

Revista de Cirugía Infantil

VOLUMEN 33 - AÑO 2023



**Federación
de Sociedades
de Cirugía Pediátrica
del Cono Sur
de América**

Órgano de Publicación

Asociación Argentina de Cirugía Pediátrica • Sociedad Boliviana de Cirugía Pediátrica
Sociedad Brasileira de Cirugía Pediátrica • Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica
Sociedad Paraguaya de Cirugía Pediátrica • Sociedad Peruana de Cirugía Pediátrica
Sociedad Uruguaya de Cirugía Pediátrica

Revista de Cirugía Infantil

VOLUMEN 33 - AÑO 2023

Director

Dr. Mariano M. Boglione

Directores Asociados

Argentina: Dr. Mariano M. Boglione
Bolivia: Dr. Germán Quevedo
Brasil: Dr. Peter Goldberg
Chile: Dr. Ricardo Zubieta
Paraguay: Dr. Santiago Arias Cohl
Uruguay: Dr. Hector Pacheco

Comité Editorial Ejecutivo

Secretario de Redacción	Dr. Pablo D'Alessandro
Correctores	Dr. Víctor Ayarzábal Dr. Victor Di Benedetto Dr. Martín Rubio
Redacción en Inglés	Dr. Pablo Laje
Redacción en Portugués	Dr. José Souza

Comité Editorial Consultivo

Dr. Gustavo Aldunate (Santiago, Chile)	Dr. Jorge Hauri (La Plata, Argentina)
Dr. Delio Aguilar (Buenos Aires, Argentina)	Dr. Alberto Iñon (Buenos Aires, Argentina)
Dr. Ricardo Ayala (Santiago, Chile)	Dr. César Izzo (Santiago, Chile)
Dr. Patricio Barraza (Santiago, Chile)	Dr. Néstor Landa (Córdoba, Argentina)
Dr. Eduardo Carpaneto (Buenos Aires, Argentina)	Dr. Lucio T. Marchese (Londrina, Brasil)
Dr. U. I. Carvalho da Motta (Porto Alegre, Brasil)	Dr. Luis Margaride (Buenos Aires, Argentina)
Dr. Luiz de Carvalho Souza (Fortaleza, Brasil)	Dr. Osvaldo Panzuto (Buenos Aires, Argentina)
Dr. Nuncio Vicente de Chiara (São Paulo, Brasil)	Dr. José Pinus (São Paulo, Brasil)
Dr. Hilberto Correa de Almeida (Porto Alegre, Brasil)	Dr. João Luis Pippi Salle (Porto Alegre, Brasil)
Dr. Fernando José B. da Cruz (Recife, Brasil)	Dr. Juan C. Puigdevall (Buenos Aires, Argentina)
Dra. María Teresa Dávila (Buenos Aires, Argentina)	Dr. Célio Rodrigues Pereira (Brasília, Brasil)
Dr. R. Dettogni (Vitoria, Brasil)	Dr. Sergio Rojas (Concepción, Chile)
Dr. J. C. Duarte Lanna Sobrinho (Belo Horizonte, Brasil)	Dr. César C. Sabbaga (Curitiba, Brasil)
Dr. Bruno Fadda (Viña del Mar, Chile)	Dr. Kurt Schulbe (Santiago, Chile)
Dr. Isafías Fernández (Santiago, Chile)	Dr. A. E. da Silveira (Curitiba, Brasil)
Dr. Julio C. Ficcardi (Mendoza, Argentina)	Dr. Uenis Tannuri (São Paulo, Brasil)
Dr. M. Firmato de Almeida (Belo Horizonte, Brasil)	Dr. Paulo J. G. Tubino (Brasília, Brasil)
Dr. Ennio Gabriel (Rio de Janeiro, Brasil)	Dr. Francisco Unchalo (La Plata, Argentina)
Dr. Peter Goldberg (Florianópolis, Brasil)	Dr. Hugo Vilarrodona (Córdoba, Argentina)
Dr. Ramón Gonzalez (Santiago, Chile)	Dr. Miguel John Zumaeta Doherty (Recife, Brasil)

Revista de Cirugía Infantil

Director: Dr. Mariano M. Boglione
Sánchez de Bustamante 305, P.B. Dto. I (1773) • Buenos Aires, Argentina.
Tel. (54-11) 4866-0410 • Telefax (54-11) 4865-4264 • e-mail: boglione@usa.net
Página web: <http://www.acacip.org.ar/> - e-mail: secretaria@acacip.org.ar

Esta Revista es el órgano de Publicación Oficial de la Federación de Sociedades de Cirugía Pediátrica del Cono Sur de América (CIPESUR.)

