determinación de PTH¹.

La cirugía radioguiada está especialmente indicada para realizar una cirugía mínimamente invasiva en pacientes con Tc-Sestamibi positivo para la localización de adenomas paratiroides^{4,5} e incluso algún estudio la encuentra útil en casos de hiperplasias⁶. Nosotros hemos encontrado que puede también tener su indicación en las reintervenciones aunque otros autores dudan de esta utilidad¹.

La determinación seriada de PTH intraoperatoria tiene gran interés a la hora de intentar asegurar si la cirugía realizada es suficiente para solucionar el HPTP o si por el contrario se necesita ampliar la extensión de la paratiroidectomía. Así, un descenso superior al 50% de la PTH basal a los 10 min. de la exéresis garantiza prácticamente el éxito de la cirugía (sensibilidad del 90% y un valor predictivo positivo del 90% en pacientes reintervenidos)⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caron NR, Sturgeson C, Clark OH. Persistent and recurrent hyperparathyroidism. *Curr Treat Options Oncol* 2004; 5:335-345.
2. Mariani G, Gulec SA, Rubello D, Boni G, Puccini M, Pelizzo MR et al. Preoperative localization and radioguided parathyroid surgery. *J Nucl Med* 2003; 44:1443-1458.
3. Gil P. Hiperparatiroidismo Primario. Punto de vista de un Cirujano General. *Rev de Cirugía de Galicia* 2003; 1:14-19.
4. Goldstein RE, Martin WH, Richards K. Minimally invasive radioguided parathyroidectomy (MIRP). *Minerva Chir* 2003; 58:269-279.
5. Rubello D, Casara D, Giannini S, Piotta A, Dalle Carbonare L, Pagetta C et al. Minimally invasive radioguided parathyroidectomy: an attractive therapeutic option for elderly patients with primary hyperparathyroidism. *Nucl Med Commun* 2004; 25:901-908.
6. Chen H, Mack E, Starling JR. Radioguided parathyroidectomy is equally effective for both adenomatous and hyperplastic glands. *Ann Surg* 2003; 238:332-338.
7. Segal F, Shen W, Brunaud L, Kebebew E, Duh QY, Clark OH. Intraoperative parathyroid hormone assay and parathyroid reoperations. *Surgery* 2003; 134:1049-1055.

Carcinoma lobulillar de mama metastasico en intestino delgado y en ovario

Gegundez Gomez C, Cao Pena J, Mata Fernández I*, Conde Vales J, Couselo Villanueva JM, Monjero Ares I, Alvarez Gutierrez A, Maseda Diaz O, Rosales Juega J, Arija Val JF.

Servicio de Cirugía General, *Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

RESUMEN

Aunque los lugares más frecuentes de metástasis del cáncer de mama son el hueso, pulmón, pleura, hígado, glándulas suprarrenales y cerebro, también se pueden afectar otros órganos como el intestino delgado y el ovario, sobre todo si es del tipo lobulillar infiltrante.

Se presenta un caso de metástasis en intestino delgado y en ovario por carcinoma lobulillar infiltrante de mama en su variedad pleomorfa, en el que la primera manifestación de la enfermedad fue la obstrucción intestinal. En el tránsito intestinal baritado se evidenció una estenosis yeyunal y otra en íleon terminal a nivel de válvula ileocecal. A pesar de que en la endoscopia se observó una formación plana en alfombra a nivel de la válvula ileocecal, la biopsia fue negativa, lo cual es bastante frecuente por la ausencia de infiltración de la mucosa intestinal. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico de las piezas de resección intestinal y ovárica confirmó el diagnóstico de metástasis de un carcinoma lobulillar de mama, lo cual se corroboró con la biopsia mamaria.

Palabras clave:

Carcinoma mamario lobulillar. Metástasis gastrointestinales.

INTRODUCCION

Los tumores malignos no linfoides del intestino delgado se presentan con una frecuencia del 0,3 % como tumores primarios malignos y son infrecuentes como tumores metastásicos (1-4 % en las series post-mortem) (1). Los tumores que metastatizan con mayor frecuencia en el intestino delgado son el melanoma maligno, el cáncer de pulmón y el de colon. Otros que lo hacen, pero con menor frecuencia son el cáncer de mama, riñón, cérvix y el de ovario (2,3). Generalmente, no son la primera manifestación de la diseminación tumoral y se asocian a metástasis en otros órganos (1).

Nuestro caso es de especial interés, por el hecho de que la obstrucción intestinal por metástasis de carcinoma mamario ha constituido la primera manifestación de la enfermedad.

CASO CLINICO

Mujer de 49 años, en la que el único antecedente médico de interés es la alergia a las sulfamidas, que consulta por dolor abdominal tipo cólico de localización difusa con predominio en hipocondrio izquierdo y que se acompaña de vómitos biliosos de 2 meses de evolución.

A la exploración física llamaba la atención un abdomen distendido y timpanizado con peristaltismo de lucha.

La analítica realizada estaba dentro de los límites de la normalidad: hemograma, velocidad de sedimentación globular, coagulación, glucosa, ionograma, función renal, perfil hepático y marcadores tumorales (CEA y CA.19,9).

En la radiografía de tórax no se encontraron alteraciones.

En la radiografía de abdomen se visualizaban asas de intestino delgado dilatadas con niveles hidroaéreos.

En la ecografía abdominal sólo llamaba la atención la presencia de asas intestinales dilatadas a nivel de hipocondrio izquierdo.

En la TAC abdominal se observaba una gran dilatación de asas de intestino delgado que parecían corresponder a yeyuno, sin otras alteraciones.

En el tránsito intestinal con bario se evidenciaba dilatación importante de asas de intestino delgado con sospecha de una zona estenótica a nivel yeyunal y otra a nivel de íleon terminal.

En la colonoscopia se observó a nivel de la porción proximal de la válvula ileocecal una formación plana en alfombra que provocaba cierto grado de estenosis. La biopsia de esta zona se informó como cambios inflamatorios.

Con el diagnóstico preoperatorio de obstrucción de intestino delgado de etiología no clara, se realizó laparotomía a través de una incisión subcostal derecha, encontrándose una lesión estenótica blanquecina de aproximadamente 3 centímetros de

longitud a nivel de yeyuno distal y otra lesión de similares características y de aproximadamente 2 centímetros de longitud a nivel de válvula ileocecal. Debido a estos hallazgos se realizó resección segmentaria de yeyuno y hemicolectomía derecha. También se encontró un ovario izquierdo poliquístico, por lo que se realizó biopsia del mismo.

El estudio anatomopatológico reveló lo siguiente:

- Segmento de yeyuno con infiltración de la pared (de fuera a dentro y sin compromiso de la mucosa) por carcinoma difuso pobremente diferenciado (Figura 1 y Figura 2).

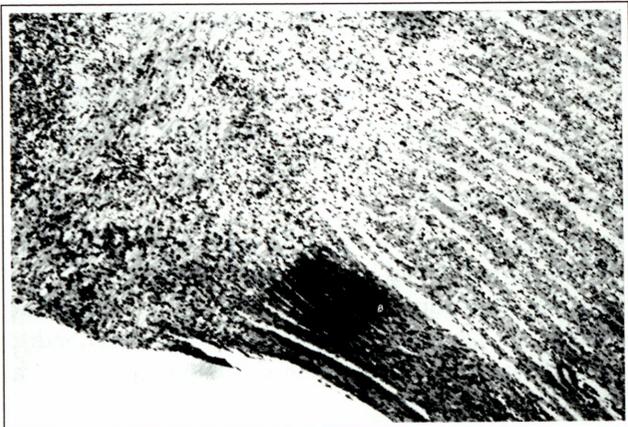


Figura 1.- Infiltración de las capas muscular interna y externa del intestino delgado por cordones de células tumorales en fila india (HE x 100).



Figura 2.- Infiltración tumoral de la capa submucosa del intestino delgado. Obsérvese la mucosa no infiltrada. (HE x 40).

- Pieza de hemicolectomía derecha con infiltración de la válvula ileocecal (de fuera a dentro y sin afectación de la mucosa) por carcinoma difuso pobremente diferenciado y con metástasis en 2 de 24 ganglios aislados.
- Cuña ovárica izquierda infiltrada por carcinoma difuso pobremente diferenciado.

En el estudio inmunohistoquímico de las 3 piezas operatorias se demostró: CAM 5.2: positivo, CITOK 7: positivo, CITOK 20: negativo, AE1/AE3: positivo, LC: negativo, S100: negativo, PROGESTERONA: positivo, ESTRÓGENOS: positivo, C-erb-B2: positivo, p53: positivo, ki67: inmunorreactividad baja.

Debido a los hallazgos microscópicos e inmunohistoquímicos, se establece el diagnóstico de metástasis por carcinoma lobulillar de mama a nivel de intestino y de ovario, siendo el paso siguiente la exploración mamaria en la que se encuentra una zona indurada a nivel de cuadrante súpero-externo de mama izquierda sin adenopatías palpables. La ecografía mamaria y la mamografía no demostraron lesiones sospechosas. La biopsia mamaria a nivel de la zona indurada en mama izquierda reveló un carcinoma lobulillar infiltrante en su variedad pleomorfa (Fig 3) que afecta totalmente a la pieza resecada (8x6x4 centímetros) que coexiste con un carcinoma ductal infiltrante bien diferenciado de 1,5 centímetros de diámetro. El estudio inmunohistoquímico del carcinoma lobulillar pleomorfo demostró un tumor intensamente positivo para los receptores de estrógenos y de progesterona, un tumor débilmente positivo para la Bcl-2, un tumor negativo para la p53, un tumor intensamente positivo para la oncoproteína C-erb-B2 y un tumor con bajo índice proliferativo. La inmunohistoquímica del carcinoma ductal infiltrante demostró un tumor intensamente positivo para los receptores de estrógenos y de progesterona, un tumor intensamente positivo para la Bcl-2, un tumor negativo para la p53, un tumor negativo para la oncoproteína C-erb-B2 y un tumor de bajo índice de proliferación.

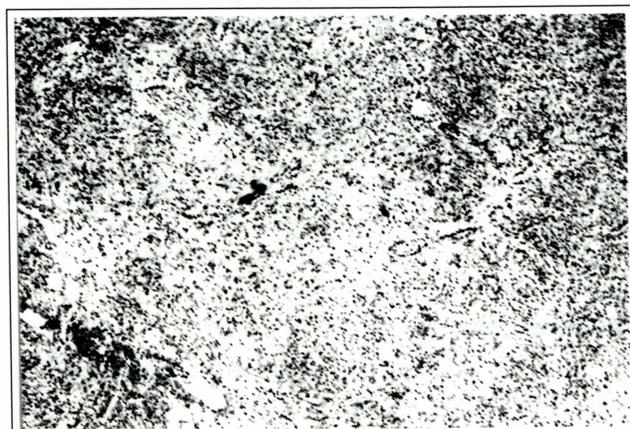


Figura 3.- Tejido mamario infiltrado por cordones de células tumorales en fila india (HE x 100).

En el momento actual (6 meses después del diagnóstico) la paciente se encuentra asintomática tras recibir tratamiento con quimio y hormonoterapia.

