



**Publicación  
Oficial  
de la  
Sociedad  
Argentina de  
Coloproctología**

Volumen 19  
Número 2  
Junio 2008

Indice

## Revista Argentina de Coloproctología

### MONOGRAFÍA

**RESECCIÓN LOCAL DEL CÁNCER DE RECTO. RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN TUMORES T2** 55  
*Ariel R. Eremeeff*

**DISCURSO PRESIDENTE SALIENTE DE LA SACP** 74  
*Vicente Dezanzo*

**DISCURSO PRESIDENTE ENTRANTE DE LA SACP** 75  
*Angel M. Minetti*

### COMUNICACIONES

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PERITONITIS PURULENTA GENERALIZADA DE ORIGEN DIVERTICULAR** 79  
*Mauricio A. Fantozzi, Luis E. Pedro, Pablo A. Vecchio, Julio L. Lococo, Vicente Dezanzo*

**CIRUGÍA COLÓNICA ELECTIVA SIN PREPARACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO PRELIMINAR Y CASUÍSTICA PERSONAL** 89  
*Juan C. Patrón Uriburu*

### TRABAJOS ORIGINALES

**MORBILIDAD DE LAS ILEOSTOMÍAS TEMPORARIAS** 97  
*María L. Aued, Maximiliano E. Bun, Esteban Grzona, Nicolás Goldaracena, Nicolás A. Rotholtz*

**HPV PERIANAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS. ANOSCOPIA MAGNIFICADA Y DETERMINACIÓN DE SEROTIPOS POR BIOLOGÍA MOLECULAR** 103  
*Miguel C. Montero (h), Soledad I. Roldán, Carlos Pereyra, Ernesto Faraoni, Pablo G. Scapellato, Edgardo G. Bottaro, Gabriela Vidal, Adrián Muto, Marta Santana*

**ANÁLISIS DE 474 VIDEOCOLONOSCOPIAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL** 112  
*Gerardo M. Rodríguez, José I. González*

### COMUNICACIÓN DE CASOS

**CARCINOMA TRIQUILEMMAL GIGANTE PERINEAL** 117  
*Román N. Seva, Silvia Vornetti, Saverio Lembo*

### AUTOEVALUACIÓN

*Mariano Laporte*

**PREGUNTAS** 120  
**RESPUESTAS** 121

**RESÚMENES SELECCIONADOS** 123  
*Laura Svidler López*

**PÁGINAS DE HISTORIA** 126  
*Jorge A. Rodríguez Martín*



**Publicación  
Oficial  
de la  
Sociedad  
Argentina de  
Coloproctología**

Volume 19  
Number 2  
June 2008

# C o n t e n t s

## MONOGRAPH

- LOCAL EXCISION OF RECTAL CANCER. ONCOLOGICAL RESULTS IN T2 TUMORS** 55  
*Ariel R. Eremeeff*

- PRESIDENTIAL ADDRESS: PAST PRESIDENT OF THE ARGENTINE SOCIETY OF COLOPROCTOLOGY** 74  
*Vicente Dezanzo*

- PRESIDENTIAL ADDRESS: PRESIDENT OF THE ARGENTINE SOCIETY OF COLOPROCTOLOGY** 75  
*Angel M. Minetti*

## COMMUNICATIONS

- SURGICAL TREATMENT OF DIFFUSE PURULENT PERITONITIS CAUSED BY ACUTE DIVERTICULITIS** 79  
*Mauricio A. Fantozzi, Luis E. Pedro, Pablo A. Vecchio, Julio L. Lococo, Vicente Dezanzo*

- ELECTIVE COLON SURGERY WITHOUT MECHANICAL BOWEL PREPARATION. A PRELIMINARY STUDY AND PERSONAL SERIE** 89  
*Juan C. Patrón Uriburu*

## ORIGINAL ARTICLES

- MORBIDITY OF TEMPORARY ILEOSTOMIES** 97  
*María L. Aued, Maximiliano E. Bun, Esteban Grzona, Nicolás Goldaracena, Nicolás A. Rotholtz*

- PERIANAL HPV IN HIV PATIENTS. HIGH RESOLUTION ANOSCOPY AND VIRUS TYPE DETERMINATION BY MOLECULAR BIOLOGY** 103  
*Miguel C. Montero (h), Soledad I. Roldán, Carlos Pereyra, Ernesto Faraoni, Pablo G. Scapellato, Edgardo G. Bottaro, Gabriela Vidal, Adrián Muto, Marta Santana*

- ANALYSIS OF 474 COLONOSCOPIES PERFORMED IN A GENERAL SURGERY SERVICE** 112  
*Gerardo M. Rodríguez, José I. González*

## CASE REPORTS

- GIANT PERINEAL TRICHILEMMAL CARCINOMA** 117  
*Román N. Seva, Silvia Vornetti, Saverio Lembo*

## SELF-ASSESSMENT

*Mariano Laporte*

- QUESTIONS** 120  
**ANSWERS** 121

- SELECTED ABSTRACTS** 123  
*Laura Svidler López*

- HISTORY PAGES** 126  
*Jorge A. Rodríguez Martín*



## MONOGRAFÍA

# Resección local del cáncer de recto. Resultados oncológicos en tumores T2

Dr.: Ariel R. Eremeeff.