Asociación Argentina de Cirugía Pediátrica

Presidente: Dr. Mariano Boglione

Sociedad Boliviana de Cirugía Pediátrica

Presidente: Dr. Luis Dellien

Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Presidenta: Dra. Maria do Socorro Mendonça
de Campos

Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica

Presidenta: Dra. Francisca Yankovic

Sociedad Paraguaya de Cirugía Pediátrica

Presidente: Dr. Alberto Rovira

Sociedad Peruana de Cirugía Pediátrica

Presidente: Dr. Héctor Ángel Mondragón Arrascue

Sociedad Uruguaya de Cirugía Pediátrica

Presidente: Dr. Carlos Kierzenbaum

Directores Asociados

Dr. Mariano M. Boglione
Sánchez de Bustamante 305 Dto. I (1173),
Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 425-3614 - Fax: (54-11) 4865-4264
boglione@usa.net

Dr. Peter Goldberg
Av. Carlos Gonzaga 125, J. Anchieta CP 88037-460
Florianópolis, Brasil
Tel.: (048) 2232237 - Fax: (048) 2519099

Dr. Ricardo Zubieta
Esmeralda 678 3º of. 303, casilla 639, Santiago, Chile
Tel.: (562) 6331955/ (562) 6391085 / (562) 6936171
Fax: (562) 6391085

Dr. Santiago Arias Cohl
Cerro Cora 795 y Tacuary, Asunción, Paraguay
Tel.: (0595) 21-490524 - Telefax: (0595) 21-498032

Dr. Hector Pacheco
Av. de la Aurora m26 525 Shangrila.
Ciudad de la Costa, Canelones, Uruguay CP 15001
hectorpacheco@montevideo.com.uy

La Revista de Cirugía Infantil figura en el Índice de la Base de Datos Li Lacs (Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud).

La Revista de Cirugía Infantil (ISSN en trámite) aparece regularmente cada año. Esta periodicidad podrá ser alterada sin previo aviso de los editores.

Al Director de la Revista se agregan Directores Asociados para cada país. Los trabajos son seleccionados por el Comité Editorial, con el asesoramiento del Comité Consultor Científico.

Los textos publicados representan las opiniones de los autores y no siempre son compartidas por los editores.

Presentación de los trabajos

Los trabajos deberán ser inéditos y no deben haber sido aceptados previamente por otro editor o haber sido enviado simultáneamente a otra revista para su publicación. Una vez aceptado el trabajo la editorial adquiere en exclusividad los derechos de autor para su publicación.

Los idiomas oficiales de la revista son el español y el portugués, pero tendrá resúmenes en 3 idiomas, inglés, español y portugués, para su mayor divulgación. También el índice se publicará en los 3 idiomas.

Se aceptarán trabajos en español y portugués. Las traducciones serán a cargo del Comité Editorial.

Los artículos deberán ser enviados en triplicado: uno con los nombres de los autores, Servicio al que pertenecen o lugar donde se realizó el trabajo y la dirección del autor principal incluido su número telefónico y si posee el fax o dirección electrónica. Las otras dos copias sin los nombres ni dirección de los autores. También se pueden enviar resúmenes de artículos de interés publicados en otras revistas.

Se recomienda controlar estrictamente los nombres de los medicamentos y las dosis para evitar errores en su publicación. Para mayor información consultar el Reglamento de Publicaciones.