DISCUSIÓN

El carcinoma lobulillar infiltrante de mama supone entre 2-20% de los carcinomas infiltrantes de mama (4-9) y se caracteriza por una mayor frecuencia de multicentricidad y bilateralidad (hasta un 30% de los casos) que la variedad ductal infiltrante (5). También le caracteriza la mayor frecuencia de falsos negativos en la mamografía (15-20%) (10), como ocurrió en nuestro caso.

La incidencia de metástasis gastrointestinales extrahepáticas del cáncer de mama oscila entre 6-

18% en las series de necropsia, observándose que el órgano más frecuentemente afectado es el estómago, seguido del colon y recto, siendo raras las metástasis en el intestino delgado (11, 12). Existen varios estudios que analizan el patrón de diseminación de los diferentes tipos histológicos: los estudios de Harris et al (13) sobre una serie de 966 pacientes con carcinoma de mama metastásico revelan un número significativamente mayor de metástasis en hueso, tracto gastrointestinal, órganos ginecológicos, peritoneo y Retroperitoneo en el carcinoma lobulillar a diferencia del carcinoma ductal en el que hay un mayor número significativo de metástasis pulmonares. Lamovec and Bracko (14) en un estudio de 261 autopsias de pacientes fallecidas por cáncer de mama han encontrado que el carcinoma lobulillar metastatiza significativamente con mayor frecuencia en el sistema gastrointestinal, órganos ginecológicos, peritoneo y retroperitoneo mientras que el carcinoma ductal metastatiza más en pulmón, sin encontrar diferencias significativas en cuanto a las metástasis en hueso y glándulas suprarrenales. Borst and Ingold (9) muestran una serie de 2605 pacientes con carcinoma de mama metastásico y observaron un predominio de metástasis gastrointestinales, órganos ginecológicos, peritoneo y Retroperitoneo en el carcinoma lobulillar, mientras que en el carcinoma ductal predominan las metástasis en pulmón y pleura. El porcentaje de metástasis en hígado y en sistema nervioso no fue significativamente diferente en ambos tipos histológicos. En esta serie el porcentaje de metástasis en intestino delgado fue de 2,2 % en el carcinoma lobulillar y del 0,09% en carcinoma ductal. En una serie de 57 pacientes con carcinoma lobulillar metastásico, reportada por Winston et al (7), se observa que aunque el lugar más frecuente de localización metastásica es el hueso, existe una propensión a las metástasis en tracto gastrointestinal, peritoneo y órganos ginecológicos. En esta serie 11% de las pacientes tenían metástasis en intestino delgado.

El intervalo de tiempo entre el diagnóstico de cáncer de mama y la aparición de metástasis en el tubo digestivo oscila entre 3 meses (15) y 30 años (16), con una mayor incidencia entre los 4 y los 5 años (3). Nuestro caso es una excepción a dicha regla.

Los síntomas de presentación de las metástasis intestinales son el dolor abdominal, síntomas de perforación, sangrado u obstrucción (1).

El tránsito intestinal baritado pondrá de manifiesto imágenes de defectos de replección en los tumores expansivos, mientras que en los tumores invasivos mostrará múltiples alteraciones radiológicas (estenosis con dilatación proximal, engrosamiento de pliegues, rigidez de un segmento intestinal, ulceración o masas polipoideas múltiples) (1).

En la TAC abdominal se demostrará un engrosamiento de la pared intestinal (7), lo cual no fue revelado en nuestro caso.

Los hallazgos endoscópicos pueden ser sutiles o inespecíficos por la falta de afectación de la mucosa y la biopsia suele ser negativa si no es profunda (15,16), como ocurrió en nuestro caso.

Los criterios patológicos incluyen infiltración de las capas serosa, muscular y submucosa por cordones de células epiteliales pequeñas monomórficas y atípicas con citoplasmas poligonales débilmente basófilos y núcleos vacuolados. Estas células se encuentran típicamente ordenadas en "fila india" (12) como se observa en las figuras 2 y 3.

La utilización de técnicas inmunohistoquímicas es útil cuando existen dudas para determinar el origen del tumor (como en el caso presentado). Una fuerte expresión de receptores de estrógenos y progesterona, citoqueratina 7 y 20, alfa-lactoalbúmina, GCDFP (gross cystic disease fluid protein), etc. favorecen el origen mamario del carcinoma (15).

Una vez confirmado el origen metastásico de la lesión, el tratamiento se enfocará en el contexto del cáncer de mama metastásico, observándose con el tratamiento médico remisiones parciales del 32% (15)-53% (12). El tratamiento quirúrgico sólo estaría indicado en caso de perforación, hemorragia u obstrucción intestinal, como en el presente caso (11, 15).

Este caso nos hará recordar que en el cáncer de mama y fundamentalmente en el lobulillar existe la posibilidad de metástasis en órganos diferentes a los habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández V, Flor-Lorente B, Burgués O, Flor-Civera B, Oliver V. Anasarca as presentation of lobular breast carcinoma. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23:338-40.
2. Hession PR, Campbell RSD. Late presentation of solitary jejunal metastases from renal cell carcinoma. *Int J Clin Pract* 1997; 51:334-5.
3. Alba M, Piedrafita E, Chivite de León A, Allende L, Sáinz S. Gastric metastases of breast carcinoma. *Rev Esp Enf Digest* 1997; 89: 647-9.
4. Alvarez C, Gobernado J, Ramos M, Frutos S, Rodríguez-Tabernero L, Pérez F et al. Ovarian metastasis of breast carcinoma. *Clin Invest Gin Obst* 2000; 27: 103-6.
5. Tacuri C, Delgado JJ, Garrido N, Nieto A, Zapico A, Cortés-Prieto J. Intraabdominal metastases from infiltrating lobular carcinoma of the breast. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2002; 45:26-9.
6. Bumpers HL, Hassett JM, Penetrante RB, Hoover EL, Holyoke DH. Endocrine organ metastases in subjects with lobular carcinoma of the breast. *Arch Surg* 1993; 128:1344-7.
7. Winston CB, Hadar O, Teitcher JB, Caravelli JF, Sklarin NT, Panicek DM et al. Metastatic lobular carcinoma of the breast: patterns of spread in the chest, abdomen, and pelvis on CT. *AJR* 2000; 175:795-800.
8. Daniels IR, Layer GT, Chisholm EM. Bowel obstruction due to extrinsic compression by metastatic lobular carcinoma of the breast. *J R Soc Health* 2002; 122:61-2.
9. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery* 1993; 114:637-42.
10. Schroeën AMA, Wobbles TH, Der Sluis RL. Infiltrating lobular carcinoma of the breast detected by screening. *Br J Surg* 1998; 85:390-2.
11. Pla V, Safont MJ, Buch E, Pallas A, Roig JV. Metastases from infiltrating ductal carcinoma of the breast mimicking primary obstructive colon cancer. *Cir Esp* 2002; 71:257-8.
12. Cervi G, Vettoretto N, Vinco A, Cervi E, Villanacci V, Grigolato P et al. Rectal localization of metastatic lobular breast cancer. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:453-5.
13. Harris M, Howell A, Chrissohou M, Swindell RIC, Hudson M, Sellwood RA. A comparison of the metastatic pattern of infiltrating lobular carcinoma and infiltrating duct carcinoma of the breast. *Br J Cancer* 1984; 50:23-30.
14. Lamovec J, Bracko M. Metastatic pattern of infiltrating lobular carcinoma of the breast: an autopsy study. *J Surg Oncol* 1991; 48: 28-33.
15. Schwarz RE, Klimstra DS, Turnbull ADM. Metastatic breast cancer masquerading as gastrointestinal primary. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:111-4.
16. Benfiguig A, Anciaux ML, Eugene CI, Benkemoun G, Etienne JC. Gastric metastases of breast cancer occurring after a cancer-free interval of 30 years. *Ann Gastroenterol Hepatol*

Papiloduodenectomía para el tratamiento del adenocarcinoma de la ampolla de Vater en casos seleccionados. A propósito de un caso.

Erica M. Barreiro-Domínguez, Elías Domínguez-Comesaña, Susana Diz-Jueguen, Manuel Martínez-Alarcón, Miguel A. Piñón-Cimadevila.

Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Complejo Hospitalario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN.

Las neoplasias malignas de la ampolla de Vater forman parte de los denominados carcinomas periampulares representando aproximadamente el 10% de los mismos(1).

La exéresis de estos tumores puede realizarse mediante una duodenopancreatectomía cefálica que constituye el tratamiento de elección. Sin embargo, la resección local puede ser en casos muy seleccionados un tratamiento correcto, ofreciendo la misma tasa de supervivencia con una menor morbimortalidad.

Palabras clave:

Ampuloma. Papiloduodenectomía.

CASO CLINICO.

Varón de 58 años sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas que consultó por presentar síndrome constitucional de tres meses de evolución con importante pérdida de peso (20 kilos) y fatiga.

Al examen físico no se apreció ningún hallazgo significativo.

Analíticamente destacaban las cifras de fosfatasa alcalina y ganma-glutamil- transpeptidasa (1845 y 717 respectivamente) ,con una leve elevación de las transaminasas. El resto de los parámetros se encontraban dentro de los límites de la normalidad, incluidos los marcadores tumorales.

Ante estos hallazgos se solicitaron una serie de estudios de imagen:

-**ECOGRAFIA** abdominal: vesícula biliar con cálculos y bilis espesa. Marcada dilatación de la vía biliar.

-**TAC** abdominal: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática hasta su porción más distal. Efecto masa a nivel del proceso uncinado-3ª porción duodenal. (Figura 1)

-**ERCP**: papila aumentada de tamaño, con zonas mamelonadas de la que se toman biopsias. El informe anatomopatológico fue concordante con adenoma con displasia severa.

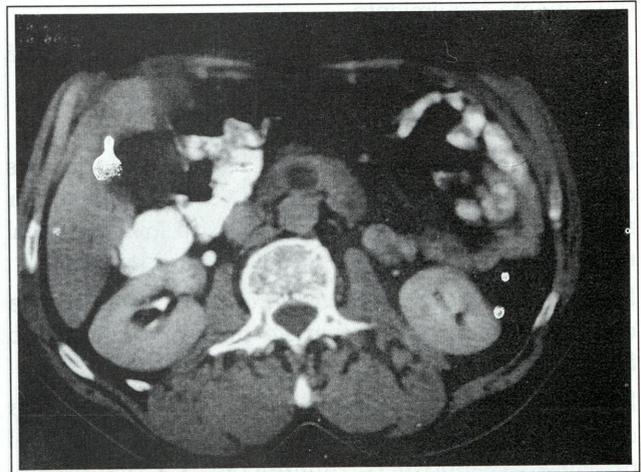


Figura 1.- Dilatación de la vía biliar intra y extrahepática (2cm) hasta su porción más distal. Efecto masa a nivel del proceso uncinado-3ª porción duodenal.

