



FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA (FELAC)

Boletín Volumen 26, núm. 4 octubre - diciembre de 2018.

Director del Boletín.

Hernando Abaunza., MD, FACS(Hon), MACC(Hon), Expresidente y Ex Director Ejecutivo FELAC

Contenido:

1. Nota Editorial, Dr. Hernando Abaunza
2. Editorial: Manejo de la Hidatidosis Hepática en la era laparoscópica. Dra .Cecilia Chambon y Dr. Luis Ruso Martínez, Uruguay
3. Informe Italo Braghetto, Coordinador Latinoamericano de Eventos de la FELAC
4. Noticias FELAC
5. Próximos Eventos

1. Nota Editorial:

Estimado doctor, con placer remitimos a usted el Boletín de la FELAC correspondiente a Octubre - Diciembre del 2018

Encontrará en este número el editorial escrito por la Doctora Cecilia Chambon y el Doctor. Luis Ruso, sobre Manejo de la Hidatidosis Hepática en la era laparoscópica enfermedad común en el sur del continente pero muy rara en el resto de nuestros países; la Dra Chambon es Profesora Asistente de la Facultad de medicina de la universidad de la Republica del Uruguay y por el Dr. Luis Ruso quien es el presidente del Comité Organizador del XXIII Congreso Latinoamericano de Cirugía – FELAC por realizarse en Punta del Este del 3 al 5 de diciembre de 2019 en unión del 70° Congreso Uruguayo de Cirugía. El Dr. Ruso ha sido presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y miembro extranjero de la Academia de Medicina de Francia. Recomendamos a los cirujanos latinoamericanos reservar está fecha ya que tenemos cita obligatoria en Punta del Este, Uruguay.

Con positivo placer asistimos al día latinoamericano realizado durante el Congreso del American College of Surgeons el día lunes 22 de octubre en el Centro de Convenciones de la ciudad de Boston, con gran asistencia y magnifica la participación de los conferencistas.

Ha sido tan notable el éxito de este Simposio que la organización del Congreso del American College of Surgeons ha resuelto continuar con este evento en idioma español en tan importante reunión de los cirujanos del mundo; el próximo será en la ciudad de San Francisco el lunes 28 de octubre de 2019.

En la convocation ceremony realizada el 21 de octubre ingresaron como Fellowship nuevo un buen número de cirujanos latinoamericanos, a los que felicitamos sinceramente.

Sea está la oportunidad para desearles a todos los cirujanos latinoamericanos en compañía de sus familias una feliz navidad y que el nuevo año sea plétórico de paz y felicidad

Cordialmente,

Hernando Abaunza., MD, FACS (Hon), MACC (Hon), Expresidente y Ex Director Ejecutivo FELAC

2. Editorial

MANEJO DE LA HIDATIDOSIS HEPATICA EN LA ERA LAPAROSCOPICA.

Dres. Cecilia Chambon. Luis Ruso Martínez.
Clínica Quirúrgica 3. Departamento de Cirugía.
Facultad de Medicina. Universidad de la Republica (UdeLar)
Hospital Maciel. ASSE.
Montevideo .Uruguay.
Correspondencia: cecichambon1981@gmail.com

INTRODUCCION:

La World Health Organization (WHO), ha establecido que la equinocosis quística (EQ) es endémica en América del Sur. Además, si bien en varios países de la región se trata de una enfermedad de denuncia obligatoria, existe un claro subregistro, lo que impide objetivar el problema en su real dimensión. En el periodo Enero 2009-Diciembre 2014, 29556 casos de hidatidosis fueron notificados a las autoridades oficiales en los cinco países pertenecientes a la Iniciativa Sub-regional para el control de la equinocosis quística (Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay), con tasas de incidencia variables entre 0.012 y 13 por 100.000 habitantes según país, con una mortalidad de 2,9%. El número real de casos en áreas endémicas puede alcanzar los 2500 por 100000 habitantes, cuando son considerados los pacientes asintomáticos¹. Independientemente de la variabilidad de las cifras publicadas, la hidatidosis continúa siendo un importante problema de salud en la región.

¹ Pavletic CF, Larrieu E, Guarnera EA, et al. Cystic echinococcosis in South America: a call for action Rev Panam Salud Publica. 2017; 41:42.

Uruguay cuenta con una larga historia de investigación, diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis. La primera cirugía de quiste hidático hepático (QHH) de la que se tiene registro en nuestro país data de 1894². La experiencia acumulada por más de 100 años de cirugía de la hidatidosis ha permitido la acumulación de conocimientos y la formación de recursos humanos; si bien la incidencia de la enfermedad y la población de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico, ha seguido un marcado descenso en los últimos años, a consecuencia del impacto de programas de prevención y detección precoz de la enfermedad.

La persistencia de la EQ en el siglo XXI ha determinado que las nuevas generaciones de cirujanos deban enfrentarse a la enfermedad y sus complicaciones; aunque con nuevas tecnologías diagnósticas y cirugía mínimamente invasiva, que plantean el desafío de adaptar estos avances a los clásicos paradigmas del tratamiento quirúrgico de la hidatidosis.

El presente trabajo intentará exponer los principales avances en el diagnóstico inmunológico e imagenológico y las nuevas técnicas quirúrgicas con especial énfasis en el manejo mínimamente invasivo. Los nuevos conocimientos y la experiencia adquirida en el campo laparoscópico y de los procedimientos percutáneos guiados por imágenes, permiten tratar la enfermedad de manera segura, con las ventajas de la cirugía de invasión mínima y cumpliendo con los preceptos clásicos de la cirugía de la hidatidosis.

DIAGNOSTICO INMUNOLOGICO:

El diagnóstico de hidatidosis se basa en cuatro pilares: la noción epidemiológica de contacto ambiental donde pueda desarrollarse el ciclo del cestodo; la presentación clínica, como forma asintomática o complicada; el inmunodiagnóstico y la imagenología. En tanto, la confirmación parasitológica requiere visualización directa por microscopía de protoescolices o ganchos del cestodo y/o restos de membranas.

El principio del inmunodiagnóstico es la detección de la estimulación antigénica, producto del contacto del líquido hidático con el sistema inmunológico del huésped. El líquido hidático es un mosaico antigénico donde se destacan el antígeno 5 (Ag5) y el antígeno B (AgB). Las pruebas serológicas requieren la reacción antígeno/ anticuerpo, para lo cual es imprescindible la capacidad de respuesta inmunológica del huésped, esto se produce al alterarse la permeabilidad de la capa germinativa de la membrana hidática, producto de microfisuras o rotura.

Se han desarrollado numerosas técnicas tratando de lograr una mayor sensibilidad, especificidad y valor predictivo, destacando que la detección de anticuerpos específicos IgG o IgE son los de mayor rendimiento diagnóstico³. En la actualidad las técnicas más utilizadas son el análisis inmunoenzimático (ELISA) con una sensibilidad de 86% y especificidad de 93% y el Western blot con 96% de

² Buño W, Bollini-Folchi H. Tesis de Doctorado presentada a la Facultad de Medicina de Montevideo entre 1881 y 1902. Apartado de la «Revista histórica» Tomo LII- Año LXXIII. Nos. 154-156. A. Monteverde y Cía. S.A. Montevideo 1980. p.142-50.