*Servicio de Cirugía General, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina.*

### RESUMEN

**Objetivo:** Realizar una revisión de las alternativas en tratamiento local del cáncer de recto, como así también los resultados oncológicos a corto y largo plazo en los tumores T2. **Material y Método:** Revisión de la literatura de los últimos años sobre los resultados oncológicos de las distintas modalidades terapéuticas, tanto en series nacionales, como internacionales. **Resultados:** Una correcta evaluación preoperatoria de los pacientes con tumores de recto para tratamiento local es uno de los principales requisitos para este tipo de cirugía. Ya sea por medio de la ultrasonografía endorrectal y/o con RNM, se puede determinar con una alta tasa de exactitud el grado de penetración parietal, uno de los factores predictivos más importantes para determinar la posibilidad de recidiva local. Está bien documentado que lesiones T1 con hallazgos histológicos favorables pueden ser tratados con resección local sola, con aceptables resultados oncológicos. Sin embargo aquellos con criterios desfavorables (T1 sm3, lesiones T2, invasión linfovascular, etc.) requieren una cirugía radical o la adición de algún tipo de terapia adyuvante para intentar igualar los resultados oncológicos observados en el primer grupo. En este último grupo es de fundamental importancia realizar un seguimiento estricto a fin de detectar en la forma más temprana posible, algún tipo de recidiva; implementando así, una cirugía de rescate que ofrezca adecuados resultados oncológicos. **Conclusiones:** La resección local para el cáncer de recto está asociada con baja morbilidad y provee un buen control local y buenos índices de supervivencia libre de enfermedad para tumores T1. Sin embargo, se necesitan más estudios randomizados y controlados para tumores T2 comparando la resección local con quimiorradioterapia adyuvante, con respecto a la resección radical.

**Palabras clave:** Cáncer de Recto. Terapia local. Resección transanal. Terapia neoadyuvante. Terapia adyuvante.

### SUMMARY

**Objective:** Undertake a review of alternatives in local treatment of rectal cancer as well as the oncological results in

the short and long term T2 tumors. **Material and Methods:** Review of literature in recent years on the results of various cancer therapeutic modalities, both series in national and international. **Results:** Correct preoperative evaluation of patients with tumors of the rectum for local treatment is a major requirement for this type of surgery. Whether through the endorectal ultrasonography and/or MRI, can be determined with a high rate of accuracy the degree of penetration parietal, one of the most important predictors to determine the possibility of local recurrence. It is well documented that for T1 lesions with favorable histologic findings can be treated with the local resection alone, with acceptable oncologic results. However those with unfavorable criteria (T1 sm3, T2 lesions, linfovascular invasion, etc.) require radical surgery or adding some form of adjuvant therapy to try to equalize the results cancer observed in the first group. In the latter group is of fundamental importance to track strict in order to detect as early as possible, some sort of relapse; implemented well, a rescue surgery offering adequate oncological results. **Conclusions:** Local excision for rectal cancers is associated with a low morbidity and provides satisfactory local control and disease free survival rate for T1 rectal cancers. There is, however, a need for randomized, controlled trials for T2 cancers, comparing local excision with adjuvant chemoradiotherapy to radical resection.

**Key words:** Rectal cancer. Local therapy. Transanal excision. Neoadjuvant therapy. Adjuvant therapy.

Premio a la mejor monografía del 26° Curso Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología. Año 2007.

**Correspondencia:** Dr. Ariel R. Eremeeff. Cabello 3325, 5° "C". Buenos Aires. CP 1425.

E-mail: aereameff@ciudad.com.ar



## DISCURSOS

### Discurso del Presidente saliente de la Sociedad Argentina de Coloproctología

Dr. Vicente Dezanzo, MSACP.

*Servicio de Proctología, Complejo Médico de la Policía Federal Argentina, Hospital Churruca-Visca, Buenos Aires, Argentina.*

En la fecha finaliza el mandato que me han otorgado mis pares para conducir los destinos de nuestra Institución. Esta designación ha sido un honor que he valorado profundamente.

Lo realizado durante este periodo será indudablemente analizado y juzgado por las generaciones futuras.

Assumo personalmente la total responsabilidad sobre los actos y decisiones tomadas durante este mandato.

Mi reconocimiento a los Miembros de la Comisión Directiva que me acompañaron durante esta gestión.

Una especial mención a los miembros de Comisión Directiva del interior: Doctores Fernando Serra y Néstor Marchetti por el enorme esfuerzo que significó su traslado y su asistencia a cada reunión.

Otra mención especial a los responsables del área Revista, a su editora Dra. Rita Pastore y al Gerente Administrativo Dr. Jorge Latif por el fiel cumplimiento de las metas trazadas en el momento de asumir este cargo.

Mi profundo agradecimiento a los ex Presidentes Dres. Alfonso M. Fraise y Jorge Font Saravia por su permanente compañía, su respaldo y sus consejos en los momentos más difíciles de la gestión.

Un último y profundo reconocimiento a la persona del Dr. Luis E. Pedro no solo por su brillante tarea al frente de la tesorería sino, por sobre todo por su fidelidad y lealtad, por la claridad en la defensa de sus convicciones y principalmente por el respeto sublime a la palabra empeñada.