Índice general

Reglamento de publicaciones	2
Historia de la Cirugía Pediátrica en Uruguay	4
History of Pediatric Surgery in Uruguay	
História da Cirurgia Pediátrica no Uruguai	
Dr. Ruver Berazategui. Montevideo. Uruguay.	
Historia de las Jornadas Rioplatenses	6
History of the Rio de la Plata Conference	
História da Conferência Rio de la Plata	
Dr. Juan Carlos Puigdevall. San Isidro. Argentina	
Dra. Lucía Gutierrez Gammino. Buenos Aires. Argentina	
Historia de las Jornadas Patagónicas	10
History of the Patagonia Conference	
História da Conferência da Patagonia	
Grupo Patagónico de Cirugía Pediátrica. Patagonia. Argentina.	
Trauma bucal en pacientes con trastornos neurológicos. Reporte de un caso	15
Oral trauma in patients with neurological disorders. Case report	
Trauma oral em pacientes com distúrbios neurológicos. Relato de caso	
Dra. L. Blanco. Consultorio particular. Buenos Aires, Argentina.	
Rabdomiosarcoma de lengua en un niño de 5 años	31
Rhabdomyosarcoma of the tongue in a 5-year-old boy	
Rabdomiossarcoma de língua em menino de 5 anos	
Dres. M. Boglione, P. D'Alessandro, M. Di Costanzo, G. Puppa, C. Sánchez La Rosa, N. Agüero, E. de Matteo, L. Galluzzo y G. Elmo.	
Servicios de Cirugía Pediátrica, Anatomía Patológica y Oncología. Sanatorio Itoiz. Avellaneda y Sanatorio Los Arcos. Buenos Aires. Argentina.	
Lesión de primer trócar con compromiso vascular, intestinal y nervioso. Reporte de caso	35
First trocar lesion with vascular, intestinal and nervous involvement. Case report	
Lesão do primeiro trocar com envolvimento vascular, intestinal e nervoso. relato de caso	
Dres. E. Redondo Pertuz, M. Boglione, M. Dávila, J. Cornelis, I. Berra y M. Barrenechea	
Servicios de Cirugía General y Cirugía Cardiovascular. Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Buenos Aires. Argentina.	
Índice de autores	39
Índice temático	39

Todos los trabajos enviados al Comité Editorial serán evaluados y pueden ser aceptados para su publicación. Las expresiones expresadas en los artículos son las de sus autores y no han de ser necesariamente compartidas con el Comité Editorial.

Las comunicaciones referidas a pedidos de publicación, suscripciones, anuncios, correspondencia al Editor, resúmenes, revisión de libros, etc., deben ser enviados al Comité Editorial de “Revista de Cirugía Infantil”, por carta, a Sánchez de Bustamante 305 PB I (1173), Buenos Aires, Argentina; o por correo electrónico a la dirección acaci@acaci.cipe.org.ar o secretaria@acaci.org.ar.

La “Revista de Cirugía Infantil” aparecerá en formato digital PDF de acceso libre online.

Idioma

Los idiomas oficiales de la “Revista de Cirugía Infantil” son el español y el portugués. Los trabajos serán publicados en la lengua originaria del autor. Aquellos remitidos en inglés serán traducidos al español para su publicación.

Presentación de trabajos

Serán aceptados para su publicación exclusiva los trabajos inéditos enviados a la Revista, luego de su revisión por el Comité Editorial y el Comité Consultor.

Puede tratarse de estudios de investigación clínica o experimental, aporte de casuística, reportes de variaciones e innovaciones en técnicas quirúrgicas (artículos) o presentación de casos clínicos. En todos los casos la presentación debe basarse en la propia experiencia del o de los autores en su práctica quirúrgica cotidiana. No serán aceptadas como trabajos aquellas presentaciones que sólo incluyan casuísticas ajenas o que signifiquen la transcripción de actualizaciones en temas específicos. Esto podrá publicarse, previo acuerdo del Comité Editorial, como Comentarios, Consideraciones o Correo de Lectores.

Los trabajos que reporten ensayos clínicos en humanos deben contar con la aprobación escrita del Comité de Ética del lugar donde se desarrolla la experiencia (Hospital, Municipio, Provincia o País). Aquellos de experimentación realizados en animales deben ceñirse a las normas vigentes que regulan el uso de animales de laboratorio y así debe estar referido en el párrafo concerniente a Material y método.

Aquellos trabajos previamente publicados deberán contar al momento de su presentación con una autorización escrita de parte del medio que publicó el mismo y posee los derechos de autor.

En caso de que un autor decida publicar en otro medio un trabajo ya publicado en “Revista de Cirugía Infantil” deberá efectuar un pedido de permiso por escrito que será evaluado y contestado por el Comité Editorial.

Si el trabajo es aceptado para su publicación en “Revista de Cirugía Infantil”, los derechos de autor para su reproducción en todas sus formas, pertenecen al Comité Editorial, quien se compromete a no rechazar ninguna solicitud razonable para que el autor pueda reproducir su contribución.