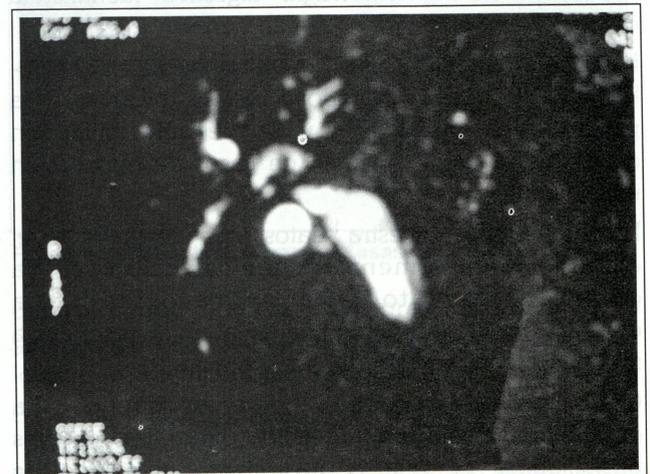


Figura 2.- Dilatación de la vía biliar. Stop brusco a nivel del colédoco distal muy característico de los tumores ampulares.

-**ECOENDOSCOPIA**: Tumor a nivel de la papila de Vater, polipoide, con ecogenicidad heterogénea y que se extiende hasta la muscular propia.

-**COLANGIORESONANCIA**: stop brusco a nivel de colédoco distal por pequeña masa de 8 mm. Dilatación de la vía biliar.(Figura 2)

Fue intervenido quirúrgicamente, realizándose una exéresis de la ampolla de Vater, pared duodenal, colédoco y Wirsung. Estos se suturaron entre sí y a la pared duodenal posterior. Macroscopicamente el

tumor era móvil y pediculado con un tamaño en la base de 1'5-2 cm de diámetro. Se envió intraoperatoriamente a analizar una adenopatía retropancreática sin que se demostrasen signos de malignidad y la tumoración. El estudio histológico evidenció un adenocarcinoma que no llegaba a los bordes de resección por lo que se dio por finalizada la intervención.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el informe definitivo anatomopatológico fue de adenocarcinoma sobre adenoma tubulovelloso.

Se envió al paciente al servicio de Oncología, que dado el estadio del tumor (T1 N0 M0) recomendó únicamente seguimiento.

A día de hoy, 15 meses después, el paciente está asintomático y libre de enfermedad.

DISCUSIÓN.

Los ampulomas pertenecen al grupo de los carcinomas periampulares, pues cuando el tumor alcanza un cierto volumen y grado de invasión local no se puede determinar el punto de partida exacto.

La edad media de presentación es en la sexta década de la vida y parece que existe un claro predominio femenino(4'5:1).

Los síntomas que produce son similares a una obstrucción biliar de origen litiasico, siendo el principal diagnóstico diferencial. La ictericia , constante o fluctuante, está presente en un 90% de los casos, apareciendo en prácticamente todos los pacientes astenia, anorexia y pérdida de peso. En ocasiones sufren hemorragia digestiva identificada como melena o sangre oculta en heces.

En el examen físico existe hepatomegalia en el 50-80% de los casos, debido a éstasis biliar o a la presencia de metástasis y la vesícula biliar en ocasiones se palpa, excepto en casos de obstrucción intermitente.

La bioquímica muestra datos de colestasis y el examen complementario de elección es la colangiopancreatografía endoscópica . La ecoendoscopia, la tomografía axial y la resonancia magnética son también de gran utilidad.(2)

Con respecto al tratamiento, la duodenopancreatectomía cefálica ofrece las mayores posibilidades de que el tratamiento quirúrgico de estas neoplasias sea curativo y constituye el tratamiento de elección(3). Sin embargo, la resección de los mismos puede realizarse igualmente mediante una exéresis local en determinados casos seleccionados. Este tema ha sido objeto de controversia y mientras unos autores consideran que hay que realizar siempre una resección tipo Whipple, incluso ante tumores benignos con histología dudosa (4), otros defienden el realizar una exéresis local, siempre y cuando el estadiaje del tumor sea T1 N0 y pueda realizarse una resección completa o bien cuando se trate de pacientes de edad avanzada o con

alto riesgo quirúrgico(5,6). Además la papiloduodenectomía tiene una menor morbilidad y mortalidad media (23'5% y 6'5%) que la duodenopancreatectomía cefálica (49'5% y 17'2% respectivamente).(7)

En lo que si coinciden todos los autores es que la radioterapia y la quimioterapia son de poca utilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bottger TC, Boddin J, Heintz A, Junginger T."Clinicopathologic study for the assessment of resection for ampullary carcinoma".World J Surg 1997, 21:379-383.
2. Midwinter MJ, Beveridge CJ, Wilsdon JB, Bennett MK."Correlation between spiral computed tomography, endoscopic ultrasonography and findings at operation in pancreatic and ampullary tumours".Br J Surg 1999 Feb;86(2):189-93.
3. Beger HG, Treitschke F, Gansauge F, Harada N." Tumor of the ampulla of Vater:experience with local or radical resection in 171 consecutively treated patients".Arch Surg 1999 May;134(5):526-32.
4. Jordan PH, Ayala G, Rosenberg WR, Kinner BM." Treatment of ampullary villous adenomas that may harbor carcinoma". J Gastrointest Surg 2002 Sep-Oct; 6(5): 770-5.
5. Klein P, Reingruber B, Kastl S, Dworak O, Hohenberger W. " Is local excision of pT1- ampullary carcinomas justified?. Eur Surg Oncol 1996 Aug; 22(4): 366-71.
6. Nikfarjam M, Muralidharam V, McLean C, Christophi C. " Local resection of ampullary adenocarcinomas of the duodenum". ANZ J Surg 2001 Sep; 71(9): 529-33.
7. Sielezneff I, Belkhodja C, Sarles JC, Sastre B. " Place de l'ampullectomie dans le traitement chirurgical des tumeurs oddiennes." J Chir 1994, 131: 401-407.

Divertículo de Meckel como causa infrecuente de obstrucción intestinal. Resolución laparoscópica.

M^a Rosario Sánchez Sánchez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital de Cabueñes Cabueñes - Gijón

RESUMEN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal. Su importancia deriva de sus posibles complicaciones. Presentamos el caso de un paciente con obstrucción intestinal producida por un divertículo de Meckel y su resolución por vía laparoscópica.

Palabras clave:

Divertículo de Meckel. Obstrucción intestinal.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal (1). Se produce por una incompleta regresión del conducto onfalomesentérico (2), localizándose habitualmente en el borde antimesentérico, a unos 30 cm de la válvula ileocecal (3).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente con obstrucción intestinal producida por un divertículo de Meckel. El agente etiológico en el síndrome obstructivo y la vía de resolución son hechos a destacar en este caso.

Varón de 45 años, sin antecedentes de interés ni intervenciones quirúrgicas previas, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital, por dolor abdominal de 20 horas de evolución, acompañado de vómitos bilioalimenticios y estreñimiento de 3 días de evolución.

A la exploración presenta un abdomen blando, depresible, discretamente timpanizado en hemiabdomen superior, indoloro, con ruidos peristálticos presentes. No se palpan hernias. Tacto rectal: ampolla vacía y sin masas. En la analítica se objetiva discreta leucocitosis con desviación izquierda y poliglobulia. En la radiología de abdomen (figura 1) se objetiva dilatación de asas de intestino delgado, con niveles hidroaéreos, por lo que es ingresado en nuestro Servicio de Cirugía con el diagnóstico de obstrucción intestinal, siendo instaurada aspiración nasogástrica, sueroterapia y reposo digestivo. En

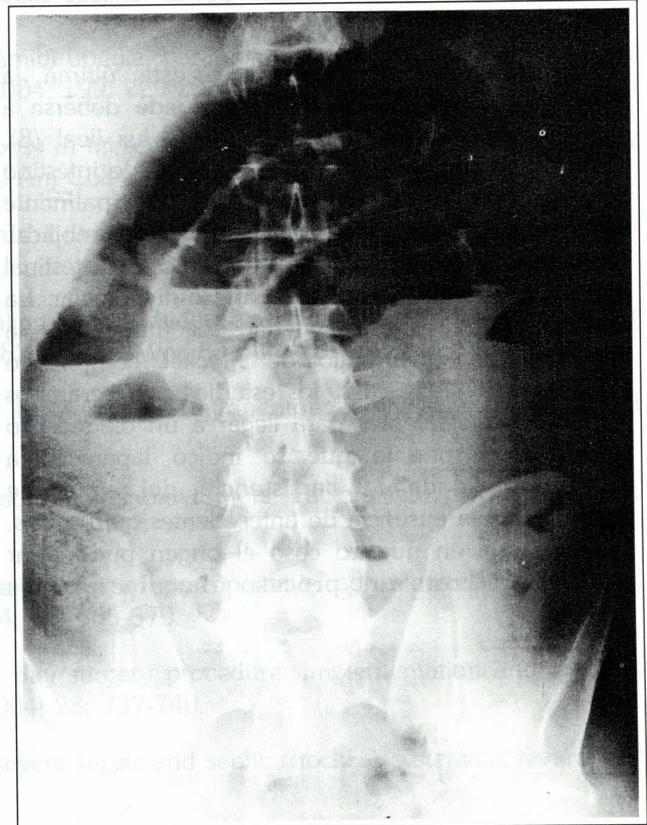


Figura 1. Niveles hidroaéreos en asas de intestino delgado.

controles radiológicos posteriores se observa la persistencia del cuadro de obstrucción intestinal, por lo que se programa para intervención quirúrgica.

Se realiza laparoscopia exploradora, encontrándose herniación-incarceración intestinal a través del puente formado entre el divertículo y su propio meso (figura 2). Se realiza liberación diverticular y diverticulectomía de Meckel con endoGIA.

El estudio anatomopatológico fue divertículo de Meckel con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos. El postoperatorio transcurre con normalidad, encontrándose asintomático y tolerando dieta en el momento de ser dado de alta.