Mis últimas palabras van dirigidas a los muchos jóvenes coloproctólogos de la capital y del interior que se han visto estimulados a formar parte de la Sociedad en los últimos tiempos. De ustedes es el futuro de la Sociedad Argentina de Coloproctología, manténgase unidos, libres, sin ataduras en la defensa de los intereses de la especialidad, trabajando a su vez en las Sociedades del Interior, a las que han

contribuido a crear. Asuman tareas de conducción que permitan llevar a nuestra Sociedad al sitio que merece, sin anteponer intereses personales a los institucionales y luchen todos juntos para conseguir con su esfuerzo una entidad que los represente, que los contenga, los proteja y de la cual se sientan orgullosos.

Vuelvo al llano, con la satisfacción del deber cumplido no sin antes agradecer a mi madre, a mi mujer, a mis hijos y a mis nietos todo el cariño y el apoyo que de ellos he recibido en estos años. Voy a saldar la cuenta del tiempo que no los he disfrutado.

Muchas gracias.



Pronunciado en la primera Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Coloproctología, 11 de Abril de 2008.



## DISCURSOS

### Discurso del Presidente entrante de la Sociedad Argentina de Coloproctología

Dr. Angel M. Minetti, MAAC, MSACP.

*Unidad de Coloproctología, Hospital Interzonal de Agudos de Lanús, Buenos Aires, Argentina.*

Autoridades, Sres. Ex Presidentes, Socios, Colegas, Señoras y Señores:

Es para mí un honor presidir durante los dos próximos años la Sociedad Argentina de Coloproctología. La satisfacción que experimento, se oscurece rápidamente cuando reflexiono y pienso en la tarea que significa el compromiso asumido.

Hoy me toca recibir una de las más grandes distinciones a la que un cirujano pueda aspirar y acepto con profunda gratitud esta designación. Habrá de disculparseme, si se interpretase de vanidad el sano orgullo que percibo en este momento; pero resulta claro, que para alguien que ha desarrollado gran parte del ejercicio profesional fuera de los grandes centros académicos de nuestro medio, ocupar esta Presidencia es una de las etapas más trascendentes que pudiera haber imaginado.

La historia no comienza con nosotros, no somos árboles sin raíces. La delicada labor que nos aguarda resultará más simple si tomamos el ejemplo de quienes nos precedieron. Ellos supieron dar lo mejor de sí, para llevar el prestigio de la institución a los altos niveles que ocupa hoy dentro de las sociedades científicas de nuestro medio. El mayor tributo y admiración hacia ellos, será la sabiduría que habremos de tener para permitir construir los espejos, donde algún día de searemos vernos reflejados.

El resultado de llegar a este cargo no ha sido sólo por mérito propio sino que además han contribuido; por un lado la generosidad de todos ustedes, al saber que entre nuestros socios existe una pléyade que podría ocupar este sitio con gran jerarquía; y por el otro, es producto de todos los educadores que de una u otra manera han influido en mi formación y a quienes tanto debo.

Se dice que "la gratitud es la memoria del corazón", permítaseme entonces aprovechar esta oportunidad, quizás única para mí, para evocar a todos quienes con su ejemplo, conocimiento, amistad y desinterés dieron mucho de sí para favorecer mi formación humana y profesional.

A mis padres, Raffaele y María Luisa Teta, modestos inmigrantes que con gran sabiduría supieron forjar con su ejemplo el sentido de la ética, la alegría por el trabajo y el amor a Dios.

Mi más profundo agradecimiento a todos los integrantes del Servicio de Cirugía de la Sala XV de nuestro querido Hospital Rawson, donde tuve el privilegio de desarrollar mi resi-

dencia. Un especial recuerdo a nuestro estimado jefe, el Profesor Helios G. Gugliotella. Mi particular reconocimiento a Santiago Perera y Claudio Barredo, maestros y referentes morales, quienes con su capacidad para estimular a los discípulos fueron los que más influyeron en el desarrollo de mi carrera; como médico, cirujano y especialista.

El cierre del Hospital Guillermo Rawson en 1979; símbolo incuestionable de la barbarie social reinante en la Argentina de aquellos tiempos, llevó a quienes fuimos jóvenes testigos de los hechos, a ser directamente afectados en nuestra etapa de formación y por ende a pasar los momentos más difíciles de nuestra carrera. El desamparo y soledad en la que nos vimos envueltos en ese momento, se encontró atenuado por el permanente estímulo que recibimos de quienes pertenecieron a esta prestigiosa Escuela Quirúrgica; a todos ellos, que ayudaron a alimentar nuestros sueños; mi reconocimiento, admiración y estima. En particular a dos ex presidentes de nuestra Sociedad, Jorge Rodríguez Martín y Arturo Heidenreich.

A los colegas del Hospital Interzonal de Agudos de Lanús que me han honrado con su amistad durante todos estos años, en especial a la Unidad de Coloproctología.

Por último a mis ex residentes, amigos y actuales socios de la actividad extrahospitalaria, Carlos Repetto, Rodolfo Zannoli y Daniel Alfonso; quienes con su amistad, cordialidad y desinterés me acompañan desde hace 30 años.

Agradezco la circunstancia de poder compartir este momento con mi esposa Cristina Laura Peralta, y nuestros hijos;



Pronunciado en la primera Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Coloproctología, 11 de Abril de 2008.

Nahuel Matías, María Laura y Nicolás Rafael, quienes son fuente de fortaleza y permanente estímulo para mi vida.