Forma de presentación

Los trabajos deben remitirse en alguna variante digitalizada (diskette, disco compacto, DVD u otra) o enviarse mediante correo electrónico; en formato Word, letra Arial o Times New Roman tamaño 10, 11 o 12.

Debe consignarse claramente el título completo del trabajo, el apellido de los autores precedido de la inicial de los nombres, el lugar donde fue realizado, la fecha de su envío y la dirección postal y electrónica del autor principal.

El cuerpo del trabajo deberá constar de:

- **Resumen**

No debe exceder las 300 palabras, debe ser conciso, claro y reflejar todos los aspectos del trabajo. A continuación de cada resumen deben colocarse las Palabras Clave.

- **Introducción**

Se presentan los antecedentes en el tema a tratar y se especifica el objetivo principal del trabajo.

- **Material y método**

Deben consignarse los criterios de selección del material de estudio o de los pacientes y los controles y estudios planeados y realizados. También deben aclararse las escalas o clasificaciones empleadas para evaluar o mensurar resultados.

El análisis estadístico utilizado y su nivel de significancia debe establecerse en el texto.

Las abreviaturas usadas deben ser previamente definidas en su primera aparición en el texto. Se intentará evitar abreviaturas que no fueran de uso común.

No deben incluirse nombres de pacientes ni números de historias clínicas.

- **Resultados**

Se consignarán estricta y sintéticamente en el texto, los datos obtenidos. En este apartado no deben realizarse consideraciones o comentarios, ni se emplearán citas bibliográficas.

- **Discusión**

Se destacarán, discutirán y comentarán los aspectos importantes del trabajo, sin repetir datos que figuren en Resultados. Es aconsejable que toda afirmación esté avalada por los resultados obtenidos o por citas bibliográficas aportadas. Se recomienda evitar repeticiones innecesarias.

Las citas bibliográficas se consignarán en forma de superíndice al final de la frase o párrafo.

- **Bibliografía**

Las citas bibliográficas irán resumidas al final del texto donde constará el número de cada cita, según su orden de aparición (no por orden alfabético de autores).

- Cuando se citen trabajos aparecidos en publicaciones científicas periódicas, podrá emplearse cualquier variante de abreviatura utilizada en el Index Medicus. La variante sugerida es la siguiente:

Ej.: 1. Ravitch MM, McCune RM: Intussusception in infants and children. J Pediatr 37: 153-713, 1950.

- Si hubiera más de tres autores, puede optarse por citar los tres primeros y agregar et al.

Ej.: 1. Filler RM, Eraklis AJ, Das JB et al: Total intravenous nutrition. Am J Surg 121: 454-458, 1971.

- Si la cita corresponde a un trabajo presentado en un congreso o reunión académica:

Ej.: 1. Rivarola JE, Llambías M: La Cirugía Infantil en la Argentina. Actas del I Congreso Argentino de Cirugía Infantil, Buenos Aires, 22 de noviembre de 1960.

- Si la cita corresponde a un libro:

Ej.: 1. Gallagher JR. Medical care of the adolescent (ed. 2). New York, NY, Appleton, 1966, pp 208-215.

2. Nixon HH: Intestinal obstruction in the newborn. In Rob C, Smith R (eds): Clinical Surgery, chap 16. London, England, Butterworth, 1966, pp 168-172.

Tomar debida nota de la puntuación y orden utilizados en estos ejemplos.

Presentación de Casos Clínicos

En caso de presentar reportes de casos clínicos el cuerpo de la presentación debe seguir el siguiente formato: Resumen-Introducción-Presentación del Caso-Discusión-Bibliografía.

Figuras, cuadros, tablas y videos

Deben citarse en el texto por su orden de aparición. Debe evitarse el excesivo número de datos en los cuadros y tablas.

Las figuras (fotografías, esquemas gráficos y dibujos) pueden remitirse incluidas en el texto de Word o en formato JPEG.

Los videos no podrán superar los 5 minutos de duración y deberán ser enviados digitalizados en formato MPEG-1 (VCD), tamaño 352 x 240.

Cada figura, cuadro, tabla y video deberá llevar una leyenda (epígrafe) al pie, indicando el número de la misma según orden de aparición en el texto.

El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras.

Corrección de pruebas

Luego de su recepción, cada trabajo será evaluado en forma anónima por 2 miembros del Comité Editorial y del Comité Consultor.