DISCUSIÓN

La importancia del divertículo de Meckel radica en sus posibles complicaciones, que frecuentemente aparecen antes de los 2 años de vida (4). Éstas pueden ser (5): inflamación, ulceración péptica y

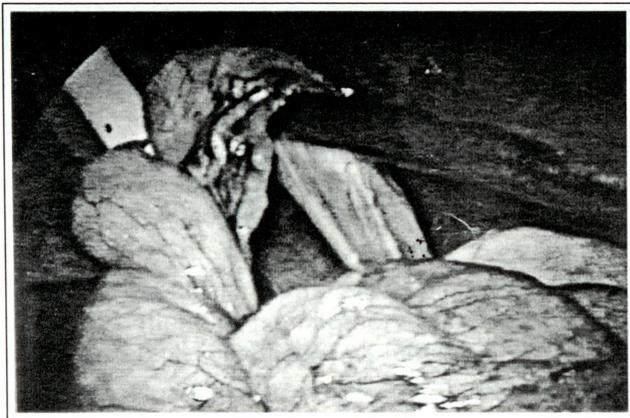


Figura 2. Imagen intraoperatoria del puente formado entre el divertículo y su propio meso.

obstrucción intestinal (6), siendo esta última la complicación más frecuente (7) y puede deberse a una invaginación del divertículo en la luz ileal (8), obstrucción simple (9, 10) o por vólvulo de intestino delgado con estrangulación (11), principalmente cuando el divertículo está fijo a la región umbilical. También ha sido comunicada la obstrucción intestinal por la persistencia de la banda meso-diverticular. La ecografía, TC y enema pueden ser útiles para la detección del divertículo de Meckel complicado (12,13). En nuestro caso, los estudios preoperatorios no fueron concluyentes para llegar a un diagnóstico preoperatorio, por lo que se indicó laparoscopia exploradora dada la persistencia del síndrome obstructivo y la ausencia de antecedentes quirúrgicos. Creemos que en nuestro caso el origen pudo estar relacionado con un proceso de diverticulitis

BIBLIOGRAFÍA

1. Natta F, Passarelli E, Rosso MV. Diverticolo di Meckel. *Minerva Chir.* 1994; 49: 529 - 532.
2. Laredo J, Cooper JT. Soft-Tissue Images. Meckel's diverticulitis. *Can J Surg.* June 1999.
3. James GK, Berean KW, Nagy AG, Own DA. Inverted Meckel's Diverticulum: An Entity Simulating and ileal Polyp. *Am J of Gastr.* 1998; 93;9: 1554 - 1555.
4. Tejedor L, Sáenz de Tejada P, Rodríguez M, Camacho F, Sánchez E, García E. Importancia de la laparoscopia en el diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel sangrante. *Cir Esp* 1996; 59 (6): 544 - 545.
5. Johnson JF, Lorenzetti RJ, Ballard ET. Plain film identification of inverted Meckel diverticulum. *Pediatr Radiol.* 1993; 23: 551 - 552.
6. Stevenson Richard J. Non-Neonatal Intestinal Obstruction in Children. *Symposium on Pediatric Surgery. Part I.* P. 1217 - 1234.
7. Cendoya I, Olabarria I, Álvarez LA, Barrós J, Gómez de Carrero JC, López de Torre J et al. Obstrucción intestinal por divertículo de Meckel tumoral. *Cir Esp* 1993; 53 (6): 489 - 491.
8. Sciacca P, Borrello M, Cellitti M, Brocato R, Massi G. Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel. *Minerva Chir.* 1998; 53: 795 - 799.
9. D'Souza CR, Kilam S, Prokoshyn H. Axial volvulus of the small bowel caused by Meckel's diverticulum. *Surgery.* 1993;114; 5: 984 - 987.
10. Hamada T, Ishida O, Yasutomi M. Inverted Meckel Diverticulum with Intussusception: Demonstration by CT. *J Comput Assist Tomogr.* 1996; 30; 2: 287 - 289.
11. Daneman A, Lobo E, Alton DJ, Shuckett B. The value of sonography, CT and air enema for detection of complicated Meckel diverticulum in children with non-specific clinical presentation. *Pediatr Radiol.* 1998; 28: 928 - 932.
12. Mackey WC, Dineen P. A fifty year experience with Meckel's diverticulum. *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* 1983; 156; 56 - 64.
13. Strickland P, Lourie DJ, Suddleson EA, Blitz JB, Stain SC. Is laparoscopic safe and effective for treatment of acute small-bowel obstruction. *Surg Endosc.* 1999; 13: 695 - 698.
14. Longo WE, Vernava AM. Clinical Implications of Jejunoileal Diverticular Disease. *Dis Colon Rectum.* 1992; 35; 4: 381-388.
15. Rosado R, Flores B, Medina P, Ramírez D, Silic J, Ramírez J. Perforación del divertículo de Meckel por un cuerpo extraño. Aportación de la laparoscopia. *Cir Esp* 1997; 61 (1): 71.
16. Sanders LE. Laparoscopic treatment of Meckel's diverticulum. Obstruction and bleeding managed with minimal morbidity. *Surg Endosc.* 1995; 9; 724 - 727.
17. Arias JC, Mompert S, Rodríguez JA, Ortiz de Zárate L, Varas M, Barrios P. Obstrucción intestinal por diverticulitis de Meckel. *Cir Esp* 1995; 57: 504 - 505.

- Hata T, Takahashi H, Watanabe K, et al. Magnetic resonance imaging for preoperative evaluation of breast cancer: A comparative study with mammography and ultrasonography. *J Am Coll Surg* 2004; 198: 190-197.
- Tzimas GN, Koumakis D, Meterissian S. Positron Emission Tomography and colorectal carcinoma: An update. Collective review. *J Am Coll Surg* 2004; 198: 645-652
- Lightner AM, Glasgow RE, Jordan TH, et al. Pancreatic resection in the elderly. *J Am Coll Surg* 2004; 198: 697-706.
- Richardson JD, Cocanour CS, Kern JA, et al. Perioperative risk assessment in elderly and high-risk patients. Collective review. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 133-146.
- Biertho LD, Kim C, Wu H-S, et al. Relationship between Sestamibi uptake, parathyroid hormone assay, and nuclear morphology in primary hyperparathyroidism. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 229-233.
- Newman LA. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients: A comprehensive review of variations in performance and technique. Collective review. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 804-816.
- Grobmyer SR, Lieberman MD, Daly JM. Gallbladder cancer in the twentieth century: Single institution's experience. *World J Surg* 2004; 28: 47-49.
- Pessaux P, Muscari F, Ouellet JF, et al. Risk factors for mortality and morbidity after elective sigmoid resection for diverticulitis: Prospective multicenter multivariable analysis of 582 patients. *World J Surg* 2004; 28: 92-96.
- Hutchins RR, Gunning MP, Lucas DN, et al. Relaparotomy for suspected intraperitoneal sepsis after abdominal surgery. *World J Surg* 2004; 28: 137-141.
- Van Gompel JJ, Sippel RS, Warner TF, Chen H. Gastrointestinal carcinoid tumors: Factors that predict outcome. *World J Surg* 2004; 28: 387-392.
- Kössi JAO, Salminen PTP, Laato MK. Surgical workload and cost of postoperative adhesion-related intestinal obstruction: Importance of previous surgery. *World J Surg* 2004; 28: 666-670.
- Vuilleumier H, Halhic N. Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure: Implementation and audit of 136 consecutive cases in a university hospital. *World J Surg* 2004; 28: 737-740.
- Djillali A, Bellissant E, Bollaert PE, et al. Corticosteroides for severe sepsis and septic shock: A systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2004; 329: 480-484.
- Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 2004; 350: 1819-1827.
- Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 2050-2059.
- Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 876-885.
- Chipponi J, Huguier M, Pezet D, et al. Randomized trial of adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer. *Am J Surg* 2004; 187: 440-445.
- Leung KL, Lee JFY, Ng SSM, et al. Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma: Prospective randomized trial. *Lancet* 2004; 363: 1187-1192.
- Van den Brink M, van den Hout WB, Stiggelbout AM, et al. Cost-utility analysis of preoperative radiotherapy in patients with rectal cancer undergoing total mesorectal excision: A study of the Dutch Colorectal Cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 244-253.
- Degiuli M, Sasako M, Calgaro M, et al. Morbidity and mortality after D1 and D2 gastrectomy for cancer: Interim analysis of the Italian Gastric Cancer Study Group (IGCSG) randomized surgical trial. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30: 303-308.

REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Normas de Publicación

La REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA, órgano oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia, considerará para su publicación aquellos trabajos clínicos o experimentales relacionados con cualquier especialidad quirúrgica. La dirección de internet de la Sociedad es <http://www.sociga.org>

Todos los originales aceptados quedarán como propiedad permanente de la REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la Sociedad de Cirugía de Galicia.

Los trabajos podrán pertenecer a una de estas secciones:

Editoriales. Salvo excepciones, su redacción se hará por encargo del Comité Editorial sobre un tema concreto de actualidad, que se refiera o no a un artículo que se publique en el mismo número de REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA.

Originales. Descripción de investigaciones clínicas, experimentales o técnicas que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre un tema quirúrgico y permitan al lector repetir las observaciones del autor y juzgar sus conclusiones.

Revisiones. Estudios recapitulativos en los que se analizan informaciones ya publicadas sobre temas quirúrgicos complementadas con aportaciones personales. Su objetivo es actualizar determinados temas, aclarar nuevos conceptos o revisar conceptos clásicos a la vista de los nuevos adelantos en diagnóstico y tratamiento. Serán didácticos pero críticos y con orientación clínica.

La extensión máxima del texto de los Editoriales será de 1.500 palabras y la de los Originales y Revisiones será de 2.500 palabras, y se admitirán hasta 4 figuras y tablas. Pueden también remitirse "Artículos de publicación preferente" en el caso de aportaciones novedosas extraordinarias. Su extensión máxima será de 1.500 palabras.

El número de citas bibliográficas se limitará al mínimo indispensable para la comprensión del trabajo; sería deseable no sobrepasar las 20, salvo en trabajos que susciten, por su actualidad o características, una especial controversia o en extensas revisiones bibliográficas. A excepción de casos muy justificados, debe prescindirse de las citas históricas.

Notas clínicas. Notas que contienen informaciones quirúrgicas nuevas, descripción de detalles de técnica quirúrgica originales o casos clínicos de interés que supongan una aportación importante al conocimiento del problema.

El Comité Editorial desaconseja que el esfuerzo comunicativo de los autores se dirija a la preparación preferente de estos trabajos. Su publicación se realizará en la forma que el espacio, prioridades e interés lo permitan.

La extensión máxima del texto será de 900 palabras y se admitirán hasta 2 figuras y 2 tablas. La bibliografía no tendrá más de 10 referencias.

Cartas al Director. En esta sección se publicarán objeciones o comentarios relativos a artículos publicados recientemente en la Revista, y comentarios sobre artículos fundamentales publicados en otras Revistas. La extensión máxima será de 250 palabras y se admitirán hasta una figura y una tabla. La bibliografía no tendrá más de 5 referencias.

Aquellas cartas al director que versen sobre artículos previamente publicados en la Revista tendrán derecho a réplica. Serán remitidas al autor del trabajo original, quien podrá contestar en un escrito de extensión similar en el plazo de tiempo de un mes. La carta al director y la respuesta se publicarán conjuntamente.

El Comité Editorial decidirá en cuál de estas secciones se incluye el trabajo.

A la recepción del trabajo se enviará a los autores acuse de recibo y la referencia asignada.

Todos los artículos serán sometidos a revisión anónima por tres expertos en el tema tratado, que serán designados por el Comité Editorial.

Los trabajos rechazados serán devueltos al autor comunicándole los motivos. Cuando el artículo se halle en prensa, el autor recibirá unas pruebas del mismo, que devolverá corregidas al editor de la revista en el plazo de 48 horas; de no hacerlo, la Redacción de la revista considerará que el autor está conforme con las pruebas que le han sido enviadas.

En el momento de enviarle las pruebas para su corrección deberá comunicar a la editorial si desea un determinado número de separatas, que se le podrán servir previa aceptación del correspondiente presupuesto.