La vida de quienes ya no están debe permanecer en la memoria de los vivos, es entonces oportuno conmemorar a todos los maestros desaparecidos. Ellos con su ejemplo, nos legaron los instrumentos más eficaces, para poner el justo equilibrio en las decisiones difíciles que se puedan presentar, en el largo camino que nos toca recorrer a partir de hoy. Sería extenso evocar a todos; sin embargo, cada uno de ellos ha dejado en nosotros las herramientas necesarias, para continuar con la misión de trabajar por el progreso continuo de la ciencia y el arte de la Coloproctología.

Recibo la Presidencia de la Sociedad Argentina de Coloproctología de manos del Dr. Vicente Desanzo, quien con incuestionable capacidad, sabiduría y calidez, la condujo durante el último periodo implementándole metas claras, algunas cumplidas con todo éxito y otras que nos deja a toda marcha. Es necesario destacar especialmente entre sus numerosos logros, la obtención del tan postergado reconocimiento de la Especialidad en Coloproctología por parte del Ministerio de Salud Pública de la Nación; las reformas edilicias de nuestra sede y la motorización de las Relaciones Institucionales, especialmente con la Academia Nacional de Medicina en lo referente a la Certificación y Recertificación y con la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación de Postgrado en la República Argentina (ACAP), en la reglamentación y regularización de las Residencias de post grado en la Especialidad.

Esta Institución fue fundada el 4 de septiembre de 1942 y sus pioneros tuvieron en aquel genio creador una visión clara de los principios y valores necesarios, para proyectar un medio que permitiera a los coloproctólogos, expresar el pensamiento del quehacer de la especialidad en la República Argentina. En este andamiaje dejaron la confianza que le dieron a las futuras generaciones, para llevarlas a la función rectora que hoy sustenta. Es obligación de quienes hoy asumimos la conducción institucional, la de mantener el prestigio adquirido y elevarlo permanentemente.

En estos 65 años de vida, la Sociedad Argentina de Coloproctología ha sido gestora de la mayor parte del patrimonio académico y científico de la especialidad en nuestro medio. Fiel a sus principios, ha estimulado la creación y desarrollo de otras Sociedades del interior de nuestro país. Esta actitud se ha visto reflejada desde hace años en el trabajo desarrollado en conjunto con la Asociación de Coloproctología de Rosario, la Sociedad de Coloproctología de Córdoba y más recientemente con la Asociación de Coloproctología del Sur, con sede en Bahía Blanca. Hoy les damos la bienvenida a otras más jóvenes y entusiastas, como la Sociedad de Coloproctología del Nordeste, Sociedad de Coloproctología de Salta y Asociación Tucumana de Coloproctología. Resulta promisorio su participación y esta pasión que siempre se encuentra presente en todo nuevo emprendimiento debe ser mantenida y estimulada. Estas Sociedades serán la representación fiel y cabal de la especialidad a lo largo y ancho del país. El fortalecimiento de nuestras relaciones, no estará basado en una descentralización descontrolada ó en una centralización arbitraria; sino por el contrario, proclamamos que este federalismo se enriquezca sobre bases firmes, para desarrollar actividades cuyas metas serán las de delinear intereses comunes, que permitan desplegar valiosos proyectos y aporten a nuestros asociados no sólo el alto nivel académico que demandan, sino también todos aquellos relacionados con el quehacer del ejercicio profesional.

Es necesario destacar que buena parte del período lectivo de la Sociedad, se centra en la actividad académica. El éxito de las mismas no depende de quien las dirige solamente, sino también y en igual medida de la labor de todos los socios.

A los estrados de las diversas actividades concurren los profesionales más destacados de la Sociedad y con sus comunicaciones, conferencias y presentaciones elevan y jerarquizan el alto nivel ya alcanzado a lo largo de todo este tiempo. Por su intermedio, se obtiene el material necesario para la Revista Argentina de Coloproctología, que será distribuida por todo el país a toda la comunidad coloproctológica y contribuirá así a la educación continua de postgrado.

Con el sano fin del estímulo, invitamos a todos los Socios y profesionales afines a la especialidad, a concurrir a las reuniones científicas del segundo viernes de cada mes; ya que con la participación en las discusiones, contribuirán a mantener y elevar el acreditado nivel conseguido a lo largo de todos estos años. Estos cónclaves deben ser cátedra para los cirujanos experimentados y escuela fértil para los más jóvenes.

Vivimos una época de permanente cambio; en los actuales ambientes de globalización y competencia, las organizaciones están siendo presionadas a generar modificaciones trascendentes en sus misiones, estructuras y procesos. Si bien es cierto que muchos de esos cambios les han permitido responder a los desafíos del nuevo entorno, abundan los ejemplos con resultados decepcionantes de la cultura y el potencial competitivo de dichas organizaciones. La interrelación estratégica con aquellas estructuras con las que mantenemos intereses comunes, nos permitirá optimizar resultados mediante una mejor utilización de recursos humanos y económicos, manteniendo incólumes nuestros principios, identidad e independencia.

Como Sociedad, hemos desempeñado durante todo este tiempo una actividad fundamentalmente científico-académica de excelencia y por cierto debe ser mantenida y fortalecida permanentemente. Las dificultades actuales en el ejercicio de nuestra profesión y en particular de la especialidad; la realidad de una medicina universalmente gerenciada que nos somete a duras pruebas; nos lleva a no seguir siendo meros testigos, sino a la necesidad de involucrarnos prudentemente en otras cuestiones como las gremiales, laborales y jurídicas; prestando un incondicional apoyo solidario a nuestros socios y a las sociedades afines que lo soliciten.

