

## CONCLUSIONES XXVIII CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA. MARACAIBO, MARZO 2006

### CONSENSO ONCOLÓGICO CÁNCER GÁSTRICO

Coordinador: Dr. Alí J Godoy B.

Participantes: Dra. Patricia Núñez

Dr. Antonio Andrade

Dr. Denny Castro

Dr. David Parada

Dr. Rubén Hernández

Dr. Gustavo Soto

El carcinoma gástrico representa la segunda causa de mortalidad por cáncer a nivel mundial, con más de 500.000 muertes al año. En Venezuela esta tendencia se conserva, con un predominio en los estados andinos. Entre los países con mayor incidencia a nivel mundial está Japón, donde los programas de pesquisa y diagnóstico precoz se llevan a cabo. El Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal ubicado en el estado Táchira realiza desde hace más de 20 años un programa de pesquisa, el cual ha logrado hasta un 20 % de diagnóstico de cáncer gástrico precoz.

El 95 % del cáncer gástrico son histológicamente adenocarcinomas, y de éstos, más del 90 % se diagnostican en estados avanzados. En el 95 % de los casos el diagnóstico se logra con la endoscopia digestiva superior biopsia. Hay un incremento en la incidencia del carcinoma proximal, el cual frecuentemente es del tipo difuso, se presenta en pacientes de menor edad y se diagnostica en estados avanzados. Los estudios de extensión más practicados para la estadificación preoperatoria son el ultrasonido transcutáneo y la TAC. El ultrasonido endoscópico no está disponible en la mayoría de nuestras instituciones y se debe individualizar su uso, aunque es el mejor método para la estadificación preoperatorio del tumor y del estado ganglionar, cuando éstos se encuentran a menos de 3 centímetros del estómago. La laparoscopia diagnóstica se practica para estadificar pacientes con carcinoma gástrico avanzado y nos ayuda a decidir qué pacientes requerirán o no una resección gástrica curativa, paliativa o de quimioterapia neoadyuvante.

El tratamiento por estadios se puede resumir de la siguiente manera: si el tumor es un T1a ( sólo mucoso ), es bien diferenciado, mide menos de 1 centímetro, es tipo I ó I b, se puede tratar con resección local endoscópica o laparoscópica; la disección ganglionar en este tipo de tumor no está indicada de rutina por la baja probabilidad de presen-

tar metástasis linfáticas. Los pacientes con carcinoma gástrico T1b (Submucoso), poseen una tasa de metástasis ganglionar hasta de un 20 %, por lo que es recomendación de los cirujanos de la mesa practicar una resección radical gástrica, cuya extensión dependerá de la ubicación del tumor, con una disección linfática por lo menos D1.

El carcinoma gástrico avanzado se debe tratar con una gastrectomía subtotal de un 80 % si el tumor es distal, o una total si el tumor es del tercio medio o proximal; la disección linfática debe ser D2 y debe incluir por lo menos 20 ganglios linfáticos para considerarse una resección adecuada. No está indicada la práctica de esplenectomía o pancreatectomía distal en los tumores proximales o del tercio medio, a menos que se observe extensión directa del tumor. El tratamiento del carcinoma gástrico localmente avanzado con infiltración directa de órganos vecinos va a depender de la ubicación de tumor, la extensión de la enfermedad y del estado clínico del paciente. En estos casos las resecciones son extendidas y la disección D2  $\alpha$  puede estar indicada. Los pacientes con ascitis maligna, carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas no son candidatos a cirugía radical y se les debe practicar en la medida de lo posible una cirugía paliativa.

La quimioterapia neoadyuvante está indicada para tumores avanzados T3 y T4, que no son resecables de primera intención, con el objetivo de conseguir una reducción de la enfermedad y permitir una resección quirúrgica R0. Debe indicarse quimioterapia adyuvante en aquellos pacientes T3, T4 o con enfermedad ganglionar demostrada histológicamente. La quimioterapia también juega un papel preponderante en la paliación de cáncer gástrico. La radioterapia se está usando en combinación con quimioterapia en pacientes con enfermedad localmente avanzada.

El manejo de la pieza operatoria debe ser hecho preferiblemente por el patólogo. Se debe pedir biopsia por corte congelado para definir que los márgenes estén libres durante la cirugía. Éste debe ser de 3 centímetros para tumores de tipo intestinal y de por lo menos 5 centímetros en tumores difusos. Los factores pronósticos tumorales más importantes son la penetración del tumor en la pared gástrica, el tipo histológico (intestinal o difuso, el número de ganglios metastáticos y la presencia de invasión linfovascular). El factor cirujano posee influencia, ya que la resección R0 es un factor favorable para predecir la sobrevida.