³ Ramzy R, Helmy H, El Zayyat E, et al. An enzyme-linked immunosorbent assay for detection of IgG1 antibodies specific to human cystic echinococcosis in Egypt. Trop Med Int Health. 1999;4(9):616-20.

sensibilidad y especificidad⁴. La eficacia del serodiagnóstico es dependiente de una serie de factores como el origen, pureza y calidad del extracto antigénico utilizado, el panel de sueros seleccionado (sueros de pacientes confirmados o no quirúrgicamente, subclase de las inmunoglobulinas, etc.), el órgano afectado y el número de quistes. Estas limitantes determinan que un 10-20% de pacientes con QHH y un 40% con quistes pulmonares no presenten niveles significativos de anticuerpos específicos; a esto se suma el problema de la reactividad cruzada fundamentalmente con *E. multilocularis* y *Taenia solium*, que plantea limitaciones al diagnóstico inmunológico y propone desafíos para recientes investigaciones en busca de antígenos recombinantes que aumenten la sensibilidad y especificidad de estas pruebas⁵.

Los resultados de los métodos de inmunodiagnóstico deben ser utilizados e interpretados en el contexto de los datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas y el diagnóstico por imágenes.

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES:

La imagenología es imprescindible para el diagnóstico de EQ, planificación del tratamiento y evaluar la respuesta al mismo. La utilización de tomografía computada (TC) o resonancia nuclear magnética (RNM) y la mayor accesibilidad a estos recursos, permiten llegar a la cirugía con mayor precisión sobre las relaciones vasculares y biliares que el QHH adquiere.

Aunque estos avances han relegado el valor de la radiografía, aún existen signos radiológicos característicos como ser: formaciones redondeadas correspondientes a quistes hidatídicos que tienen engrosamiento de la adventicia y calcificaciones, elevación diafragmática unilateral, cavidades con niveles liquido/gaseoso (quistes abiertos por migración pleuro-pulmonar o abiertos en vías biliares). Clásicamente la presencia de calcificaciones, especialmente aquellas en forma de anillo o redondeadas, sugieren la presencia de la adventicia y constituyen signos patognomónicos de QHH ⁶ (**Figura 1**).

⁴ McManus DP, Gray DJ, Zhang W, Yang Y. Diagnosis, treatment, and management of echinococcosis. *BMJ*. 2012; 344: 3866-3870.

⁵ Carmena D, Benito A, Eraso E. Avances recientes en el inmunodiagnóstico de la hidatidosis humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25(4):263-9 267

⁶ Odriozola M, Pettinari R. Relato Oficial. Hidatidosis abdominal. 69º Congreso Argentino de Cirugía. *Rev Arg Cir*. 1998;(No. Extra):9-70.

Figura 1: radiografía de abdomen donde se observa un QHH calcificado.



La ecografía de abdomen es un estudio imagenológico de alto rendimiento en QHH para diagnóstico etiológico, topográfico, de estadio evolutivo e incluso para evaluar la respuesta al tratamiento o seguimiento en pacientes tratados con parasiticidas, tipo Albendazol. Su utilidad en el diagnóstico poblacional como método de screening en zonas endémicas, constituye una herramienta fundamental en el control de la enfermedad. Su sensibilidad para el diagnóstico de QHH es cercana al 100% y la especificidad mayor al 90%, esto sumado a su bajo costo y accesibilidad, han colocado a la ecografía como el estudio imagenológico inicial para esta patología⁷.

Existen imágenes ecográficas que suelen ser consideradas patognomónicas de quiste hidático: contenido de pequeños ecos densos que se mueven con los cambios de posición (signo del nevado) y que corresponde a las vesículas prolíferas de la arenilla hidatídica; quiste multivesicular o multiseptado, semejando una rueda de carro y la presencia de una imagen quística con la membrana flotando en su interior. Estos signos característicos fueron tomados para las clasificaciones de Gharbi y de la WHO ambas basadas en aspectos morfológicos y estructurales (**Figura 2**). Gharbi describe 5 patrones ecográficos: I- quiste hialino II- membrana flotante III-multivesicular IV-sólido heterogéneo V- calcificado⁸. En el año 1995 se constituye el WHO (World Health Organization) Informal Working Grupo on Echinococcosis, y en el 2001 se alcanza un acuerdo para una nueva clasificación, donde se consideran 3 grupos: 1- Activos, con elementos fértiles 2- Transicionales, si bien están en proceso de degeneración pueden contener elementos viables 3- Inactivos, parcial o totalmente calcificados.

⁷ Frieder B, Ledesma C, Odriozola M, Larrieu E. Especificidad de la ecografía en el diagnóstico precoz de la hidatidosis humana. Acta Gastroenterol Lat Amer. 1992;20:13-5.

⁸ Gharbi h a, Hassine w, Abdesselem k.: L'hydatidose abdominal à l'ecographie. Réflexions, aspects particuliers. Ann Radiol 1985; 28: 31-34.

Esta clasificación pretende uniformizar criterios, según el estadio evolutivo del parásito, permitiendo tomar diferentes conductas terapéuticas y comparar sus resultados⁹.

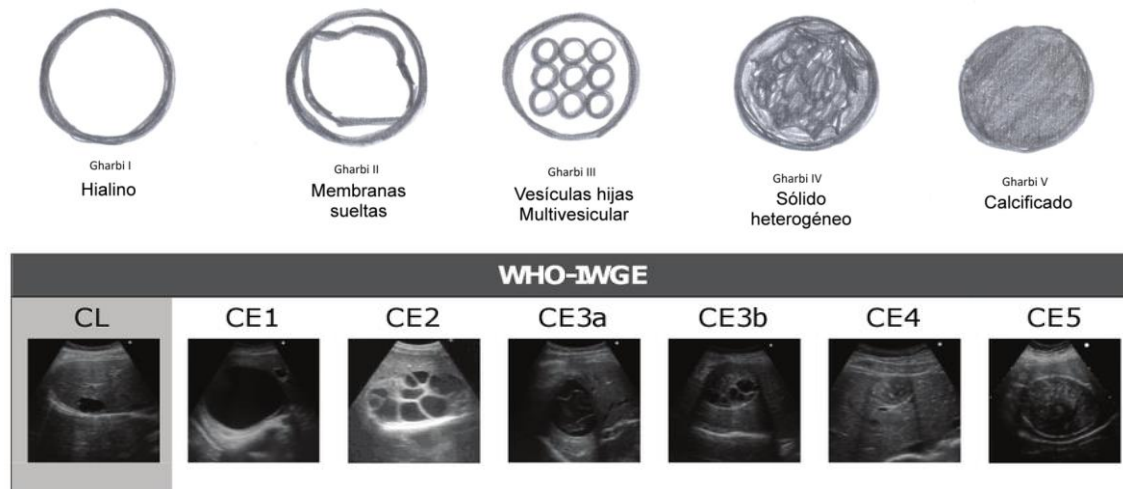


Figura 2: Clasificación Gharbi y WHO. Tomado de (8,9)

La TC con contraste intravenoso, es un estudio imagenológico que complementa a la ecografía, permite realizar la clasificación ecotomográfica de WHO con mayor resolución (**Figura 3**). Al tratarse de un estudio objetivo permite analizar las imágenes y realizar reconstrucciones para planear el tratamiento quirúrgico, valorando relaciones vasculares (angio TC) y biliares, que pueden condicionar el procedimiento a realizar. De especial utilidad en la evaluación de complicaciones como la infección, presentándose como imágenes mal definidas que ante la administración de contraste intravenoso adoptan la imagen de anillo de alta atenuación. Fundamental en casos de tránsitos hepato-torácicos, para la valoración del componente torácico. Tiene una sensibilidad de 77% para el diagnóstico de apertura en vía biliar, pudiendo observar vesículas hijas en la vía biliar principal¹⁰. Es un estudio accesible, cuya realización permite extraer información para planear la terapéutica, lo que posiciona a la tomografía como un estudio esencial en la valoración de todo quiste hidático.

⁹ WHO Informal Working Group. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiológica! settings. Acta Trópica 2003; 85: 253-261

¹⁰ Pawlowski Z, Eckert J, Vuitton DA, et al. Echinococcosis in humans: clinical aspects, diagnosis and treatment. In: Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawlowski Z, editors. WHO/OIE Manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. Paris: 2001. p.20-48.