La Sociedad Argentina de Coloproctología ha entendido que las necesidades inmediatas de nuestro ejercicio profesional, se centran en puntos inicialmente gestados en el período anterior y en los cuales será necesario continuar: La certificación y recertificación, la educación de postgrado de la especialidad mediante las residencias de segundo nivel, y la relación con los entes que rigen la justicia.

El profesionalismo es un tema específicamente importante hoy en momentos en que la profesión es puesta en tela de juicio, desde sus más tradicionales funciones y valores culturales; fácilmente es palpable el crítico equilibrio entre la tensión del servicio y la recompensa.

Hoy aún es necesario recalcar la importancia que tiene la búsqueda permanente de perfeccionar procedimientos que sean dirigidos a garantizar a la población, la capacidad y las condiciones de quienes habrán de tratarlos. La herramienta más adecuada en estos tiempos de globalización, es sin lugar a duda la necesidad de la universalización Nacional del Título de Especialista, su Certificación y Recertificación.

Pareciera ser que poco a poco las instituciones científicas, los médicos y la sociedad, comienzan a tomar conciencia que estos instrumentos tienen como objetivo una garantía de calidad para el bien de los enfermos y la salud pública. Pero todo ello no alcanza si no es transmitido para generar la concientización de las autoridades y en especial la de los pagadores de salud.

La certificación y recertificación debe ser voluntaria y ejercida por los pares; debe estar ligada a los principios aceptados internacionalmente y es aconsejable que sea refrendada por organismos independientes y no relacionados con cuotas societarias. Nuestra Sociedad, firme a estos principios ha realizado convenios con el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos auspiciado por la Academia Nacional de Medicina y el Ministerio de Salud de la Nación.

Por cierto, el último fin de este proceso debe ser el de ofrecer a la comunidad una medicina con garantías de eficacia y excelencia; y ello no puede lograrse solamente por los caminos de la burocracia, el dirigismo o los controles externos de la profesión.

Hoy resulta inexcusable no reconocer que los avances tecnológicos, asociados a la mayor complejidad de la patología que enfrenta el cirujano, y el aumento de la demanda quirúrgica de las grandes urbes, han llevado al desarrollo de nuevas especialidades. En este ámbito; ellas desarrollan normas, fijan estándares y promueven la investigación.

En contraposición, es necesario ser prudente y considerar otras variables como el de las patologías prevalentes y la distribución de la población del país. En nuestro medio; un gran territorio poco poblado, es necesario desarrollar en los cirujanos habilidades propias en las patologías prevalentes, y dejar las poco frecuentes para centros con alta complejidad.

Hoy se desconoce el número y distribución de especialistas en coloproctología aconsejable en nuestro país, para garantizar a la población una atención adecuada y de excelencia. La falta de interés por parte de las autoridades en esta materia es preocupante. De alguna manera se deberán reformular viejos fines, establecer prioridades y desarrollar nuevas fórmulas que puedan aclarar estos interrogantes, con el fin de no cometer los graves errores que nos han llevado a las consecuencias actuales; casi letales, en el ejercicio de nuestra profesión.

No hay dudas que la mejor herramienta para la formación del especialista debe estar basada en el sistema de residencias; sin embargo, el largo tiempo que demanda la formación de pregrado, y luego la especialidad para llegar al postgrado, parece ser muy prolongado y poco remunerativo. Este puede ser el principal factor para desestimar en un futuro inmediato la elección de la medicina y la especialidad por parte de los jóvenes. Año a año los aspirantes a médicos bajan en 20% en el mundo, una vez más el mercado trata de equilibrar lo que el hombre no ha podido hacer.

En los últimos tiempos el énfasis colocado en las consideraciones acerca del estilo de vida, es puesto en tela de juicio en la formación full-time del entrenamiento quirúrgico. El aspirante no es ajeno que dicha actividad implica ser un "supermédico", para llegar a una meta llena de incertidumbre laboral y económica.

Dignificar el trabajo del residente, adecuarlo a las actuales leyes laborales vigentes, y garantizar como meta final, una salida laboral con sólida formación que permita desarrollar con verdadero profesionalismo las necesidades que una sociedad madura demanda, es tarea pendiente para quienes son responsables de la conducción de estos procesos.

Simultáneamente se hace necesario reformular la actividad educativa actual, tanto en el ámbito público como privado. La educación ha sufrido las consecuencias de políticas erráticas, con falta o mala inversión y abandono de recursos humanos e infraestructura valiosos e irremplazables.

El desinterés, incapacidad ó conveniencia circunstancial de algunos, han sido entre otras cosas, el motivo por el cual se ha llegado al deterioro y a la actual crisis de la educación pública en general y la del médico en particular; sin entender que ahí mismo se encuentra la principal cantera de provisión del producto médico que ha de atender a la población bajo sus responsabilidades.

El deterioro de la enseñanza del post grado ha llegado a un nivel de degradación altamente preocupante; algunas de sus causas hay que buscarlas en la falta de control y fiscalización por parte de las organizaciones gubernamentales, gremiales y académicas. La voracidad de una medicina con el solo objetivo de una visión de resultados económicos en un medio consumista y competitivo, han llevado a desvirtuar el rol de muchas residencias actuales tanto del ámbito privado como público, generando graves consecuencias como las de mano de obra mal paga, atención cada vez mas impersonal; tiempo y calidad de trabajo, esclavizante y deshumanizante.