En caso de aprobarse, se remitirá nuevamente al autor quien ajustará el texto a las eventuales observaciones sugeridas. El trabajo se devolverá al Comité antes de los 30 días de recibido; pasado ese lapso el Comité Editorial se reserva el derecho de rechazarlo o publicarlo con las correcciones que crea convenientes. En ningún caso las correcciones a realizarse alterarán el contenido medular del trabajo. La corrección ortográfica y sintáctica queda reservada al Comité Editorial.



Historia de la Cirugía Pediátrica del Uruguay

Dr. Ruver Berazategui
Montevideo, Uruguay.

La primera cirugía en un niño documentada en Uruguay fue ejecutada por el Dr. Enrique M. Estrásulas el 9 de julio de 1876; realizó la exéresis de una cabeza de fémur en una niña con sobrevida posterior. Se publicó en el N° 1, año 1 de la "Gaceta Médica de Montevideo" el 18 de setiembre de 1877.

Destaco aquí antes de proseguir con el desarrollo histórico de la especialidad, que el 4 de octubre de 1948 el Dr. Bonifacio Urioste operó la primera atresia de esófago del país la cual sobrevivió; fue también primera operación exitosa en América Latina. Publicada en An. ORL Uruguay 20 (4): 133-7 1950 por el Dr. Barani, JC; según (Evolución de la Cirugía Pediátrica en el Uruguay), Folco Rosa Ruvertoni-Transcripción y notas Antonio L. Turnes (9/11/18).

El primer cirujano de niños en el país fue el Dr. Prudencio De Pena (1875-1937). Inicialmente Pediatra formado por el maestro Profesor Morquio; actuó en el Hospital de Caridad y posteriormente en el Hospital Pereira Rossell hasta su muerte. En 1909 luchó por la Cátedra de Cirugía Infantil. En 1920 fundó con otro colega el primer Sanatorio de Cirugía y Ortopedia para niños.

La Cátedra de Cirugía Infantil se propuso en el Consejo de Facultad de Medicina, Universidad de la República, en 1909 por el Dr. De Pena. En 1925 fue creada por ley. Se designó al Profesor Dr. Manuel Albo (español), profesor de Cirugía Infantil y Ortopedia el 6 de diciembre de 1927, permaneciendo al frente hasta el 3 de abril de 1935.

Posteriormente, en 1936 fue nombrado Prudencio De Pena, el que no pudo asumir por enfermedad y muerte.

El 7 de setiembre de 1944, fue designado como profesor, el Dr. Velarde Pérez Fontana, quien visitó el Children's Hospital de Boston dirigido por el Profesor Willian Ladd, de donde trajo técnicas nuevas, fundamentalmente en el recién nacido; permaneció hasta el año 1953.

En febrero de 1955 fue nombrado titular de la Cátedra el Prof. Dr. Ricardo Yannicelli, y la desempeñó hasta el 2 de julio de 1971, cesando por edad.

En el año 1973 fue designado Profesor Titular, el Prof. Dr. Walter Taibo, quien actuó hasta su fallecimiento el 5 marzo de 1984.

El Decano interventor de Medicina (época de facto) designó con carácter interino al Prof. Dr. Oscar Chavarría en 1984. Fue confirmado en el cargo mediante llamado a la Titularidad el 1° de junio del 1987 (con el advenimiento de la democracia), y cesó por edad en el año 2001.

En este siglo se sucedieron: quien firma esta nota 2001-2015; Profesor Dr. Carlos Juambeltz 2016-2021; siendo en la actualidad el Dr. Profesor Dr. Gabriel Gianinni.

En los períodos en los cuales no hubo Jefes Titulares se sucedieron varios interinatos. Fueron designados 19 Profesores Agregados. Destaco al Dr. O. Sbárbaro en 1976, G. Maquieira en 1978, Dra. J. M. Wettstein en 1987, y Héctor Pacheco en 2003.

Existió en Montevideo un Servicio Quirúrgico de Niños en el Hospital Pedro Visca desde el año 1922, dependiente del Ministerio de Salud Pública. Fue dirigido por el Dr. José Martiné hasta 1961, posteriormente en 1962 fue nombrado el Dr. J. C. Curbelo Urroz, quien fallece en 1964. Fue además Profesor Agregado en la Cátedra, habiendo gozado de gran prestigio y respeto en la comunidad quirúrgica.