Figura 3: Vesiculización endógena y adventicia “correosa” en un quiste larga evolución. Correlación ecografía, TC y cirugía.

La RNM proporciona imágenes de alta calidad, con mayor resolución que la tomografía sin la necesidad de irradiar al paciente. Tiene especial importancia para el diagnóstico diferencial entre quiste hidático hialino y quiste simple hepático. La identificación de un anillo o borde de baja intensidad de señal en imágenes T2 y ponderado en T1 caracteriza a la membrana del parásito¹¹.

La utilización de colangiografía nuclear magnética (CRNM) permite obtener imágenes de alta calidad al momento de valorar las relaciones biliares del quiste, de forma no invasiva. Tiene alta sensibilidad (92%) y especificidad (83%) para el diagnóstico de comunicaciones quisto biliares mayores de 5 mm¹². Permite llegar a la cirugía con un mapeo de la vía biliar y conocer en forma preoperatoria la existencia de comunicaciones bilioquísticas que condicionen una táctica quirúrgica acorde a esta compleja circunstancia¹³.

La colangiografía endoscópica retrograda ha visto relegada su utilización como procedimiento diagnóstico, por la utilización de un procedimiento no invasivo y con una excelente resolución como es la CRNM, su mayor utilidad persiste como procedimiento terapéutico asociado a papilotomía para degravitación de la vía biliar en casos de QHH abiertos y evacuados en la vía biliar¹⁴.

TRATAMIENTO

El tratamiento del QHH incluye diferentes opciones terapéuticas, tratamiento médico, drenaje percutáneo, cirugía convencional o laparoscópica e incluso la abstención terapéutica. Por muchos años el manejo de estos pacientes fue regido por la opinión de los expertos, pero actualmente existen múltiples ensayos clínicos que comparan el rendimiento de las diferentes opciones terapéuticas. Creemos que

¹¹ Mergo, P, Ros PR. Imaging of the Liver. Clinics of North America 1997; 5, 2: 370-381.

¹² Benkabbou A, Souadka A, Serji B, Hachim H. Changing paradigms in the surgical management of cystic liver hydatidosis improve the postoperative outcomes. Surgery [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;159(4):1170–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2015.10.029>

¹³ Little A F, Lee W K, Mathison K. MRCholangiography in the evaluation of suspected intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst. Abdom Imagin 2002; 27: 333-335.

¹⁴ Chopra N, Gupta V, Kumar S, et al. Liver hydatid cyst with cystobiliary communication : Laparoscopic surgery remains an effective option. Journal of Minimal Access Surgery 2017;(September):0–6.

a pesar de la evidencia existente, la complejidad de la patología hidatídica requiere un tratamiento adaptado al paciente, al centro de asistencia y a la experiencia del equipo tratante.

El tratamiento médico del QHH con benzimidazoles se realiza a nivel mundial desde la década de los 80¹⁵, por su capacidad de destruir los metacestodes de *Echinococcus granulosus* y fue usado como paliativo y adyuvante de la cirugía. En los últimos 10 años ha tomado relevancia como tratamiento neoadyuvante por su efecto de esterilizar los quistes y disminuir su tensión antes del acto operatorio. También, se lo utiliza en el post operatorio para evitar nuevas embriogénesis o incluso como método terapéutico exclusivo en localizaciones de riesgo quirúrgico elevado, en pacientes inoperables o como curativo en quistes pequeños. Aunque se han propuesto diferentes regímenes basados en el Albendazol, no existe consenso en la dosis, tiempo de tratamiento ni metodología de seguimiento. Las contraindicaciones del tratamiento médico incluyen: quistes de gran tamaño con riesgo de ruptura, quistes inactivos o calcificados, embarazo e insuficiencia hepatocítica o alteraciones de la médula ósea, donde el tratamiento con benzimidazoles puede condicionar efectos adversos¹⁶.

El tratamiento quirúrgico continúa siendo el pilar fundamental de la terapéutica de la hidatidosis. Los mejores resultados se obtienen con la asociación de Albendazol y cirugía, con índices de curación superiores al 90%¹⁷. En pacientes portadores de QHH sintomáticos o complicados (infección, rotura a cavidad abdominal, apertura en vía biliar o tránsito hepatotorácico) el tratamiento de elección es la cirugía, ya sea convencional o laparoscópica. En los casos de pacientes asintomáticos la conducta puede variar teniendo en cuenta el tipo de quiste (clasificación WHO). Múltiples procedimientos se han descrito en más de 100 años de cirugía de la hidatidosis, desde la simple punción evacuación a las resecciones hepáticas, sumado al desarrollo de los abordajes percutáneos y laparoscópicos. Aún siguen vigentes los preceptos técnicos que rigen la cirugía de la hidatidosis hepática.

El procedimiento ideal es aquel que permita la resección total del parásito, con la extirpación completa de la adventicia, hecho no siempre posible sin aumentar en forma considerable la morbimortalidad.

Uno de los puntos críticos de esta cirugía en el uso de soluciones parasiticidas, entre los cuales se destaca el suero clorurado hipertónico al 33%. Tiene una potente acción parasiticida, aunque es fundamental evitar el contacto con el peritoneo por la hipernatremia que produce al absorberse por esta vía¹⁸. Si bien se

¹⁵ Davis A, Dixon H, Pawlowski ZS. Multicentre clinical trials of benzimidazole-carbamates in human cystic echinococcosis (phase 2). *Bull World Health Organ* 1989; 67: 503-508 [PMID: 2692867]

¹⁶ Bhutani N, Kajal P. Hepatic echinococcosis: A review. *Ann Med Surg [Internet]*. IJS Publishing Group Ltd; 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.10.032>

¹⁷ Gil-Grande LA, Rodriguez-Caabeiro F, Prieto JG, et al. Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intra-abdominal hydatid disease. *Lancet* 1993; 342: 1269-1272.

¹⁸ Ruso, L. Suero hipertónico e hipernatremia en hidatidosis hepática. *Cir Esp* 2010;88(1):2018.

han reportado casos de colangitis esclerosante caustica por contacto con los conductos biliares, esto no ha sido completamente demostrado¹⁹.

El alcohol al 95% es la solución utilizada habitualmente en los procedimientos de Punción, Aspiración, Instilación, Reaspiración (PAIR), siempre que no haya comunicación con la vía biliar.

Los principios tácticos de la cirugía de la hidatidosis hepática, son la evacuación y esterilización del contenido del quiste, evitar la diseminación del líquido hidático (con ello evitar la recurrencia y la anafilaxia) y el tratamiento de la cavidad residual.

La secuencia técnica que realizamos es la exposición de la cara emergente del quiste, cubriendo y aislando el campo con compresas secas y protegiendo la zona a puncionar con compresas embebidas en solución parasitocida. Puede realizarse la punción y evacuación del quiste con aspirador de Finocchietto, permitiendo una evacuación rápida²⁰. Se procede a la apertura de la adventicia y la extracción de la membrana y vesículas hijas que puedan quedar retenidas dentro de la cavidad. Se debe realizar la esterilización de la cavidad colocando compresas embebidas en solución parasitocida.

El mejor manejo de la adventicia hidática es un tema no resuelto y la estrategia a seguir debe adaptarse a cada paciente; ya que condiciona las complicaciones agudas y crónicas, la mortalidad del procedimiento y la recurrencia de la enfermedad. Estos factores atraviesan longitudinalmente la toma de decisión respecto al procedimiento a realizar, en cuanto a conservadores o radicales e incluso la vía de abordaje, abierta, laparoscópica y la necesidad de conversión.