Hoy no alcanza con enseñar en lo técnico, es necesario destacar la necesidad de impartir no solo conocimientos teóricos sino fundamentalmente actitudes. Para ello los líderes deben tener cualidades de gran valor ético, que constituyan modelos de conductas para los residentes y médicos en formación; sólo así se puede obtener un justo equilibrio entre la tensión que implica el servicio y la justa recompensa percibida.

A diferencia de lo que vulgarmente se proclama hoy, la mayor parte de los grandes centros hospitalarios del país cuentan con suficientes recursos tecnológicos para la formación de especialistas. Los malos resultados hay que buscarlos en la politización de las Carreras Hospitalarias y de Servicios Complementarios que responden a intereses mezquinos y de amiguismo político o sindical, a la injusta distribución de las retribuciones y a la falta de líderes con formación docente adecuada.

Actualmente el ejercicio de la especialidad, obliga al cirujano a una dispersión de esfuerzos mal retribuidos y le es difícil llevar una actividad científica intensa con posibilidad de desarrollar la vocación natural de enseñar y aprender.

Poco a poco se ha ido perdiendo el estigma de las Escuelas quirúrgicas y los líderes para manejarlas, llegando a una frecuente improvisación en materia de conducción de las residencias de post grado. La falta de incentivación para la formación docente y académica, ha desmoralizado a quienes tienen todo el derecho y aspiración a hacer una carrera honorable y exitosa como profesionales en la Salud Pública.

Es urgente retomar y perfeccionar los procesos que permitan acreditar con toda legitimidad la función pública en salud; que sirva de sano estímulo a mejorar, progresar y afianzar el deseo de superación de los postulantes.

Estimular la capacitación de los médicos con vocación docente permitirá obtener una mayor jerarquización; simultáneamente facilitará el progreso profesional, elevando la dignidad y autoestima. Su justa y honorable retribución deberá estar dada por un lado en el aspecto económico y por el otro, afianzando el valor de la acreditación docente en las leyes de Concursos de Carrera hospitalaria. Para ello, es necesario generar una concientización de las Autoridades Universitarias, Sociedades Científicas, Gremiales, de Colegiación y

Gubernamentales; sean estas nacionales, provinciales o municipales que tienen bajo su órbita la responsabilidad de la formación de médicos postgrado, para convocarlas a sumar todos los esfuerzos necesarios hacia el objetivo de obtener una excelencia en sus planes de educación.

Autoridades, Sres. Ex Presidentes, Socios, Colegas, Señoras y Señores:

Los grandes desafíos hoy están a la vista; con la humilde visión de comenzar a profundizar el trabajo iniciado por todos nuestros antecesores y de proveer el terreno propicio

para la continuidad de las futuras generaciones que nos sucederán, cuento con la inestimable y desinteresada colaboración de la Comisión Directiva que me acompañará en este periodo y a quienes conozco profundamente, ellos están convencidos de una sola cosa “que trabajar es menos aburrido que divertirse”, por ello descarto que darán todo lo mejor y pondrán toda la pasión que ellos llevan dentro, para lograr el enriquecimiento de la Institución y el éxito de la gestión.

Muchas Gracias.





## COMUNICACIONES

# Tratamiento quirúrgico de la peritonitis purulenta generalizada de origen diverticular

Dres.: Mauricio A. Fantozzi, Luis E. Pedro, Pablo A. Vecchio, Julio L. Lococo, Vicente Dezano.

*Servicio de Coloproctología. Complejo Médico de la Policía Federal Argentina "Churrucá-Visca" de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.*

### RESUMEN

**Introducción:** La conducta quirúrgica óptima para el tratamiento de la colopatía diverticular perforada es aún motivo de controversia. La resección y anastomosis primaria como forma de tratamiento de la colopatía diverticular perforada ha ganado espacio en el ámbito de la cirugía de urgencia. En el presente trabajo se analiza en forma retrospectiva nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la patología colónica diverticular perforada en presencia de peritonitis purulenta generalizada (Hinchey III). **Material y Método:** Se analizaron 24 pacientes operados en el Servicio de Proctología del Hospital y por médicos pertenecientes al Servicio, que se desempeñan en la práctica privada, en el período comprendido entre Enero de 1997 y Diciembre de 2006 portadores de diverticulitis aguda perforada con peritonitis purulenta generalizada (Hinchey III). **Resultados:** De los 24 pacientes incluidos en la serie, la resección con anastomosis primaria (RAP) fue utilizada en 18 casos (75%). En seis casos la anastomosis fue protegida mediante una colostomía transversa sobre varilla. Se presentaron complicaciones en tres casos (12,5%) en dos relacionados con la cirugía (absceso de pared y absceso retroperitoneal) y 1 caso de embolia de arteria radial. No se registraron dehiscencias anastomóticas. El cierre de la colostomía transversa se efectuó en los seis casos dentro de los 90 días de la primera cirugía. Los seis casos restantes fueron tratados mediante resección y operación tipo Hartmann. En este grupo 2 pacientes (33%) tuvieron complicaciones relacionadas con la cirugía (absceso de pared y necrosis de la colostomía). Un paciente falleció luego de tres lavados de la cavidad peritoneal. **Conclusión:** A la luz de estos resultados consideramos que la RAP es una variante válida para el tratamiento de la colopatía diverticular perforada en presencia de peritonitis purulenta generalizada (Hinchey III). Creemos que no es la peritonitis generalizada en sí misma la que determinará la posibilidad de realizar una RAP con éxito. Probablemente son las condiciones generales y locales del paciente asociadas a una infraestructura adecuada del centro