Presentación y estructura de los trabajos

Los trabajos se enviarán por cuadruplicado (original y 3 copias), a la redacción de la REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA, C/. María Berdiales, 18 - 1.º Ofic. 1, 36201 Vigo. El mecanografiado de los trabajos se hará en hojas de tamaño DIN A4 a doble espacio (30 líneas de 70 pulsaciones) y márgenes de unos 3 cm. Las hojas irán numeradas en su ángulo superior derecho de forma correlativa empezando por la página del título. Es obligatoria, además, la elaboración y envío de los manuscritos en soporte informático. Su elaboración se realizará en sistema PC-compatible y en disco de 3 1/2 pulgadas. El texto deberá ser realizado preferiblemente en sistema MS WORD y las figuras, gráficos y tablas también serán realizadas en versión digitalizada y remitidas en un formato JPG o TIF.

Cada parte del manuscrito empezará con una nueva página en el siguiente orden:

1. *Hoja de identificación.* En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos: a) título del artículo; b) nombre y primer apellido de los autores caso de figurar los dos apellidos deberán ir unidos por un guión, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución; c) nombre completo del centro de trabajo, Departamento o institución, d) dirección completa del centro de trabajo, Departamento o institución, y e) nombre, dirección postal, correo electrónico, fax y teléfono del autor responsable para la correspondencia y otras especificaciones cuando se considere necesario como fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipos, etc.

Los símbolos y asteriscos que se podrán usar tanto en las hojas de identificación como en las tablas y figuras se emplearán por este orden: *, †, ‡, §, ¶, #, **, ††, ‡‡, §§, ¶¶, ## En hoja aparte se incluirá la autorización expresa para la publicación del trabajo en REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA, con la firma de todos los autores al pie de cada uno de los nombres que figuran en él. En esta hoja se mencionará expresamente que las figuras y tablas son originales.

2. *Texto.* Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear el siguiente esquema general: Resumen, Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. Trabajos como Revisiones y Notas Clínicas son susceptibles de otro formato:

-*Resumen.* Su extensión máxima será de 250 palabras (150 para las Notas Clínicas), estructurado en cuatro partes: Introducción, que indicará los objetivos del estudio; Métodos, donde se describirán las series de pacientes, el material de laboratorio y otros métodos utilizados, y la naturaleza del estudio (aleatorio, retrospectivo, experimental, etc.); Resultados, que incluirá los datos fundamentales con valores numéricos y su significación estadística; y Conclusiones, donde se señalarán de forma sucinta las principales conclusiones obtenidas. En las Revisiones y Notas Clínicas no es imprescindible que el resumen sea en forma estructurada, pero debe ser igualmente informativo sobre su contenido. Se evitará el uso de abreviaturas en el Resumen. Los autores remitirán el resumen en español y también en inglés.

-*Palabras clave.* Debajo del resumen se incluirán de 3 a 10 palabras clave o "frases cortas" que identifiquen el contenido del trabajo para su inclusión en los repertorios y bases de datos biomédicos nacionales e internacionales. Se deberán usar términos del "Medical Subject Headings" del Index Medicus, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi> y traducirlas al español desde la página web disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>. Si no se encuentran términos adecuados en el MeSH, por ser de reciente introducción, se podrán utilizar términos en uso.

-*Introducción.* Será concisa y directamente relacionada con el trabajo. El autor explicará breve y claramente el objetivo o hipótesis planteada. Se citarán las referencias bibliográficas estrictamente necesarias y no se revisará en extenso ningún aspecto del tema tratado.

-*Material y métodos.* Se deben indicar las características del experimento o investigación, tiempo de duración, tipo de serie(s) estudiada(s), edad, sexo y otras características importantes de los pacientes, criterio de selección empleado y técnicas utilizadas, aparatos empleados, indicando de forma precisa los fármacos usados, incluyendo los nombres genéricos, dosis y vías de administración. Hay que proporcionar los detalles suficientes sobre los métodos estadísticos para permitir al lector que verifique, teniendo acceso a los datos originales, los resultados que se presentan, cuantificar los hallazgos y presentarlos, cuando sea posible, con los indicadores apropiados de medición de error o de incertidumbre (como los intervalos de confianza), discutir la forma de elección de los sujetos de experimentación, dar detalles sobre la aleatorización, describir las técnicas de los estudios a ciegas, informar sobre las complicaciones del tratamiento, precisar el número de observaciones, mencionar los casos perdidos. No deben usarse palabras propias de la estadística dándoles un significado no estadístico como, por ejemplo, normal, correlación, significativo, muestra, etc.

Cuando se presentan experimentos en seres humanos se ha de indicar si los procedimientos que se siguieron estaban de acuerdo con las normas éticas del Comité responsable de la experimentación humana (institucional o regional) y con los principios de la declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y disponible en: <http://www.wma.net/e/approvedhelsinki.html>. Se aportará una fotocopia de la autorización del Comité Ético correspondiente.

No se pueden usar nombres o iniciales de los pacientes y números de historia clínica en las figuras que se presenten. Cuando se realicen investigaciones en animales se señalará si se siguieron las normas de la Comunidad Europea sobre la investigación animal.

-Resultados. Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el material y métodos empleados. Estos datos se presentarán en una secuencia lógica y pueden expresarse en detalle en el texto o bien en forma de tablas y figuras, pero no de forma repetida en el texto los datos de las tablas y figuras. Restrinja el número de gráficas y tablas a las necesarias para argumentar y reforzar el contenido del artículo.

-Discusión. El autor o autores intentarán ofrecer sus propias opiniones sobre el tema sin repetir con detalle datos aportados en la Introducción o los Resultados. Destacan aquí: a) el significado y aplicación práctica de los resultados; b) las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados; c) la relación con publicaciones similares y comparación entre las áreas de acuerdo y desacuerdo, y d) las indicaciones y directrices para futuras investigaciones, exponiendo nuevas hipótesis cuando esté justificado, etiquetándolas claramente como tales.

Hay que poner énfasis en los aspectos novedosos e importantes del estudio y en las conclusiones que se obtienen acoplando éstas, si es posible, al objeto del estudio, siempre y cuando estén perfectamente apoyadas en los datos. Se deben evitar afirmaciones sobre los beneficios económicos si el trabajo no incluye los datos económicos y su análisis.

-Agradecimientos. Se podrán referenciar uno o más agradecimientos en caso de apoyo departamental, ayuda técnica, aporte financiero o citar a personas cuya contribución intelectual en el artículo no justifique su inclusión como autor (p. ej., consejero científico, ayuda en la recolección de datos, etc.). Éstas deben dar su autorización por escrito para su aparición en el artículo.

3. *Bibliografía.* Seguirá el estilo de Vancouver disponible en: <http://www.icmje.org/>. Irá numerada y ordenada por orden de aparición en el texto. Todas las cifras bibliográficas serán mencionadas en el texto mediante su correspondiente número arábigo y no se mencionará ningún autor que no aparezca en dichas citas. No se utilizarán como bibliografía las comunicaciones personales y comunicaciones escritas. En la referencia a otros trabajos aceptados para la publicación en otra revista, pero aún no publicados, se especificará el título de la revista seguido de la expresión "en prensa" entre corchetes.

Las referencias bibliográficas más habituales se redactarán como se indica a continuación (las normas de redacción para el resto de referencias se pueden consultar en las normas citadas):

-Artículos de revistas: apellido e iniciales del nombre separados por comas. Se citarán todos los autores si son seis o menos de seis, colocando solamente una coma entre ellos, y un punto tras el último autor; si son siete o más, sólo los de los seis primeros seguidos de la expresión et al, título del trabajo en el idioma original y un punto al final, abreviatura del nombre de la revista acorde con la utilización por el Index Medicus, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>, sin colocar puntos tras cada abreviatura, año de publicación, número de volumen tras lo cual pondrá dos puntos, y páginas primera y última del trabajo separadas por un guión.

-Libros y monografías: autor(es), separados por comas y un punto al final, título del libro o monografía seguido de un punto, edición, si hay más de una, seguido de un punto, ciudad de editorial, dos puntos y editorial, seguido de una coma, año de publicación seguido de un punto y coma, tomo, si hay varios, seguido de la abreviatura p. y las páginas, si se refiere a una cita concreta y no a todo el libro.

-Capítulos de libros: autor(es), seguido de un punto, título del capítulo en el idioma original, seguido de un punto, En: seguido del apellido e iniciales del nombre del editor o editores, seguido de un punto, título del libro, seguido de un punto, edición, si hay más de una, seguido de un punto, ciudad de editorial, dos puntos y editorial, seguido de coma, año de publicación seguido de un punto y coma tomo, si hay varios, seguido de la abreviatura p. y las páginas separadas por un guión.

4. *Figuras y tablas.* Se considerarán figuras las fotografías, gráficas y esquemas. Cada una irá en hoja aparte. También se podrán realizar en versión digitalizada y en un formato JPG o TIF.

El autor deberá proporcionar original y 3 copias. El tamaño será de 9 x 12 cm. Cuando se desee la publicación de fotografías en color, los gastos correrán a cargo del autor, que solicitará presupuesto a la editorial. Las fotografías irán numeradas al dorso con números arábigos, según su secuencia, mediante una etiqueta adhesiva indicando, además, el nombre del primer autor; con una flecha se señalará la parte superior; debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. El Comité de Redacción de la revista se reserva el derecho de rechazar, previa información a los autores, aquellas fotografías que no reúnan la calidad necesaria para conseguir una buena reproducción.

Las gráficas y esquemas se realizarán cuidando que el formato de las mismas sea de 9 x 12 cm o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas que para las fotografías. Las fotografías, esquemas y gráficas irán numeradas

de manera correlativa y conjunta como figuras.

-Pies de figura. Deberán ir en hoja a parte, numeradas según su secuencia correspondiente ya doble espacio. En ellas se explicará sucintamente el contenido de la ilustración, así como el significado de los signos, flechas, números y abreviaturas que pueda haber. En las reproducciones histológicas se especificará el aumento y el método de tinción.

-Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla según su orden de aparición en el texto, también con números arábigos, pero no secuencial con la numeración de las figuras; b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. El autor deberá proporcionar original y 3 copias. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si se tienen que usar símbolos y asteriscos se seguirá el mismo orden: *, †, ‡, §, ¶, #, **, ††, ‡‡, §§, ¶¶, ##

Si se usa material gráfico de otro autor, debe acompañarse el permiso escrito por parte del mismo. Las personas que aparezcan en las ilustraciones, si son identificables, deben dar su consentimiento escrito, y si se trata de menores, lo harán sus representantes legales; este consentimiento debe acompañar al trabajo.

La dirección de la página web del International Committee of Medical Journal Editors es <http://www.icmje.org>, donde encontrarán las normas más ampliadas.

Para el uso de abreviaturas y convenciones es conveniente consultar las instrucciones para autores de Antimicrobial agents and chemotherapy, publicadas en el número de enero de cada año, también disponible en: <http://aac.asm.org/misc/itaa.pdf>

Los originales que no cumplan estrictamente estas instrucciones serán devueltos a sus autores para que procedan a efectuar las modificaciones que les sean planteadas por el Comité de Redacción de la revista.