Los procedimientos conservadores, evitan la resección amplia de la adventicia, el más utilizado es la quistostomía, el cual incluye el drenaje y/o epiploplastía de la cavidad, para evitar colecciones residuales intracavitarias²¹. El procedimiento de Mabit, consiste en la resección de la adventicia emergente, pudiendo también asociar drenaje y/o epiploplastía.

Los procedimientos radicales implican la resección de la adventicia, con el objetivo de evitar la cavidad residual así como la “enfermedad de la adventicia”, que consiste en la infección crónica secundaria a bilirragia y/o formación de colecciones líquidas en el seno de la cavidad.²² La quistoadventicectomía total cerrada – técnica de Napalkoff - extirpa completamente el quiste sin abrirlo. Está indicada en quistes periféricos sin relaciones vasculo biliares de importancia. La quistectomía abierta total debe incluir la resección de más del 90% de la adventicia para ser considerada como total. Otra opción es la quistoadventicectomía subtotal, que

¹⁹ Safioleas M, Misiakos E, Kouvaraki M, et al. Hydatid disease of the liver. A continuing surgical problem. Arch Surg. 2006;141:1101-8.

²⁰ Hidalgo M, Barquet N. Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7435 casos. Rev Esp Enf Ap Digest. 1987;71(2):103-09.

²¹ Gonzalez D, Olivera E. Hidatidosis hepática. Sociedad de cirugía del Uruguay. Montevideo. 2011

²² Larghero, P., Venturino, W., Broli, G.: Equinococosis hidática del abdomen; Montevideo, Uruguay, Editorial Delta, 1962.

conserva el sector de adventicia que adquiere relaciones vasculobiliares peligrosas, e incluye la preservación de más de 10 % de la misma.

Las resecciones hepáticas típicas o atípicas también son una opción terapéutica, reservada para casos complejos que afectan varios segmentos y en los cuales técnicamente es más segura la hepatectomía. En nuestra experiencia en una serie de 13 casos de resecciones hepáticas por QHH, se observó un 31 % de complicaciones posoperatorias sin mortalidad²³.

Un punto crítico es el diagnóstico de comunicaciones quisto biliares, hecho que puede ponerse de manifiesto en el preoperatorio con la utilización de métodos de imagen como la CRNM, o con la realización de una colangiografía intraoperatoria. La identificación de comunicaciones con la vía biliar implica un desafío terapéutico, porque incrementa la morbimortalidad posoperatoria. Múltiples procedimientos se han descrito desde la sutura del conducto biliar implicado, en casos de ramas terminales, a la desconexión quisto biliar con drenajes²⁴ o las derivaciones biliodigestivas, cuando están implicados los conductos mayores. A medida que el quiste se localiza más centro hepático y por consecuencia más próximo hilio, mayor es el riesgo de apertura del mismo en los conductos principales y la gravedad de la fistula.

En un meta análisis donde se comparan procedimientos conservadores y radicales con un total de 4127 pacientes, analizando 19 estudios se concluye que la cirugía radical tiene menor incidencia global de complicaciones posoperatorias, y menor incidencia de complicaciones específicas como fistula y absceso de la cavidad. El riesgo de recidiva también fue menor en la cirugía radical y no se encontraron diferencias significativas en la mortalidad posoperatoria²⁵.

Desde el primer reporte de Katkouda en 1992²⁶, el abordaje laparoscópico de la patología hidatídica ha ido en aumento. Sin embargo y a diferencia de otras patologías donde la evidencia posicionó a la laparoscopia como abordaje de elección, en la hidatidosis este camino fue lento, aunque progresivo a lo largo de casi 20 años, para incrementarse en forma exponencial en la última década. Aun así persisten aspectos técnico/tácticos en evaluación que limitan su uso como la primera opción quirúrgica.

²³ Pontillo M, Martinez LR. Liver resections for the treatment of hydatid cyst. Int Hepato-Pancreato-Biliary Assoc [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;18(April):e256.

²⁴ Perdomo R, Balboa O, Morelli R, Melognio S. Quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares. Desconexión quistobiliar por coledocostomía transhepaticoquistica. Cir Uruguay. 1976;46(1):33-9.

²⁵ Pang Q, Jin H, Man Z, Wang Y, Yang S, Li Z, et al. Radical versus conservative surgical treatment of liver hydatid cysts : a meta-analysis. Front Med; 2017.

²⁶ Katkouda, N. , Fabiani, P. , Benizri, E. and Mouiel, J. Laser resection of a liver hydatid cyst under videolaparoscopy. Br J Surg,1992;79: 560-561. doi:[10.1002/bjs.1800790628](https://doi.org/10.1002/bjs.1800790628)

Como regla general, el abordaje laparoscópico debe cumplir con todos los preceptos de seguridad de la cirugía convencional para el tratamiento de esta patología. Los óptimos resultados y la experiencia progresiva (**Figura 4**) han reducido las contraindicaciones, que actualmente se limitan a considerar la localización profunda del quiste en el hígado, casos de comunicaciones quisto biliares complejas y la experiencia del equipo tratante.

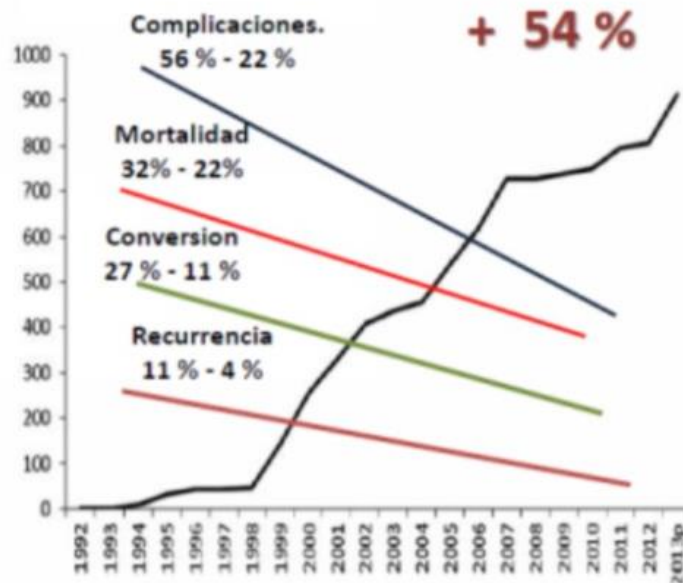


Figura 4: Muestra el incremento exponencial del abordaje laparoscópico de la hidatidosis hepática, que ascendió un 54 % en los últimos años y la notoria mejoría de los resultados en un corto periodo.

Es conceptual que el tratamiento de los casos complejos de QHH y especialmente el abordaje laparoscópico para procedimientos radicales y de los segmentos hepáticos posteriores, debe concentrarse en centros de referencia con experiencia en cirugía hepatobiliar e hidática.

La **Figura 5** muestra dos recopilaciones realizadas por nuestro grupo, en un período mayor a 20 años (1995 – 2017) con un total de 2366 casos, se evidencia la permanente tendencia a mejorar los resultados de la vía laparoscópica, en términos de morbilidad, conversiones y recurrencia de la enfermedad.

PERIOD	1995/2012	2013/2017
SERIES	24	65
CASES	829	1537
MORTALIDAD	0 – 32 %	0 – 22 %
COMPLICATIONS	0 – 56 %	3 – 22 %
CONVERSION	0 – 27 %	0 – 11 %
RECURRENCIA	0 – 11 %	0 – 4 %
SEGUIMIENTO	2 – 132m	3 – 97 m

Figura 5: Muestra la evolución de los resultados de la cirugía laparoscópica de la hidatidosis hepática.