Leído en la Sesión Científica del 11 de Mayo de 2007 de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

**Correspondencia:** Servicio de Coloproctología. Complejo Médico de la Policía Federal Argentina "Churrucá-Visca". Uspallata 3400. C1437JCP. Buenos Aires.  
E-mail: mafantozzi@yahoo.com.ar

asistencial y un entrenamiento aceptable en cirugía colónica del equipo quirúrgico los que habilitarán a efectuar esta forma de resolución quirúrgica para el tratamiento de la colopatía diverticular perforada con peritonitis purulenta generalizada. A futuro, series más numerosas habrán de avalar el real lugar de esta conducta para ésta patología.

**Palabras clave:** Diverticulitis. Peritonitis. Hinchey III.

### SUMMARY

**Background:** The optimal surgical conduct for the treatment of perforated diverticular disease is still a controversial issue. The resection and primary anastomosis as a way of treating this disease has gained space in the area of emergency surgery. The aim of this study was to analyze our experience in the surgical treatment of perforated diverticular disease with diffuse peritonitis (Hinchey III). **Materials and Methods:** We analyzed 24 Hinchey III patients operated by the same surgeons at the Proctology Service of our Hospital and in private practice, between January 1997 and December 2006. **Results:** Of the 24 patients included in the serie, resection with primary anastomosis (RPA) was performed in 18 cases (75%). In six cases the anastomosis was protected by transverse colostomy. There were three postoperative complications (12.5%), in two cases related to surgery (one surgical site infection and one retroperitoneal abscess) and 1 case of embolism of radial artery. There were no anastomotic dehiscence. The closure of the transverse colostomy was performed in all six cases within 90 days after the first surgery. The six remaining cases were treated through resection and Hartmann's procedure. In this group 2 patients (33%) had complications related to surgery (abscess at surgical site and necrosis of the colostomy). One patient died after three relaparotomies. **Conclusion:** The RPA is a valid option for the treatment of diverticular perforated disease with diffuse purulent peritonitis (Hinchey III). We believe that peritonitis will not determine the possibility of a successful RPA. Probably are the general and local patients conditions, an adequate infrastructure care center and surgical team training in colon surgery are necessary to performed this treatment in perforated diverticular diseases with purulent diffuse peritonitis. More series will endorse this treatment.

**Key words:** Diverticulitis. Peritonitis. Hinchey III.



## COMUNICACIONES

# Cirugía colónica electiva sin preparación mecánica: estudio preliminar y casuística personal

Dr. Juan C. Patrón Uriburu.

*Servicio de Coloproctología del Hospital Británico de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.*

### RESUMEN

**Antecedentes:** La preparación mecánica del colon es considerada el "Gold Standard" en el manejo prequirúrgico en cirugía colorrectal. Recientes publicaciones plantean la duda sobre la necesidad de preparación mecánica del colon en cirugía de colon y recto electiva. Incluso mostrando un índice menor de complicaciones en pacientes con el colon no preparado. **Objetivo:** El objetivo del presente estudio es evaluar si la falta de preparación mecánica del colon juega un rol negativo en la evolución de los pacientes. **Lugar de aplicación:** Servicio de Coloproctología. Hospital Privado de Comunidad y práctica privada. **Diseño:** Estudio prospectivo. Serie consecutiva y comparativa. **Población:** n: 60 (2 grupos de 30 pacientes). **Método:** Los pacientes incluidos en el grupo sin preparación mecánica del colon fueron ingresados a una base de datos en forma prospectiva, se compararon con un grupo control, que fueron intervenidos quirúrgicamente en un periodo de tiempo similar con preparación mecánica del colon. Todos fueron intervenidos por el mismo cirujano. Ambos grupos fueron similares en edad, sexo y patología (benigna o maligna). Se evaluaron principalmente las complicaciones post operatorias inmediatas (dehiscencia anastomótica, infección de pared, complicaciones extracolónicas), tiempo de internación, morbilidad y mortalidad de la serie. **Resultados:** La incidencia de complicaciones inmediatas fue levemente mayor en el grupo con preparación mecánica del colon, estos pacientes tuvieron internaciones más prolongadas que el grupo sin preparación. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas. No hubo mortalidad en la serie. **Conclusiones:** En esta serie inicial no se encontraron ventajas significativas con la preparación mecánica del colon en cirugía electiva. Esta experiencia inicial será tomada como base para un próximo trabajo prospectivo y randomizado con mayor número de pacientes.

**Palabras clave:** Preparación mecánica del colon. Cirugía colónica. Complicaciones en coloproctología.

Leído en la Sesión Científica del 12 de Octubre de 2007 de la Sociedad Argentina de Coloproctología. Para optar a Miembro Titular.