La Redacción de la REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA se reserva el derecho de introducir modificaciones en los trabajos recibidos, sin alterar el sentido de los mismos, con objeto de adaptarlos a las presentes normas de publicación.

SECCIÓN DE ANUNCIOS CLASIFICADOS

LA REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA en su afán de convertirse en el medio de expresión y comunicación de todos los cirujanos Gallegos y de habla hispana inaugura la sección de anuncios clasificados.

Se aceptarán para esta sección anuncios sobre congresos, cursos y otras actividades docentes. También se valorarán para su publicación ofertas y demandas laborales relacionadas con el campo de la cirugía.

Los anuncios clasificados pasaran un proceso de revisión y verificación por parte del comité de redacción antes de su publicación y deberán remitirse con una antelación mínima de 2 meses.

El precio de estos anuncios correrá a cargo del anunciante, el espacio mínimo será el equivalente a una octava parte de hoja impresa y su precio de 60 €. Pueden utilizarse espacios mayores, distribuidos en forma de columna o media página horizontal, su precio será el equivalente a la suma de espacios utilizados.

Los anuncios se remitirán editados en su versión definitiva, preferiblemente en soporte magnético a la redacción de la Revista de Cirugía de Galicia, C/. María Berdiales, 18 - 1.º Oficina. 1. 36202 Vigo. Tel.: 986 44 31 71 y Fax: 986 44 60 51

ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

TITULO I.- DE LA SOCIEDAD

ARTICULO 1.

Con el nombre de Sociedad de Cirugía de Galicia se constituye una Sociedad de carácter voluntario para cuantas personas manifiesten un interés concreto en el estudio y tratamiento de las afecciones quirúrgicas en sus aspectos doctrinal , teórico y práctico, abarcando las vertientes científicas , aspectos sociales y profesionales , así como el de las disciplinas anexas.

ARTICULO 2.

La Sociedad carece de ánimo de lucro, tiene personalidad jurídica propia y capacidad plena para administrar y disponer de sus bienes y para el cumplimiento de sus fines.

ARTICULO 3.

La Sociedad desarrollará sus actividades en el territorio de la Comunidad Gallega aunque manifiesta su vocación cooperativa con el resto de las Comunidades del Estado así como con Asociaciones y Sociedades estatales e internacionales con fines similares.

Esta Sociedad tendrá una duración indefinida y su disolución sólo podrá realizarse por las causas y mediante el procedimiento previsto en estos Estatutos.

ARTICULO 4.

El domicilio de la Sociedad se establece en el Colegio de Médicos de Santiago.

C/ San Pedro de Mezonzo 39-41. 15701. Santiago de Compostela

TITULO II.- FINES DE LA SOCIEDAD

ARTICULO 5.

Esta Sociedad tiene como objetivo el progreso científico en el diagnóstico, clínica y tratamiento quirúrgico en el ámbito de la Patología Quirúrgica y especialmente en el campo de la Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En el desarrollo de sus actividades la Sociedad podrá :

- 5.1.- Crear Comisiones o Grupos de Trabajo con la aprobación de la Junta Directiva.
- 5.2.- Emitir informes, promover actividades y en general colaborar con las Administraciones Públicas, Organismos Consultivos y otras entidades públicas y privadas en relación con la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, así como ejercitar los derechos de petición y participación en materias de la especialidad.
- 5.3.- Siempre que se solicite, la Sociedad podrá actuar en funciones de conciliación y dictamen en asuntos relacionados con la especialidad y dirimir controversias a instancias de las partes interesadas con observación en cada caso y en todo momento de lo dispuesto en la legislación vigente.
- 5.4.- Editar publicaciones relacionadas con la materia , difundirlas y comunicarlas.
- 5.5.- Organizar Congresos, Reuniones u otras actividades científicas relacionadas con la especialidad..
- 5.6.- Promover contactos de carácter científico entre personas o Instituciones tanto Estatales como internacionales con el fin de mejorar el desarrollo de la especialidad en la Comunidad Gallega.

TITULO III.- DE LA REUNION CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD

ARTICULO 6.

- 6.1.- Se organizará una Reunión Científica anual.
- 6.2.- La organización y desarrollo de la Reunión correrá a cargo de un Comité Organizador Local y será presidida por un Socio Numerario de la localidad o zona donde se organice.
- 6.3.- La planificación de la Reunión es competencia del Comité Organizador local.

- 6.4.- El Presidente de la Junta Directiva será el Presidente Honorario de la Reunión. El Presidente del Comité Local es el responsable del buen desarrollo de la Reunión.
- 6.5.- La localización de la Reunión será por riguroso turno en todas las capitales de Galicia, en Ferrol, Santiago y Vigo. Cada tres años la Reunión se celebrará en localidades con Hospitales Comarcales siempre que éstos así lo soliciten.
- 6.6.- Siempre que sea posible, y tras acuerdo unánime de la Junta Directiva, la Sociedad podrá disponer de una bolsa económica para la organización de la Reunión siempre que dicha bolsa sea solicitada en base a unos gastos científicos previstos o extraordinarios siendo potestad de la Junta Directiva el aceptar o denegar dicha bolsa económica. En ningún caso la Sociedad está obligada a colaborar económicamente con el Comité Organizador de la Reunión.
- 6.7.- El Comité Organizador local está obligado a presentar detalladamente el balance de ingresos y gastos de la Reunión al Secretario de la Sociedad. En el caso de obtener beneficios económicos, el Comité Organizador de la Reunión está obligado a remitirlos íntegramente a los fondos de la Sociedad.
- 6.8.- El programa definitivo de la Reunión se hará con la debida antelación y en todo caso en un tiempo nunca inferior a los dos meses de la realización del evento y, antes de su divulgación, deberá ser presentado para su aprobación al Presidente de la Junta Directiva de la Sociedad.

TITULO IV.- DE LOS SOCIOS

ARTICULO 7

Podrán ser miembros de La Sociedad de Cirugía de Galicia los médicos especialistas en ejercicio de todas las ramas que abarca la Patología Quirúrgica.

La Sociedad se compone de Socios de Honor, Socios Fundadores, Socios Numerarios Socios en Formación, Socios Afiliados y Miembros Patrocinadores.

7.1.- SOCIOS DE HONOR

7.1.1.- La Junta Directiva, previo expediente, podrá otorgar la condición de Socio de Honor a :

- a.- Las personas físicas, no pertenecientes a la Sociedad, que contribuyan de forma notoria y extraordinaria a la consecución de los fines de la Sociedad.
- b.- A personalidades relevantes científicas, estatales o extranjeras.
- d.- A Socios Numerarios que cesaron en el ejercicio de su profesión y que contribuyeron con su labor al prestigio de la Sociedad.

7.1.2.- La condición de Socio de Honor se acreditará mediante la expedición del correspondiente título.

7.1.3.- El otorgamiento del título de Socio de Honor deberá ser ratificado por la primera Asamblea General que se celebre.

7.1.4.- La Junta Directiva podrá otorgar, previo expediente, la condición de Presidente de Honor de la Sociedad a aquellos socios que hayan ostentado el cargo de Presidente de la Sociedad y se hayan distinguido en el ejercicio del mismo por su aportación a los objetivos de la Sociedad .

7.1.5.- El otorgamiento del título de Presidente de Honor deberá ser ratificado por la primera Asamblea General que se celebre.

7.2.- SOCIOS FUNDADORES.

7.2.1.- Son los firmantes de la solicitud de adhesión fundacional, que además son Socios Numerarios .

7.3.- SOCIOS NUMERARIOS.

7.3.1.- Podrán formar parte de la Sociedad de Cirugía de Galicia, como Socios de Número los médicos especialistas en ejercicio de todas las ramas que abarca la Patología Quirúrgica.

7.4.- SOCIOS EN FORMACIÓN.

7.4.1.- Podrán formar parte de la Sociedad de Cirugía de Galicia, como Socios en Formación, los médicos que se encuentran desarrollando el programa formativo de las especialidades quirúrgicas.

7.5.- SOCIOS AFILIADOS.

7.5.1.- Podrán formar parte de la Sociedad de Cirugía de Galicia como Socios Afiliados aquellos cirujanos de fuera de la Comunidad Gallega que demuestren su interés y todos los especialistas que puedan formar parte de equipos cooperativos quirúrgicos.

7.6.- MIEMBROS PATROCINADORES.

7.6.1.- La Junta Directiva, previo expediente, podrá otorgar la condición de Miembro Patrocinador a aquellas personas jurídicas que contribuyan de forma extraordinaria a la consecución de los fines de la Sociedad.

ARTICULO 8.- DERECHOS Y DEBERES DE LOS SOCIOS

8.1.- SOCIOS DE HONOR.

8.1.1. Los Socios de Honor que sean Socios Numerarios en activo tendrán voz pero no voto en las Asambleas Generales tanto ordinarias como extraordinarias.

8.1.2. La condición de Presidente de Honor conserva todos los derechos en lo referente al voto.

8.1.4. Están exentos de cuota alguna.

8.2.- SOCIOS FUNDADORES

8.2.1. Tendrán los mismos derechos y deberes que los Socios Numerarios.

8.3.- SOCIOS NUMERARIOS

8.3.1. La condición de Socio Numerario otorga el derecho a :

- a.- Poseer carné acreditativo, un ejemplar de los Estatutos y conocer los acuerdos adoptados por los Órganos Directivos de la Sociedad.
- b.- Tener voz y voto en las Asambleas Generales, tanto ordinarias como extraordinarias.
- c.- Ser elegible para los cargos de la Junta Directiva en los puestos de tesorero, secretario y vocal. Para ser elegible en el cargo de Vicepresidente y Presidente se precisará de una antigüedad en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo no inferior a cinco años. En cualquier caso no podrán ejercer este derecho los Socios Numerarios que hayan sido apartados de la Sociedad por las causas que se especifican en los presentes Estatutos.
- d.- Utilizar los estudios y trabajos de la Sociedad, asistir a cuantos actos se celebren, colaborar en las finalidades de la Sociedad y ejercitar cuantos derechos se prevén en los Estatutos.
- e.- Exponer en la Asamblea y Junta Directiva lo que se considere beneficioso para la Sociedad, solicitar y obtener explicaciones sobre la administración y gestión de la Junta Directiva.
- f.- Recibir información sobre las actividades y hacer uso de los servicios comunes a disposición de la Sociedad así como a formar parte de los Grupos de Trabajo.
- g.- En el momento de la jubilación quedará exento del abono de la cuota.

8.3.2.- Los Socios Numerarios tienen las siguientes obligaciones :

- a.- Aceptar y acatar los Estatutos, así como los Acuerdos válidamente adoptados por los Órganos de Gobierno de la Sociedad.
- b.- Abonar puntualmente las cuotas de la Sociedad. En ningún caso la baja liberará a los Socios de sus obligaciones pendientes con la Sociedad.
- c.- Colaborar en la consecución de los fines de la Sociedad y cumplir las funciones y responsabilidades que se les asignen.

8.4.- SOCIOS EN FORMACIÓN

8.4.1. Tendrán voz pero no voto en las Asambleas Generales, tanto ordinarias como extraordinarias.

8.4.2. Tendrán los mismos derechos y obligaciones que los Socios Numerarios excepto los correspondientes al apartado 8.3.1.c.