Otra revisión de 914 casos tratados por vía laparoscópica se mostró un índice de conversión de 4,9% (45/914), siendo la causa más frecuente las limitaciones anatómicas o localizaciones no accesibles, los procedimientos conservadores mostraron una incidencia aumentada de complicaciones cuando se compara con los radicales. La mortalidad (0,22%), morbilidad (15%) e índice de recidiva (1%) fueron similares a los encontrados para cirugía convencional. Si bien clásicamente se ha nombrado como limitante al abordaje laparoscópico el riesgo de diseminación y anafilaxia, en esta revisión la incidencia fue menor al 1% y no se registró mortalidad por estas complicaciones. El análisis concluye que la realización de procedimientos radicales para el tratamiento del QHH mediante laparoscopia es factible, siendo los procedimientos de quistectomía el tratamiento de elección²⁷. La correcta selección de los pacientes es esencial para tener buenos resultados en términos de recurrencia y morbilidad, la seguridad del procedimiento es el límite para la elección del abordaje.

Más allá de estos alentadores resultados, aún existen puntos de crítica y aspectos no resueltos en la cirugía laparoscopia del QHH, que constituyen un sesgo a considerar en la evaluación de la evidencia publicada. La mayoría son series cortas y con seguimiento limitado para evaluar la recurrencia; hay inhomogeneidad en cuanto a condición y tipo de los quistes operados y ausencia de consenso en el manejo de la adventicia, constituyendo limitaciones importantes al momento de extraer conclusiones. Tampoco el abordaje laparoscópico ha resuelto las complicaciones clásicas de la cirugía hidática: la hemorragia intraoperatoria, la anafilaxia, la bilirragia y la infección de la cavidad.

Los procedimientos mínimamente invasivos de punción y drenaje han evolucionado con el desarrollo de agujas finas y en combinación con los avances en la imagenología, han permitido disminuir el riesgo de complicaciones, transformándolos en una herramienta terapéutica segura y efectiva en casos seleccionados. El procedimiento de punción, aspiración, inyección y reaspiración (PAIR) descrito en primera instancia por Mueller en 1985²⁸, se realiza bajo guía ecográfica o por TC e incluye el drenaje de los quistes con una aguja fina o catéter, seguido por la instilación de sustancias parasiticidas (p.ej., solución salina hipertónica o alcohol absoluto) y reaspiración. A este procedimiento se agrega el tratamiento pre y posoperatorio con Albendazol, combinación que ha demostrado buenos resultados en el control de la enfermedad²⁹.

Vinculado al riesgo de colangitis esclerosante secundaria, el PAIR está contraindicado en quistes con comunicación biliar³⁰. Sus indicaciones están

²⁷ 1. Tuxun T, Zhang J, Zhao J, et al. International Journal of Infectious Diseases World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis — 914 patients. *Int J Infect Dis* [Internet]. International Society for Infectious Diseases; 2014;24:43–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.01.012>

²⁸ Mueller PR, Dawson SL, Ferrucci JC Jr, Nardi GR. Hepatic echinococcal cyst: successful percutaneous drainage. *Radiology*. 1985;155(3):627-8.

²⁹ Khuroo MS, Dar MY, Yattoo GN, et al. Percutaneous drainage versus albendazole therapy in hepatic hydatidosis: a prospective, randomized study. *Gastroenterology* 1993; 104: 1452-1459 [PMID: 8482455].

³⁰ WHO Informal Working Group. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in human. *Bulletin of the World Health Organization* 1996;74(3):231-42.

limitadas a pacientes inoperables y quistes tipo CE1, CE2 y CE3 de la clasificación WHO³¹. La incidencia global de complicaciones para el PAIR va de 15% a 40%, con 0,1-0,2% de complicaciones graves como el shock anafiláctico. Complicaciones menores como fiebre, infección o fistula aparecen en 10%-30%³². La mortalidad reportada en un meta análisis reciente es de 0,1%³³. El seguimiento se realiza con controles clínicos (desaparición de sintomatología), serológicos e imagenológicos (visualización de involución del quiste). Son indicadores imagenológicos de buena respuesta: la reducción de tamaño, el desprendimiento de membrana, la reducción del número de vesículas hijas, cavidad residual con material ecogénico y finalmente la cicatrización, proceso que puede demandar entre 6 meses y un año.

La revisión sistemática de la bibliografía disponible muestra que son escasos los ensayos bien diseñados, aleatorios, que comparen el método PAIR con la cirugía o con el tratamiento médico en las personas con quistes hidatídicos hepáticos no complicados. Según una revisión sistemática Cochrane³⁴, el método PAIR con o sin cobertura con benzimidazol puede ser equivalente o superior a la cirugía o al tratamiento médico con benzimidazoles solos para los quistes hidatídicos hepáticos no complicados, pero los datos no son suficientes para plantear conclusiones definitivas.

Otras técnicas percutáneas alternativas en desarrollo incluyen, PDDL (punción percutánea con drenaje y legrado), PAI-D (aspiración percutánea doble e inyección de los agentes contra los escólices sin reaspiración) y PEVAC (evacuación percutánea del quiste).

En suma: actualmente el manejo de la hidatidosis hepática, implica la selección de pacientes, considerando sustancialmente la localización del quiste, su clasificación WHO y las características de la adventicia. La toma de decisión terapéutica es multidisciplinaria e incluye considerar los variados procedimientos disponibles y el uso sistemático del Albendazol. En este contexto el abordaje video laparoscópico aparece como una técnica en desarrollo, factible, segura y con baja tasa de morbimortalidad y recurrencia. Las técnicas de punción percutánea, encuentran su indicación en los estadios jóvenes de la enfermedad.

³¹ Filice C, Brunetti E. Use of PAIR in human cystic echinococcosis. *Acta Trop.* 1997;64(1-2):95-107.

³² Akhan O, Bilgic S, Akata D, et al. Percutaneous treatment of hydatid cyst: long-term results. *Abdom Imaging* 1998;23:209–213.

³³ Smego RA, Sebanego P. Treatment options for heratic cyst echinococcosis. *Int J Infect Dis* 2005;9:69–76.

³⁴ Nasser-Moghaddam S, Abrishami A, Taefi A, Malekzadeh R. Percutaneous needle aspiration, injection, and re-aspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. *Cochrane Database Cochrane Database Syst Rev.* 2011;19(1):CD003623.

3. Informe Dr. Italo Braghetto, Coordinador Latinoamericano de Eventos de la FELAC

Informe Simposio FELAC/ISS (Federación Latinoamericana de Cirugía/ International Society of Surgery) durante el Congreso Chileno de Cirugía, 2018



Entre el 7 y 11 de Noviembre recién pasado se llevó a cabo el 91° Congreso Chileno de Cirugía en la ciudad de Puerto Varas. En este evento cumpliendo con el reglamento que suscribieron los países fundadores de FELAC en 1973, en Río de Janeiro, Brasil, se desarrolló el día jueves 10 de Noviembre entre las 9 y 13 horas el Simposio FELAC/ISS que se enfocó al tema “Cirugía en el paciente crítico”, cuyo programa contó con la participación del Dr Samuel Shuchleib como invitado extranjero y cuyo programa fue el siguiente:

“CIRUGÍA EN EL PACIENTE CRITICO”.