**Correspondencia:** Perdriel 74. Capital Federal. CP: 1280.  
E-mail: jcpatronuriburu@yahoo.com

### SUMMARY

**Background:** mechanical bowel preparation is the Gold Standard in colorectal surgery. Recently, this traditional view of the need of bowel cleansing has been changing. Lower incidence of complications in patients who not received mechanical preparation has been reported. **Aim:** The aim of the present study is, to evaluate if the absent of mechanical bowel preparation, play any negative roll in the patient's evolution. **Setting:** Colorectal Surgery Department, Community Hospital and private practice. **Design:** Prospective trial with consecutive and comparative series. **Patients:** n, sixty (2 groups with 30 patients each). **Method:** patients with non mechanical bowel preparation were included in a prospected database. There were compared with control group, operated on by a single surgeon during the similar period of time, with traditional bowel preparation. Groups were matched by aye, sex and disease (benign and malignant). Immediate post operative complications were analyzed: anastomotic leak, wound infections, extra-colonic complications, admission rate, morbidity and mortality. **Results:** The incidence of immediate complications was grater in the prepared group and the admission rate was longer. But any significant difference, in the analyzed variables, was noted between groups. There is no mortality. **Conclusions:** Any significant differences were found with mechanical bowel preparation in elective colorectal surgery. This initial experience, will be taking as an initial part by a next prospective, randomized trial, with more number of patients.

**Key words:** Mechanical bowel preparation. Colon surgery. Complications in coloproctology.



Dres.: María L. Aued, Maximiliano E. Bun, Esteban Grzona, Nicolás Goldaracena, Nicolás A. Rotholtz.

Sección Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Hospital Alemán de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

### RESUMEN

**Antecedentes:** La morbilidad de las ileostomías oscila entre un 11 y 70%. **Objetivo:** Evaluar la morbilidad de las ileostomías temporarias. **Lugar de aplicación:** Centro de alta complejidad. **Diseño:** Estudio retrospectivo. **Población:** 93 pacientes con ileostomías temporarias. **Método:** Se evaluaron los pacientes en los que se realizaron ileostomías temporarias entre Septiembre de 1999 y Junio de 2006. Se analizó la morbilidad de las ileostomías, antes y luego del cierre. Tres técnicas de cierre fueron evaluadas: enterorrafia (21%), enterectomía con enterorrafia (16.1%) y anastomosis latero-lateral mecánica (60.9%). **Resultados:** Se incluyeron 93 pacientes. Los motivos de desfuncionalización fueron: resección anterior ultrabaja en 29 (31%) casos, pouch ileoanal en 33 (35.5%) pacientes, y otras causas en 31 (33.3%). La morbilidad global fue 39.8%. Las complicaciones más frecuentes fueron: dermatitis (15%), suboclusión (10.7%) y alto débito (7.5%). No existieron diferencias significativas en la morbilidad al comparar el tipo de cirugía (urgencia vs. electiva), ni la causa (benigna vs. neoplasia). El cierre se efectuó en 87 pacientes (93.5%), en un período medio de  $2.3 \pm 2.8$  meses. La morbilidad global fue 17.2%: dehiscencia de anastomosis (6.9%), suboclusión intestinal (2.3%), perforaciones perileostómicas (3.4%). La tasa de reoperación fue 9.2%. Un 6.9% presentó eventraciones y 3.4% infecciones de herida. Al comparar las complicaciones entre las técnicas de cierre intestinal, no hubo diferencias significativas. **Conclusiones:** La morbilidad de las ileostomías antes del cierre no fue despreciable, la mayoría fueron complicaciones menores. Luego del cierre no hubo diferencias significativas entre las tres técnicas.

**Palabras clave:** Ileostomía. Morbilidad. Ileostomías temporarias.

### SUMMARY

**Background:** The morbidity of ileostomies has been reported between 11 and 70%. **Aim:** Evaluate the morbidity of temporary loop ileostomies. **Place of application:** High complexity center. **Design:** Retrospective study. **Methods:** Ninety three patients with temporary loop ileostomies were included between September 1999 and June 2006. The end point was morbidity before and after closure of the ostomies. Three techniques were analyzed: enterorrhaphy (21%), bowel resection with enterorrhaphy (16.1%), and lineal stapled anastomosis (60.9%). **Results:** Ninety three patients were included. The causes of construction the ileostomies were: low anterior resection in 29 (31%) cases, ileoanal pouch in 33 (35.5%) patients, and other causes in 31 (33.3%). The overall morbidity was 39.8%. The most frequent complications were: skin scoriation (15%), Small bowel occlusion (10.7%), and high output (7.5%). There were no statistical difference between the type of surgery (emergency vs. elective), neither the causes (benign vs. neoplasia). The ileostomy closure was performed in 87 (93.5%) patients, in a median time of  $2.3 \pm 2.8$  months. The overall morbidity was 17.2%: anastomotic leakage (6.9%), small bowel occlusion (2.3%), paraileostomic perforations (3.4%). The reoperation rate was 9.2%. There were 6.9% of eventrations and 3.4% of wound infections. There were no statistical differences when the three techniques of closure were compared. **Conclusions:** Complications of ileostomies before closure were not few, but most were minor. After closure there were no statistical differences between surgical techniques.

**Key words:** Ileostomy. Morbidity. Temporary ileostomies.

Leído en el 31° Congreso Argentino de Coloproctología, Buenos Aires, 15 al 18 de Noviembre de 2006.

Premio al Mejor Tema Libre Sociedad Argentina de Coloproctología.

**Correspondencia:** Dr. Nicolás A. Rotholtz. Av. Pueyrredón 1640. 1er Piso. CP: C1118AAT.

E-mail: nrotholtz@hospitalaleman.com