8.5.- SOCIOS AFILIADOS

8.5.1. Tendrán voz pero no voto en las Asambleas Generales, tanto ordinarias como extraordinarias.

8.5.2. Tendrán, por lo demás, los mismos derechos y obligaciones que los Socios Numerarios excepto los correspondientes al apartado 8.3.1.c.

8.6.- MIEMBROS PATROCINADORES.

- 8.6.1. Tendrán voz pero no voto en las Asambleas Generales, tanto ordinarias como extraordinarias .
- 8.6.2. Estarán exentos de cuota alguna .
- 8.6.2. En general los derechos y deberes de los Socios Numerarios excepto los correspondientes al apartado 8.3.1.c .

TITULO V.- DE LA ESTRUCTURA ORGANICA DE LA SOCIEDAD

Serán Órganos de Representación y Gobierno la Asamblea General, la Junta Directiva y su Presidente. Como Órgano Técnico de la Sociedad se establece la Comisión Científica que a su vez lo será de la Revista de Cirugía de Galicia.

CAPITULO I.- DE LA ASAMBLEA GENERAL**ARTICULO 9**

El Órgano supremo de la Sociedad es la Asamblea General. Está compuesta por todos los miembros de la Sociedad y se reunirá de forma ordinaria al menos una vez al año coincidiendo con la celebración del Congreso Anual de la Sociedad de Cirugía de Galicia.

La Asamblea General se reunirá de forma extraordinaria a propuesta de la Junta Directiva o cuando lo solicite, mediante escrito dirigido al Secretario de la Sociedad, un número de Socios Numerarios no inferior a la quinta parte. Será convocada por el Secretario de la Sociedad, previo acuerdo de la Junta Directiva, con quince días de antelación como mínimo y acompañando el Orden del Día .

ARTICULO 10.

La Asamblea General tiene las siguientes facultades :

- a.- Modificar los Estatutos.
- b.- Cambiar el domicilio social de la Sociedad.
- c.- Aprobar los presupuestos, cuentas y balances de la Sociedad.
- d.- Establecer y modificar las cuotas a satisfacer por los socios.
- e.- Aprobar el plan anual y la Memoria de actividades.
- f.- Aprobar la disposición y enajenación de bienes e inmuebles.
- g.- Ratificar los nombramientos de Vicepresidente y próximo Presidente, Presidente de Honor y Socio de Honor.
- h.- Elegir el cargo de Vicepresidente, el cuál será el próximo Presidente según se establece en los presentes Estatutos, así como a destituirlo y sustituirlo junto a los demás miembros de su Junta Directiva.
- i.- Establecer las líneas generales de actuación para cumplir los fines de la Sociedad.
- j.- Acordar la disolución de la Sociedad.
- k.- Cuantas otras cuestiones someta a consideración la Junta Directiva o un número de Socios Numerarios no inferior a la quinta parte, con quince días de antelación a la Reunión. La propuesta deberá ser dirigida al Secretario de la Sociedad para su inclusión preceptiva en el Orden del Día de la Asamblea.

ARTICULO 11.

- 11.1.- La Asamblea General será presidida por el Presidente de la Sociedad y en su defecto por el Vicepresidente. Actuará como Secretario General el de la Junta Directiva y en su defecto el Vocal más antiguo.
- 11.2.- El Presidente conducirá los debates, regulará el uso de la palabra y someterá a votación las propuestas. Asimismo resolverá las cuestiones de orden y procedimiento que pudieran plantearse.
- 11.3.- La Asamblea General quedará validamente constituida, cuando concurren en ella, presente o representados, en primera convocatoria la mayoría simple de los socios, y en segunda convocatoria, media hora después, cuando concurren como mínimo un tercio de los asociados.
- 11.4.- Todo Socio con derecho a voto, que no pudiera acudir, puede delegar su voto por escrito en otro socio de la misma categoría.

- 11.5.- Todos los Miembros de la Sociedad quedan sujetos a los acuerdos de la Asamblea General, incluso los ausentes, disidentes o los que aun estando presentes se abstengan de votar.
- 11.6.- Los acuerdos de la Asamblea General se adoptarán por mayoría simple de las personas presente o representadas, cuando los votos afirmativos superen a los negativos. No obstante requerirán mayoría cualificada de las personas presentes o representadas, que resultará cuando los votos afirmativos superen la mitad, todos los acuerdos relativos a:
- a) Disolución de la Sociedad
 - b) Modificación de los Estatutos de la Sociedad
 - c) Disposición o enajenación de bienes
 - d) Remuneración de los miembro de órgano de representación
 - e)
- 11.7.- De los acuerdos de la Asamblea General se levantará Acta la cuál podrá ser aprobada por la propia Asamblea a la finalización de la misma o bien, una vez leída, podrá ser aprobada en la Asamblea siguiente.

CAPITULO II.- DE LA JUNTA DIRECTIVA

ARTICULO 12 .

- 12.1.- La Junta Directiva estará formada por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario General, un Tesorero, ocho Vocales y otro vocal nato en la persona de Director de la Revista
- 12.2.- Con el fin de darle continuidad a la trayectoria de la Sociedad, el Vicepresidente que sea elegido pasará a ser el nuevo Presidente al cabo de dos años de la elección.
- 12.3.- Las elecciones se harán mediante sufragio libre, igual, directo y secreto de los Socios con derecho a voz y voto.
- 12.4.- Se convocarán elecciones cada dos años, mediante escrito del Secretario General de la Sociedad a todos los Socios con derecho a voto, con una antelación máxima de treinta día naturales y mínima de veinte, indicando nombre y apellidos de los candidatos a Vicepresidente, lugar, fecha y horario de la votación .
- 12.5.- La fecha de la convocatoria de las elecciones se hará coincidir con la fecha de la Reunión Anual de la Sociedad.
- 12.6.- Se abrirá un plazo de presentación de candidaturas que comenzará a contabilizarse sesenta días naturales antes de la Reunión anual de la Sociedad y terminará treinta días naturales antes de dicha Reunión. Tras esta fecha, el Secretario General convocará elecciones tal y como se especifica en el apartado 12.4.
- 12.7.- Los miembros de la Junta Directiva sólo podrán ejercer en la misma por un período consecutivo de dos años al término del cuál cesarán automáticamente, salvo en el caso del Vicepresidente que pasará a Presidente.
- 12.8.- El cargo de Presidente deberá ser ratificado por la Asamblea General a celebrar el mismos día de las votaciones.
- 12.9.- Podrán presentarse a las elecciones cualquier Socio Numerario de la Sociedad Gallega de Cirugía según lo especificado en el punto 8.3.1.C de los presentes Estatutos.
- 12.10.- El Presidente tiene derecho a nombrar a su Junta Directiva , salvo el cargo de Vicepresidente, por ende próximo Presidente, que será elegido por la Asamblea General tal y como se menciona en los presentes Estatutos. En todo caso los miembros de la Junta Directiva deberán representar a todas la Provincias de la Comunidad Gallega.
- 12.11.- Todos los cargos que componen la Junta Directiva serán gratuitos; sin perjuicio del derecho a ser reembolsados de los gastos debidamente justificados en que pudiera incurrir por las actuaciones que realicen relacionadas con la Asociación. Las personas elegidas para cualquier cargo de la Junta Directiva deberán carecer de interés económico en los resultados de la actividad llevada a cabo por la Sociedad.
- 12.12.- Para que pueda entrar en vigor el Artículo que nos ocupa y de forma única y extraordinaria, en las elecciones que seguirán a la ratificación de los presentes Estatutos por la Asamblea General , se elegirán por sufragio libre y secreto, los cargos de Presidente y Vicepresidente , pasando éste último a ocupar la Presidencia en la consecutiva legislatura, tal y como es específica en el apartado 12.2.

12.13.- El cargo de Secretario deberá residir en la localidad de la Sede.

12.14.- Los miembros de la Junta Directiva podrán causar baja por:

- a) Fallecimiento del Socio miembro de la Junta Directiva.
- b) Por renuncia voluntaria comunicada por escrito a la Junta Directiva
- c) Por incumplimiento de las obligaciones que tuvieran encomendadas; que será acordada por acuerdo motivado de la Junta Directiva después de audiencia al interesado
- d) Por expiración de mandato.

12.15.- La Junta Directiva se reunirá cuantas veces lo determine su Presidente y a iniciativa o petición de una cuarta parte de sus miembros. Quedará validamente constituida cuando asista la mitad mas uno de sus miembros y para que sus acuerdos sean válidos deberán ser tomados por mayoría de votos, en caso de empate el voto del presidente será de calidad.

ARTICULO 13.

Las funciones de la Junta Directiva serán:

- a.- Programar actividades científicas y sociales.
- b.- Ejecutar los acuerdos adoptados por la Asamblea General.
- c.- Estudiar el Proyecto de presupuesto anual así como el balance del ejercicio anterior y someterlo a la aprobación de la Asamblea General.
- d.- Aprobar el proyecto de la Memoria Anual de la Sociedad y someterla a la aprobación previa de la Asamblea General.
- e.- Resolver las solicitudes de admisión de Socios.
- f.- Resolver los expedientes disciplinarios.
- g.- Otorgar la condición de Socios de Honor y Presidentes de Honor previa ratificación por la Asamblea General.
- h.- Proponer a la Asamblea General la revisión y modificación de los Estatutos.
- i.- Cualquier otra que sea delegada o encomendada por la Asamblea General.

CAPITULO III.- DEL PRESIDENTE

ARTICULO 14.

Corresponderá al Presidente:

- 14.1.- Convocar a la Asamblea General y a la Junta Directiva, fijar el Orden del Día y presidir las sesiones.
- 14.2.- Proponer un plan de actividades de la Sociedad.
- 14.3.- Autorizar y ordenar pagos.
- 14.4.- Autorizar con su Visto Bueno las Actas de la Asamblea General y de la Junta Directiva.
- 14.5.- Autorizar certificaciones y documentos públicos o privados que sean extendidos por la Sociedad.
- 14.6.- Tramitar y resolver, cuando por motivos de urgencia lo requieran, los asuntos propios de la Junta Directiva, a la que debe informar preceptivamente.

CAPITULO IV.- DE LOS DEMAS CARGOS DE LA JUNTA DIRECTIVA

ARTICULO 15.

El Vicepresidente sustituirá al Presidente en caso de ausencia o enfermedad de éste o bien por delegación, debiendo asumir todas las funciones atribuibles del mismo y mencionadas en el artículo 14.

ARTICULO 16.

El tesorero será el responsable de custodiar y controlar los recursos económicos de la Sociedad. Se encargará de establecer el presupuesto así como el balance de cuentas y liquidación de las mismas. Elaborará una Memoria del

estado económico de la Sociedad y presentará un balance final ante la Asamblea General antes de cerrar el año natural. Firmará los recibos así como las cuentas y demás documentos de la tesorería y pagará las facturas previamente aprobadas y visadas por el Presidente. Se encargará de tener al día los libros de contabilidad de la Sociedad.