Moderadores: Dr. Italo Braghetto, Chile - Dr. Samuel Shuchleib, México

- | | |
|---------------|---|
| 09:00 a 09:10 | Introducción Dr. Italo Braghetto, Chile |
| 09:10 a 09:40 | Cirugía tiroidea en paciente crítico: ¿cuándo y cómo proceder? Dr. Augusto León, Chile |
| 09:40 a 10:00 | Manejo del derrame pleural crónico con “peel” pleural: ¿cuándo ocurre y cómo tratar? Dr. Gonzalo Fernández, Chile |
| 10:00 a 10:30 | Café |
| 10:30 a 10:50 | Hemorragia digestiva alta masiva. Dr. Arturo Valle, Chile |
| 10:50 a 11:10 | Colecistitis aguda en paciente crítico: Abordaje percutáneo? Abierto? Lap? Colecistectomía subtotal? Dr. Samuel Shuchleib, México |
| 11:10 a 11:30 | Obstrucción intestinal en abdomen congelado. Dr. Jorge Rojas C., Chile |

11:30 a 11:50 Fístula crónica colovesical- vaginal. Dr. Guillermo Bannura C., Chile

11:50 a 13:00 Discusión

Hubo una asistencia promedio de 30 asistentes, la mayoría de ellos cirujanos generales que ejercen su trabajo en hospitales regionales y por lo tanto se cumple la misión tanto de FELAC como de la ISS que es promover la educación quirúrgica. El temario fue diseñado justamente para entregar conceptos actualizados y entregar herramientas de manejo de la patología quirúrgica incluida justamente para los cirujanos que deben enfrentar pacientes críticos en hospitales regionales. Luego se motivó una rica discusión sobre los temas tratados y los expositores fueron muy bien evaluados por los asistentes.

En la foto se muestra al Dr. Augusto León, Maestro de la Cirugía Chilena durante su conferencia respecto de cirugía del Tiroides en pacientes críticos



Los Drs. Italo Braghetto y Pedro P. Pinto fueron nombrados Miembros Eméritos de la Sociedad de Cirujanos de Chile y el Dr. Miguel González P. Maestro de Cirugía Chilena 2018.

Durante este mismo congreso se difundió repetidamente tanto el Congreso Mundial de Cirugía de la ISS en Krakow, Polonia en Agosto del próximo año donde en el programa científico se incluyen 2 simposios con participación de FELAC, como también del Congreso FELAC en Punta del Este Uruguay en Diciembre 2019, eventos a los cuales estamos todos invitados.

Krakow, Poland
11 – 15 August 2019



48th World Congress of Surgery



Informe “Día Latinoamericano” Congreso American College of Surgeons, Boston, Octubre 2018

Como en todos los últimos años se ha venido desarrollando el “Día Latinoamericano”, única sesión en español y organizado y dirigido por el Secretario ejecutivo junto al Presidente en ejercicio de FELAC. Este año esta sesión se efectuó el día lunes 22 de Octubre en horario estelar como ha sido la costumbre en los últimos congresos. Este año correspondió la dirección y coordinación de la sesión al Dr. David Ortega Checa (Presidente de FELAC), junto al Dr. Natan Zundel (Secretario ejecutivo de FELAC) y por primera vez se integra el Dr. Alberto Ferreres, gobernador representante de los capítulos del ACS de países latinoamericanos, lo que significa un logro pues es un signo de integración de FELAC junto con los capítulos latinoamericanos. Creo firmemente que esta es la manera de trabajar.

La sesión misma se desarrolló con una gran asistencia como ha sido la característica de estas “panel session”, el cual ha sido destacado incluso en el “Congress News” que resume lo más destacado de los temas presentados. Este año la concurrencia fue en promedio de 250 asistentes pudiendo señalar la participación muy activa con preguntas y que enriqueció la discusión. El temario desarrollado con expertos de todas las Américas presentaron actualizaciones en diferentes aspectos de la cirugía general, desde el trauma hasta procedimientos complejos en el duodenal y el conducto biliar común, procedimientos oncológicos, intervenciones bariátricas y metabólicas. Además, se discutió la información más reciente en mini-laparoscopia y robótica y el temario fue el siguiente:

Speaker	<i>Oncologic Surgery of the Upper Gastrointestinal (GI): State of the Art</i> Bruno Zilberstein, MD FACS
Speaker	<i>Robots in Medicine and Surgery: Present and Future</i> Carlos A. Galvani, MD, FACS
Speaker	<i>Complex Duodenal and Bile Ducts Surgical Procedures</i> Horacio J. Asbun, MD FACS,
Speaker	<i>Mini-Laparoscopy: Prime Time?</i> Eduardo Moreno-Paquentin, MD FACS
Speaker	<i>New Technologies and Procedures in Metabolic Surgery</i> John M. Morton, MD, MPH, FACS, FASMBS
Speaker	<i>High Voltage Injuries and Burns: State of the Art</i> Ricardo E Ferrada, MD FACS
Speaker	<i>Whats Hot in Trauma and Resuscitation</i> Paula Ferrada, MD, FACS
	<i>Questions and Answers/Network</i>

El Dr. Bruno Zilberstein de Brasil, una autoridad mundial en Cáncer gástrico hizo un excelente resumen actualizado en el tema y el Dr. Horacio Asbún presentó un precioso video respecto de cirugía de disección duodeno pancreática, el Dr. Galvani estableció muy bien el futuro de la robótica así como el Dr. Moreno-Paquetin se refirieron a la mini-laparoscopia y su lugar en cirugía abdominal. Nuevos procedimientos y tecnología para cirugía bariátrica fueron presentados por el Dr. Morton lo que motivó discusión y expectación, aunque se debe esperar mayor evaluación de estos procedimientos. EL temario fue abordado por el Dr. Ferrada padre y su hija, ambos conocidos expertos en toda latinoamérica. Tanto los presentadores recibieron el reconocimiento de los asistentes por el alto nivel académico de sus presentaciones.

En el futuro esperamos seguir efectuando con igual brillo esta sesión y una idea es que podamos publicar estas presentaciones en nuestra página web.





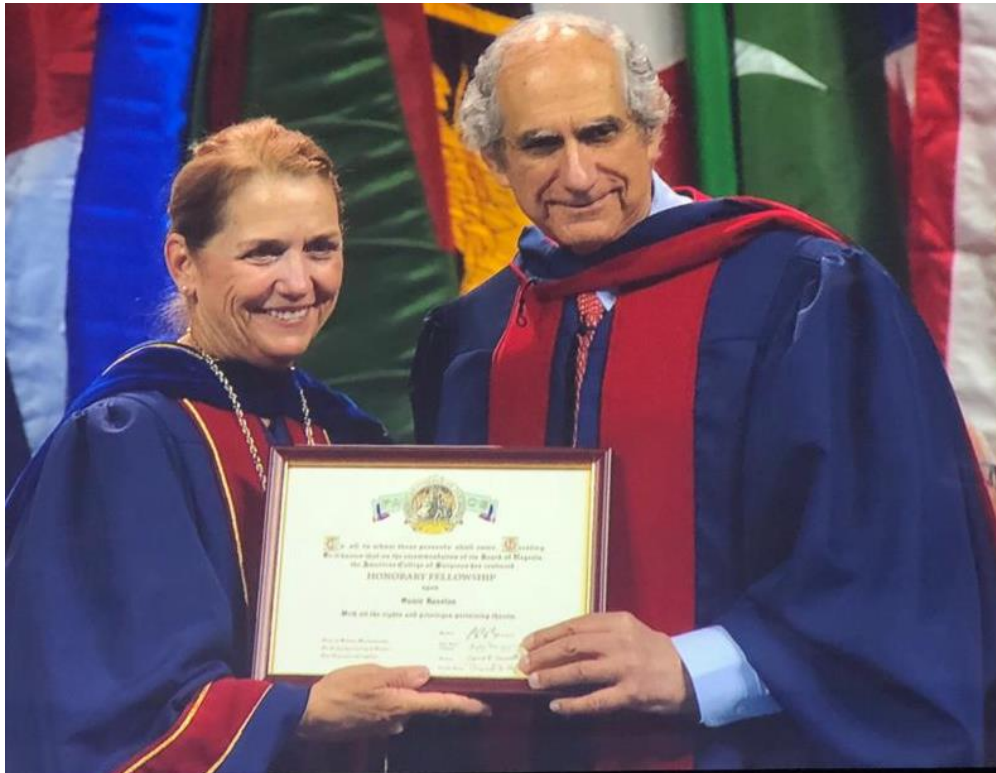
da Vinci



Italo Braghetto
Coordinador FELAC – Chile

4. Noticias de la FELAC

Samir Rasslam, Miembro Honorario del American College of Surgeons 2018.