## **SIMPOSIO CIRUGÍA ESOFÁGICA RESUMEN Y CONCLUSIONES**

Dr. Rafael Ramírez

### **ESÓFAGO DE BARRETT**

Dr. Eugenio B. Ferreira (Brasil)

La enfermedad de reflujo gastroesofágico es de frecuencia alta, diversidad de manifestaciones clínicas y multifactorial. El paso de la metaplasia del esófago de Barret a displasia de leve a grave. Se ha visto un aumento de los ADC y el 50% tienen metástasis al diagnóstico, 15% de los operados de RGE y esófago de Barret pueden llegar a Cáncer. 60% de recidiva del RGE.

### **SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA**

Dr. Eugenio B. Ferreira (Brasil)

La primera opción es el ascenso gástrico, "tubo gástrico" retroesternal, en un sólo tiempo y la anastomosis gastroesofágica cervical de forma manual. La patología por lo cual se hace, tiene determinación en la aparición de fístulas y estenosis, más cuando es patología cancerosa.

### **ESOFAGECTOMÍA MÍNIMA INVASIVA**

Dr. Italo Bragheto (Chile)

Tiene las ventajas como todas las cirugías realizadas por esta metodología. La indicación es para estadios T1 y T2.

Cáncer supracarinal por toratocoscopia

Cáncer subcarinal por técnica transhiatal

Experiencia de Chile N° 47

Complicaciones mayores 42%

Complicaciones menores 61%

Mortalidad 6,4%

La resección de ganglios por vía laparoscópica es igual. No evidencia de tumor implantando en los sitios de portales de la colocación de los trócares.

### **CÁNCER DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA**

Dr. Italo Bragheto (Chile)

Hay que resecar 5 cms, tanto en sentido proximal como distal en el ADC. La ubicación y el tipo del tumor tienen importancia para la cirugía a realizar y también en el pronóstico. La cirugía puede ser curativa y paliativa. Mortalidad: 3,5%. La mejor cirugía es la esofagogastrectomía, con un 0% de recurrencia en estadio I. Un 90% de supervivencia al 1<sup>er</sup> año.

Una alternativa es esofagectomía parcial más gastrectomía proximal en cáncer de la unión, con interposición de asa intestinal pediculada de yeyuno.

## **CURSO PRECONGRESO LAPAROSCOPIA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Coordinador: Dr. Eduardo Troconis

Participantes: Dr. Darío Montiel

Dr. Carlos Prada

Dr. Dr. Freddy Cardozo

Dr. Rafael Chirinos

Dr. Hermes Pérez

Dra. Nereida Díaz

Dr. Vicente Fernández

Se realizaron presentaciones de temas por patología, que actualmente se están realizando por cirugía mínimamente invasiva en cirugía pediátrica. Se considera muy importante que se haga en el futuro más eventos de cirugía pediátrica en los congresos y jornadas de la Sociedad Venezolana de Cirugía.

## **CURSO PRECONGRESO CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES**

Coordinador: Dr. Jesús García Colina

Participantes: Dr. Saúl González

Dra. Heidi Luz Araujo

Dra. Virginia Navarrete

Dr. Vinicio Paz Aravich

Dr. Francisco Romero Ferrero

Dr. Félix Bonilla ( Panamá )

Dr. Javier Rivas

Dra. Norma Oviedo de Ayala

Dr. Aldo Raigosa

Dr. Jorge Figueira Rodríguez

Dr. Luiz Paulo Kolwalski ( Brasil )

Dr. Rafael Altimari

Dr. Esteban Agudo

Dra. Aisa Manzo

Se presentaron 13 conferencias distribuidas en tres bloques. Dos bloques en la mañana y uno después del almuerzo.

Los temas fueron presentados con una alta calidad científica y técnica, haciendo un recorrido por los aspectos más importantes de la patología tiroidea.

1. Puesta al día del problema del bocio endémico en Venezuela.

2. Diagnóstico por imágenes, mostrando la alta resolución que se puede lograr con los nuevos equipos de ultrasonido, combinando las imágenes con las características vasculares.

3. Se revisaron las indicaciones, preparación y técnica quirúrgica de dos patologías benignas de la glándula tiroidea: bocio endémico y enfermedad de Graves Basedow.

4. Se mostró de una manera práctica y científica el manejo del nódulo tiroideo, presentando la experiencia de un hospital del interior y demostrando que también en la

provincia se pueden hacer bien las cosas.