ARTICULO 17.

El Secretario será el responsable de redactar las actas de las Reuniones de los Órganos de Gobierno y dará cuenta al Presidente de todas las cuestiones a tratar en cada sesión. Está obligado a custodiar los libros oficiales de la Sociedad y los de carácter documental así como a convocar las sesiones de la Junta Directiva y de la Asamblea General tanto ordinarias como extraordinarias con la antelación y forma que determinan los presentes Estatutos. Redactará una Memoria anual de todas las actividades de la Sociedad y podrá ejecutar todos los acuerdos adoptados por los Órganos de Gobierno siempre bajo el Visto Bueno del Presidente.

Tendrá al día los libros de registro de socios así como los libros de actas y los de actividades de la Sociedad.

ARTICULO 18.

Los Vocales serán los responsables de la información, dentro de sus respectivas Provincias, de las actividades propuestas o ejecutadas por los Órganos de Gobierno y están obligados a colaborar en la creación, desarrollo y finalidades de las Comisiones o Grupos de Trabajo que les sean encomendados.

TITULO VI.- REVISTA DE LA SOCIEDAD

ARTICULO 19.

19.1.- La Sociedad se encargará de editar una Revista con carácter científico, con una periodicidad semestral, en la cuál se recogerán documentos de contenido exclusivamente científico así como otros que comuniquen actividades desarrolladas o a desarrollar por la Sociedad u otras Sociedades se ámbito similar.

19.2.- La Revista llevará el nombre de Revista de Cirugía de Galicia y en su portada llevará impreso el escudo de la Sociedad, será de color azul, y tendrá un mapa de la Comunidad de Galicia con el anagrama de todos los Hospitales del SERGAS.

19.3.- Los Órganos de Gobierno de la Revista estarán integrados por :

- Director
- Jefe de Redacción
- Secretario
- Comité de Redacción
- Comité Científico

Los cargos mencionados serán propuestos por la Junta Directiva y refrendados por la Asamblea General.

TITULO VII.- REGIMEN ECONOMICO

ARTICULO 20.

20.1.- La Sociedad Gallega de Cirugía es una Entidad sin ánimo de lucro y carece de patrimonio fundacional.

20.2.- El ejercicio económico coincidirá con el año natural, se abrirá el 1 de Enero y quedará cerrado el 31 de diciembre.

20.3.- Los recursos económicos de la Sociedad son :

- a.-Las cuotas de los socios, periódicas y / o extraordinarias que fije la Asamblea General.
- b.-Los ingresos que se obtengan mediante actividades que acuerde realizar la Junta Directiva con la aprobación de la Asamblea General siempre dentro del ámbito de los presentes Estatutos.
- c.-Las subvenciones, legados y donaciones que se puedan recibir en forma legal, de personas jurídicas o Instituciones legalmente reconocidas así como de Miembros Protectores.
- d.-Los ingresos legalmente obtenidos por los anuncios comerciales publicados en la Revista de la Sociedad.

- e.-Cualquier otro que sin estar previsto en los apartados anteriores esté permitido en la legislación vigente.
- 20.4.- Se elaborará un documento escrito de la cuantía de los fondos económicos de la Sociedad así como del destino de los mismos con una periodicidad suficiente para que los socios estén debidamente informados de toda la actividad económica de la Sociedad.
- 20.5.- Existirá un Régimen Documental integrado por :
- a.-Libro de Registro de Socios.
 - b.-Libro de Actas.
 - c.-Libro de Actividades de la Sociedad.
 - d.- Libros de Contabilidad.

TITULO VIII.- PERDIDA DE LA CONDICION DE SOCIO

ARTICULO 21.

Se perderá la condición de Socio por los siguientes motivos :

- 21.1.- No abonar la cuota ordinaria o extraordinaria refrendadas por la Asamblea General por segundo año consecutivo y después de dos comunicaciones del Secretario General.
- 21.2.- No acatar los acuerdos refrendados por la Asamblea General.
- 21.3.- Cualquier acto que atente contra el honor, la ética y principios morales de la profesión, de la Asociación o de sus asociados.

TITULO IX.- DISOLUCIÓN DE LA SOCIEDAD

ARTICULO 22.

- 22.1.- La Sociedad se disolverá por la voluntad de sus Socios con derecho a voz y voto, expresada por el voto a favor de los dos tercios de los miembros y tras Reunión extraordinaria de la Asamblea General.
- 22.2.- La Sociedad se disolverá por las causas previstas en el Artículo 39 del Código Civil y por sentencia judicial firme.
- 22.3.- Si la Asamblea General decide disolver la Sociedad deberá nombrarse por dicha Asamblea una Comisión Liquidadora de Cuentas la cuál se encargará de satisfacer las obligaciones pendientes y en caso de que hubiese un remanente económico de fondos, éstos serán donados a la Sección de Huérfanos de los Colegios Médicos de Galicia en partes iguales

TITULO X.- REFORMA DE LOS ESTATUTOS

ARTICULO 23.

La revisión o modificación de los presentes Estatutos se hará a petición de los dos tercios de los Socios con derecho a voz y voto, previa solicitud por escrito al Secretario de la Junta Directiva y la aprobación de las modificaciones se hará en Asamblea General extraordinaria por mayoría.

XI JORNADA DE HEPATOLOGÍA

Fecha: 10 de Marzo de 2005

XVII AVANCES EN ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Fecha: 11 de Marzo de 2005

Lugar: Aula Magna del Pabellón Docente del Hospital Gregorio Marañón
C/. Ibiza, 43 - MADRID

Información: Escuela de Enfermedades Digestivas
Hospital "Virgen de la Torre"
C/. Puerto Lumbreras, 5
28031 Madrid
Telf.: 91 333 51 12 - 91 333 51 13 (Srta. Mary Luz)

XXXVII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

Fecha: 14 y 15 de Abril de 2005

Sede: Salón de Actos, Hospital Meixoeiro. Vigo

Secretaría: mbKarma
María Berdiales 18 - 1º Oficina 1
36203 Vigo
Teléfono 986 443 171 - Fax: 986 446 051
e-mail: mbk@mbkarma.com

XI REUNIÓN NACIONAL DE PATOLOGÍA MAMARIA

Fechas: 12 y 13 de Mayo de 2005

Sede: Aula Magna. Universidad de la Coruña

Secretaría: mbKarma
María Berdiales 18 - 1º Oficina 1
36203 Vigo
Teléfono 986 443 171 - Fax: 986 446 051
e-mail: mbk@mbkarma.com

VIII REUNIÓN NACIONAL HERNIAS.

Sección Pared Abdominal y Suturas. Asociación Española de Cirujanos

Fechas: 16, 17 y 18 de Mayo de 2005

Sede: Palacio de Congresos. Santiago

Secretaría: mbKarma
María Berdiales 18 - 1º Oficina 1
36203 Vigo
Teléfono 986 443 171 - Fax: 986 446 051
e-mail: mbk@mbkarma.com
www.herniassantiago2005.com

XV REUNIÓN NACIONAL DE CIRUGÍA

Fechas: 25 al 28 de Octubre de 2005

Sede: Sevilla



Internet course on *Surgical Infections*

Organized by the Surgical Infection
Society of Europe

The aim of this Course is to update surgeons and other physicians on surgical infections

The program will cover the most important aspects and topics of surgical infections: microbiology, different types of surgical infections, risk factors, surgical infections at ICU and the prevention and treatment of postoperative infections.

The chapters have been written by selected experts in the different fields of surgical infection.

Who is the Course for?

The Course is open to all surgeons as well as all other physicians interested in the problem of surgical infections.

The whole Course is internet-based

Access

The Course is accesible through the official SIS-E web site www.sis-e.org.

Schedule

The Course will start in January 2005. Course registration will be open January 3rd, 2005.

However, participants are allowed to register until the 15th of October 2005.

Cost

The Course is free of charge for members of the SIS-E and SIS.

Non-members will be charged 100€.

Precise information on how to make the payment is available on the SIS-E web-site.

Diploma

At the end of the Course, participants who have achieved 70% positive answers in the test evaluation will receive a diploma from the Surgical Infection Society of Europe (SIS-E).

La Universidad de Santiago de Compostela, el Hospital Xeral Calde de Lugo, la Sociedad de Cirugía de Galicia y Ethicon Endocirugía, convocan 2 becas de estudio con las siguientes características:

- 1 Beca de 1.800 Euros para ampliación de estudios con un Hospital extranjero
- 1 Beca de 1.200 Euros para formación en un hospital español

Para la adjudicación de estas becas se tendrán en cuenta las siguientes bases:

- 1.- Podrán solicitar las becas los M.I.R. de 5.º año y Especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo que hayan terminado su residencia en los últimos 5 años, y hayan realizado su formación en Hospitales de la Comunidad Gallega.
- 2.- Para la solicitud de la beca será necesaria la presentación de los siguientes documentos:
 - a) Carta de presentación del Jefe de Servicio del Hospital en el que está trabajando.
 - b) Currículum Vitae.
 - c) Memoria en la que se describirá el proyecto del trabajo a desarrollar.
 - d) En su caso, acreditación del grado de conocimiento del idioma extranjero.
- 3.- Una vez finalizado el periodo de ampliación de estudios, el beneficiario de la beca estará obligado a remitir una memoria de la actividad realizada y un documento acreditativo de la estancia.
- 4.- Las solicitudes serán evaluadas por una comisión compuesta por representantes de las instituciones y entidades organizadoras de los cursos de Cirugía Laparoscópica celebrados en Lugo; la integrarán:
 - El Presidente de la Sociedad de Cirugía de Galicia.
 - El Profesor Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario de Santiago, en representación de la Universidad.
 - El Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Xeral Calde de Lugo.
 - Un representante de Ethicon Endocirugía (con voz y sin voto).
- 5.- Las solicitudes se dirigirán, antes del día 17 de marzo de 2005, a la Secretaría del Servicio de Cirugía del Hospital Xeral de Lugo. C/. Severo Ochoa s/n, 2ª Planta. Lugo.
- 6.- La decisión del tribunal será inapelable.
- 7.- La resolución de esta convocatoria se dará a conocer en la Reunión de la Sociedad Gallega de Cirugía que tendrá lugar en Vigo los días 14 y 15 de abril del 2005.
- 8.- Las becas deberán disfrutarse inexcusablemente antes del 31 de diciembre del 2005, y serán abonadas de la siguiente manera:
 - 2/3 antes de iniciarse la estancia
 - 1/3 después de realizar la memoria



Todos estamos en el mismo barco

Todos los gallegos debemos sentirnos partícipes de los éxitos del "Corporación Caixa Galicia". Porque reúne la tradición náutica gallega con la vanguardia del mundo de la vela. Con los mejores resultados.

Como, por ejemplo, ganar dos años consecutivos la Copa del Rey de Vela. Gracias a un equipo que conserva lo mejor de la esencia gallega: la profesionalidad, la eficacia y la dedicación. Todo esto sitúa a Galicia en la elite mundial de la vela. Por eso, todos los gallegos que aman, sienten y viven el mar, navegan con nosotros. En el mismo barco.