El Dr Samir Rasslam con la Dra Barbara L Bass presidente del ACS, quien lo recibió como Miembro Honorario

El Profesor Samir Rasslam quien es miembro del Colegio Americano desde 1980 es profesor titular de Cirugía de la Universidad de Sao Paulo Brasil, hasta 2014 fue el director General y jefe del servicio de emergencias del Hospital De Clínicas el más importante hospital de Sao Paulo.

El Prof. Rasslam es graduado de la escuela médica de la Santa Casa Universidad en la que hizo su entrenamiento en cirugía, fue también en dicha entidad profesor de cirugía, director de la sesión de hígado y vías biliares y director de los servicios de emergencia. Son múltiples las contribuciones en el cuidado de los pacientes traumatizados área en la cual tiene un verdadero record de publicaciones científicas, fue director del ATLS Advanced Trauma Life Support, gobernador del ACS para Brasil, Presidente del Colegio Brasileiro de Cirujanos y de la Sociedad Panamericana de Trauma, en el 2005 fue honrado con la Conferencia Renato Pacheco Filho máximo honor que otorga la Federación Latinoamericana de Cirugía FELAC.

Oradores de Honor para el XIII Congreso Latinoamericano de Cirugía FELAC 2019:

Los Oradores de Honor para el próximo congreso de la FELAC por realizarse en la ciudad de Punta del Este del 3 al 5 diciembre serán los siguientes:

Renato Pacheco Fihlo. Dr. Samuel Schueleb (México)

Profesor Internacional distinguido: Dr. Gustavo Plasencia (USA)

Conferencia Hernando Abaunza: Dra. Sonia Boudrandi (Uruguay)

Cirujanos latinoamericanos admitidos en el American College of Surgeons en el 2018:

El pasado 21 de octubre en la clásica *Convocation Ceremony* se recibieron los siguientes nuevos fellows latinoamericanos, ¡Felicitaciones a todos!

Argentina:

Adrián Armando Fantuzzi
Agustín Duro
Andrés Constantino Limardo
Carlos Rafael Colombres
Carlos Repetto
Daniel Sánchez
Fernando Daniel Dip
Germán Atilio Giacosa
Gonzalo Gabriel Crosbie
Gonzalo Matias Saroglia
Javier Hernán Rodríguez Asensio
Tomas Cristian Jakob

Bolivia:

Alina Gallardo Sejas
Boris Alain Urna Herbas
Cristian Carlos Anez Martinez
Diego Artunduaga Cabrera
Edgar Hugo Fernández Ríos
Peter Mario Méndez

Brazil:

Adilson Costa Rodríguez
Aline Biral Zanon
Álvaro Antônio Bandeira Ferraz
Ariel Gustavo Scafuri
Carlos Roberto Naegeli Gondim
Daltro Lemos da Rosa
Daniel Santos Costa
Danielle Menezes Cesconetto
Eduardo Kenzo Mory
Fabio Stiven Leonetti
Fernando Athayde Veloso Madureira

Gerson Schlobach De Freitas, Jr.
Heladio Feitosa Filho
José Antonio Assunção Martins
Klaus Steinbrück
Leandro Teixeira Basto
Luiz Carlos Von Bahten
Marcelo Moura Linhares
Martin Andreas Geiger
Matheus Armando Buzzo
Maxley Martins Alves
Murillo de Lima Favaro
Paulo Oliveira Silveira
Ramiro Colleoni
Raphael Tadeu Gonsalves Lopes
Renato Ribeiro de Araujo Pereira
Ricardo Naegele Staffa
Ricardo Vitor Silva de Almeida
Rodrigo Vaz Ferreira

Chile:

Andrés Navarrete Molina
Ciro Bustos
Cristian Cavalla
Gabriel Cassorla
Julian Amundaray
Manuel Figueroa Giralt
Ricardo A. Olguín Leiva
Sebastian Feuerhake Larrain

Colombia:

Andrés Ricardo Falla
Carlos Alberto Sánchez
David Mauricio Duarte Barrera
Fenarue Ernesto Fajardo

Gabriel Eduardo Herrera Almario
Gabriel J. Echeverri
Gustavo Adolfo Aguirre Bermúdez
Jose Joaquín Ortiz Vanegas
Marcela Lucia Tascón

Costa Rica:

Gustavo Adolfo Jiménez Ramírez
Jorge Eduardo Esmeral

República Dominicana:

Ángel Miguel Genao
Gilberto Tejada
Pedro Luis Trinidad
Ramlig Miguel Pichardo Rodríguez

Ecuador:

Carlos Julio López Ayala
Leticia Guadalupe Sánchez Rivera
Mónica Elizabeth Orejuela Puente
Omar Santiago Chungata Peláez
Pilar Elena León
Rocío del Carmen Quisiguina Aldaz

El Salvador:

Isaad Bonilla

México:

Alfonso Ricardo Bandin Musa
Ana Lorena Noriega-Salas
Argenis Jose Mayorga
Arturo Valdés Álvarez
Carlos Martínez-Arroyo
Cesar Gomezperalta Casali
David Alejandro Corona Barrera
Edgar Torres López
Eduardo Navarro Lara
Elena López Gavito
Enrique de los Santos
Eric Ivan Barragán Veloz
Estefanía Judith Villalobos Rubalcava
Francisco Javier Placencia Posada
Francisco Xavier Trevino Garza
Gerardo Castorena Roji
Gerardo López Guerra
Gustavo Roberto Tsutsumi Hara
Héctor Nava Leyva
Jesús R Bifano

Jonas Dietmar Steinemann
Hernández
Jorge Gregorio Gómez Mariaca
Jorge Reyes Mendiola
Jose Ángel López Arroyo
Juan Alfonso Quiroz
Juan Pedro Fernández Robles
Lucia Sagui de la Fuente
Luis Fernando Leal Hernández
Luis Jorge Fernández López
Miguel Ángel Sánchez Duran
Norberto J Sánchez
Oscar Isaac Hernandez Palmas
Raúl Barragan Parrao

Víctor Hugo Hernández Lozada
Víctor López Valerio

Nicaragua:

Mauricio José Mendieta

Panamá:

Gerardo Constantino Domínguez
Vega
Iam Marin

Paraguay:

Helmut Alfredo Segovia Lohse
Hugo Antero Ojeda
Jorge Manuel Alfonso
José María Martínez
Luis Aníbal Da Silva Medina
Miguel Martin Chenu
Osmar Manuel Cuenca

Perú:

Cesar Ramon Razuri Bustamante
Edgar Montoya Mogrovejo
Francisco Fujii Nagashima
Héctor Alberto Medrano
Jorge Antonio Kohatsu Yshida
María Antonieta Caceres Bedoya
Miguel David Flores Mena
Othoniel Abelardo Burgos Chávez
Ricks Hardy Mostacero
Rosa Quispe

Uruguay:

Machado Rodríguez

Reconocimiento Dr Natan Zundel



El Pasado 14 de noviembre en el Hotel Omni de Nashville , TN la Fundación de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica en reunión de gala le entregó al Dr. Natan Zundel, Director ejecutivo de la Federación Latinoamericana de Cirugía FELAC el reconocimiento a las innovaciones quirúrgicas. Este reconocimiento es otorgado por el trabajo ejemplar y el acompañamiento y dedicación a los avances en el campo de la cirugía bariátrica y metabólica. Fue entregado por el Dr. Rami E Lutfi Presidente de la mencionada Fundación.