5. La citología y la histopatología del cáncer diferenciado de tiroides fue presentada de una manera clara y sencilla para ser asimilada por médicos no patólogos.

6. Se mostraron los factores pronósticos en cáncer diferenciado de tiroides, seguidos del tratamiento quirúrgico con todas sus variables. Se complementó con una revisión de las complicaciones de la cirugía del tiroides.

7. La conferencia final de tratamiento con radioterapia nos demostró los adelantos en ese tratamiento y las indicaciones previas.

El cierre de la actividad se realizó con la presencia y discusión de tres casos clínicos, permitiendo así una discusión interactiva con participación de los profesores invitados y el público asistente

### ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN CIRUGIA?

Coordinador: Dr. José Alberto Padrón Amaré

Participantes: Dr. Honorio Sigala

Dr. Javier Manrique

Dr. Ricardo Pereiro

Dr. Jon Barriola

Dr. Juan José Taguaruco

Dr. Rafael Altimari

### ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN CIRUGÍA DEL TRAUMA?

Dr. Ricardo Pereiro

Se enfatiza en la importancia de los programas de ATLS, comenta acerca de la importancia de la cirugía de control de daños (tríada de la muerte: acidosis, hipotermia, coagulopatía). Su manejo y resucitación en la unidad de cuidados intensivos, estabilización del paciente y su reintención posterior después de estar rehabilitado.

Manejo del síndrome compartamental abdominal

Se analizó el trauma en diferentes vísceras: colon; intestino delgado; vísceras sólidas (bazo-hígado). Cirugía preservadora de órganos mediante angioembolización; packing; uso de goma de fibrina, etc.

Habló el Dr. Pereiro sobre toracotomía resucitadora, indicaciones y contraindicaciones.

### ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO?

Dr. Rafael Altimari

Expuso: Nuevo instrumental en cabeza y cuello (bisturí armónico).

Presentó la cirugía de tiroides por incisiones mínimas, (<1.5 cm). Uso en cirugía de tiroides, utilizando el bisturí armónico, como seleccionar los casos, lesiones modulares <3cms, no cirugía previa, no tiroiditis crónica. Presentó neuromoduladores y técnicas para reconocer nervio recurrente.

Bisturí armónico en disecciones de cuello, parotidectomías con disección del nervio facial.

Presentó también detección ganglio centinela en cirugía de cabeza y cuello. 11 casos reportados de su uso en el Instituto Oncológico Luís Razetti de Caracas.

Habló también de la cirugía de paratiroides, utilizando cirugía radioguiada con gamma probe, el uso del gammagrama con sestamibi y determinaciones intraoperatorias de PTH para asegurar la extirpación del adenoma paratifoideo; y finalizó con presentación de casos de reconstrucción de grandes exéresis de lesiones de cabeza y cuello utilizando colgajos vascularizados mediante microcirugía. Enfatizó la importancia del trabajo en equipo.

### ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN ASPECTOS JURÍDICOS? CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dr. Juan José Taguaruco

Recalcó el nacimiento de una rama del derecho, "El Derecho Médico" para asesorar sobre el derecho sanitario de los pacientes y la responsabilidad profesional de los médicos y personal involucrado en el área de la salud. El médico tiene el deber de informar al paciente sobre procedimientos médicos de diagnósticos y tratamiento, y el paciente tiene el derecho de su autodeterminación, es decir aceptar o denegar los procedimientos sugeridos.

Estos derechos ya están claramente establecidos en la Constitución venezolana.

Criterios técnico jurídicos:

1.- Idoneidad Profesional.

2.- Circunstancia de tiempo, lugar y espacio (disponibilidad de médicos)

3.- Parainfo de confianza (trabajo en equipo) de gran importancia. Cada participante del acto médico (cirujano, anestesiólogo, instrumentista y camilleros) es autónomo y puede ser enjuiciado por separado.

4.- Deber de informar y consentimiento informado.

5.- Riesgo permitido.

Es conveniente saber – el acto médico es un acto jurídico y cuando trasciende en el tiempo es un hecho jurídico.

Naturaleza jurídica de la relación médico-paciente.

Como consecuencia de la relación médico-paciente hay:

1.- Responsabilidad Civil

2.- Responsabilidad Penal

3.- Responsabilidad Administrativa (del Estado)

4.- Responsabilidad ético-deontológica

Prácticamente hay relación contractual médico y paciente, pero el médico no está obligado a garantizar resultados, porque hay factores no controlables por el médico, como por ejemplo, reacciones alérgicas, factores genéticos, etc.