Simposios Federación Latinoamericana de Cirugía FELAC en los Congresos Nacionales de las Filiales

1. **XLII Congreso Internacional de Cirugía General de la Asociación Mexicana de Cirugía General 7 al 12 de Octubre, 2018**

Conceptos actuales en el manejo de los defectos de la pared anterior del abdomen.

Coordinadores Titulares: Dr. Natan Zundel / Dr. José Humberto Vázquez Sanders

Sede: Expo Guadalajara, Salón: Jalisco E4

- | | |
|-------------|--|
| 13:30-13:45 | Herniorrafía o Hernioplastía
Dr. Juan Carlos Mayagoitia González |
| 13:45-14:00 | Resultados actuales de las plastías inguinales con técnicas abiertas vs laparoscópicas
Dr. Federico L. Gattorno |
| 14:00-14:15 | ¿Se justifica utilizar mallas en la plastía umbilical?
Dr. Samuel Kleinfinger Marcuschamer |
| 14:15-14:30 | Cirugía de la pared abdominal en el paciente con obesidad mórbida: ¿Qué hacer antes, durante y después de cirugía bariátrica?
Dr. Edward L. Felix |
| 14:30-14:45 | ¿En qué casos realizar una TAPP o TEPP en un paciente con hernia inguinal?
Dr. Roberto Bernal Gómez |
| 14:45-15:00 | Seguridad con el uso de imanes para la reparación con Técnica laparoscópica de las hernias
Dr. Guillermo Domínguez |
| 15:00-15:15 | ¿Son realmente libres de adherencias las mallas de doble vista en la reparación de la hernia ventral?
Dr. Alejandro Mondragón Sánchez |
| 15:15-15:30 | Preguntas y respuestas |



2. 69 Congreso uruguayo de Cirugía, 27 al 29 de noviembre de 2018

"ESTRATEGIAS ACTUALES PARA UNA COLECISTECTOMIA SEGURA"

Coordinador: Dr. Gustavo Rodríguez

Introducción

Prof. Dr. Gustavo Rodríguez Temesio

Visión crítica de seguridad. Aplicación práctica y resultados.

Asistente Dr. Gabriel Masafarro

¿Colangiografía sistemática o selectiva?

Prof. Gustavo Rodríguez Temesio

Variaciones anatómicas de riesgo en la colecistectomía. Hallazgos en 200 colangiografías sistemáticas.

Prof. Adj. Dr. Mauricio Pontillo

Criterios de conversión. Ha cambiado algo en 2018?

Prof. Agdo. Dr Eduardo Olivera Pertusso

3. 89° Congreso Argentino de Cirugía 10 al 12 de diciembre, 2018 Hotel Sheraton Buenos Aires

Nuevas tecnologías en cirugía

Moderador: Dr. Felipe E. Fiolo (Mar del Plata – Buenos Aires)

Secretario: Dr. Miguel E. Galo (Monterrico – Jujuy)

Disertantes:

¿Qué hay de nuevo en cirugía de colon y recto?

Dr. Gustavo Plasencia (USA)

Nuevos avances en bariátrica y metabólica

Dr. Felipe E. Fiolo (Mar del Plata – Buenos Aires)

Estado actual del bypass de una anastomosis: mitos y realidades

Dr. Miguel A. Carbajo Caballero (España)

Nuevas intervenciones en reflujo gastroesofágico
Dr. Italo Braghetto (Chile)

Futuras direcciones de la cirugía robótica
Dr. Juan D. Hernández (Colombia)



5. Próximos Eventos:

USA

DDSI Week 2019

18th Annual

Surgery of the Foregut Symposium

Febrero 16 al 20, 2019

www.cfcme.org/DDSI-Week

Fort Lauderdale, Florida

PERU

XVI Congreso Internacional de Cirugía General/ Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

26 al 29 de Marzo del 2019 Lima – Perú

www.scgp.org

BRASIL

XXXIII Congreso Brasileiro de Cirurgia / Colegio Brasileiro de Cirujanos

01 al 04 de Mayo del 2019

Brasilia – Brasil

www.cbc.org.br

MEXICO

IX Congreso Internacional de Cirugía del Aparato Digestivo

Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo

31 de Julio al 3 de Agosto de 2019

COLOMBIA

45° Congreso Nacional de Cirugía

20 al 23 de agosto de 2019

Centro de Convenciones Ágora

Bogotá

www.ascolcirugia.org

USA

105rd Annual Clinical Congress / American College of Surgeons

27 al 31 de Octubre del 2019

San Francisco – USA

www.facs.org

URUGUAY

XXIII Congreso Latinoamericano de Cirugía FELAC 2019

70° Congreso Uruguayo de Cirugía

3 al 5 de diciembre de 2019

Punta del Este. Uruguay

URUGUAY

XXIII Congreso Latinoamericano de Cirugía FELAC 2019
3 al 5 de diciembre de 2019
Punta del Este. Uruguay



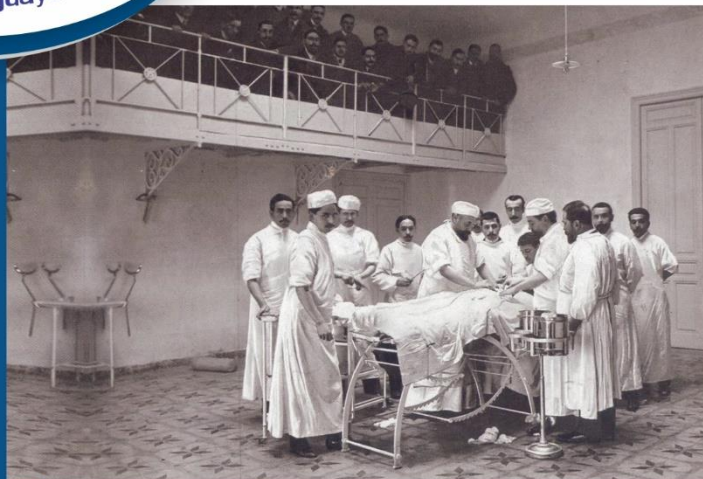
3 al 5
Diciembre
2019

CONVENTION & EXHIBITION CENTER
Punta del Este - Uruguay

27^º Congreso
IBEROAMERICANO
de Cirugía Torácica

1^{er} Congreso
LATINOAMERICANO
de Cáncer Colonrectal

1^{er} Encuentro
LATINOAMERICANO
de Cápsula Endoscópica



Organizan



100 años
de la Sociedad de
Cirugía del Uruguay.

Sociedad de Cirugía del Uruguay
secretaria@suc.org.uy



Asociación Iberoamericana de Cirugía Torácica



Federación Latinoamericana Cirugía. Felac.
felacred@gmail.com



www.scu.org.uy
secretaria@suc.org.uy



GRUPO ELIS
MEETINGS MANAGEMENT

Secretaría
cirugia2019@grupoelis.com.uy

Datos de contacto

Me permito informarles datos importantes de la Sede de la FELAC en Bogotá, Colombia:

Dirección: Calle 100 # 14 - 63 oficina 502

Teléfonos: 57 1 2574560 - 2574501

Correo: felacred@gmail.com

Web: www.felacred.com

Rogamos el favor a las Filiales de la FELAC actualizar el vínculo en su página web porque aún tienen el del portal pasado

www.felacred.com

La Federación Latinoamericana de Cirugía les desea a todos sus asociados que en unión de sus familias tengan unas felices fiestas y que el 2019 sea un año plétórico de felicidad, salud y bienestar personal.