Por último, dirigió este servicio, el Dr. Eduardo Anavitarte. Este Hospital fue cerrado y, por ende el Servicio de Cirugía, en 1982.

La formación de Cirujanos Pediátricos se llevaba a cabo en la Cátedra bajo 2 formas: a) por obtención de un cargo por Oposición en el Staff de grado II (Jefe de Clínica), o b) como estudiante de Postgrado de la Escuela de Graduados (Facultad de Medicina, Universidad de la República) que tenía la responsabilidad, y aún tiene, de los postgrados existentes; requería además monografía y prueba final.

En el 2010 se incorpora el régimen de Residentado como única forma de obtener el título dependiendo siempre de la Escuela de Graduados. Se desarrolla en el ámbito del Hospital Pereira Rossell, Cátedra de Cirugía Pediátrica. Debe también presentar monografía y prueba final.

La Sociedad de Cirugía Pediátrica es refundada en 1991, activa hasta nuestros días. Tenía como antecedente una disuelta Sociedad iniciada en 1973.

La función formativa en Uruguay es dependiente de la Facultad de Medicina; la Sociedad Uruguaya de Cirugía Pediátrica cumple una función científica y gremial. Es parte del Sindicato Anestésico Quirúrgico que representa a especialidades quirúrgicas y anestésicas.

En mi opinión para el desarrollo de la especialidad fue y es fundamental la relación con la Sociedad de Cirugía Infantil Argentina, destacándose desde 1986 las 2 reuniones anuales que se realizan en ambos países, una por año en cada país.

Jugaron papeles importantes en el desarrollo de la especialidad la salida de Cirujanos al exterior; a modo de ejemplo el Dr. O. Sbárbaro y la Dra. Isabel Lizaso al Servicio del Profesor Soave en Italia; la asistencia de la Dra. Wettstein al Servicio del Dr. Alberto Peña, cuando aún estaba en México.

Destacamos además las fructuosas pasantías de varios cirujanos uruguayos por el Hospital Garrahan en la ciudad de Buenos Aires.

Desde el 2003 se inició un proceso de descentralización de la Cirugía Pediátrica de Montevideo al Interior del país, a nivel de los Servicios del Estado; sin perjuicio algunos pocos Cirujanos Pediatras residen en el interior. En los últimos años ha progresado la descentralización a nivel privado, habiendo actualmente dos ciudades capitales del interior, referentes para la región con Cirujanos Pediatras de guardia activa (privado y hospitales públicos).

Como precisión final, este relato es incompleto.

Dr. Ruver Berazategui

Historia de las Jornadas Rioplatenses Orestes Sbárbaro

Entrevista al Dr. J. C. Puigdevall. San Isidro, Argentina.

Dra. Lucía Gutiérrez Gammino. Buenos Aires, Argentina.

Se acerca una nueva edición de las “Jornadas Rioplatenses Orestes Sbárbaro” y queríamos conocer un poco más de su historia, así que nos remitimos a la fuente, le pedimos al Dr. Juan Carlos “Bebu” Puigdevall que nos cuente un poco cómo surgieron las Jornadas.

¿Quién era Orestes Sbárbaro?

JCP: “Tito Sbárbaro, tipo grandote, simpatiquísimo. Vivía donde termina Montevideo. Ibas por la costanera hasta donde no podías seguir más, doblabas a la izquierda y ahí vivía Tito. Chavarría era un libro abierto, Tito era más campechano, más simpático. Con mucho criterio quirúrgico. Un whisky en la mano derecha y un mate en la izquierda, un tipo fantástico.

El nombre de las Jornadas es un homenaje al Dr. Sbárbaro por haber sido uno de los cuatro creadores y el primero en fallecer, joven, por una enfermedad oncológica”.

¿Y cómo surgió la idea de hacer estas Jornadas?

Para entrar en contexto *el Bebu* nos contó cómo, en 1978, Alejandro Rivarola (Buenos Aires), Fortunato Di Giuseppe (Mendoza), Jorge Bargo (Mar del Plata), Hugo Vilarrodona (Cordoba), y él, crearon un “Club de Amigos y Cirujanos Pediátricos” con la intención de reunirse una vez en el lugar de trabajo de cada uno para presentar y discutir casos de manera informal.

En 1984, durante el IX Congreso Panamericano de Cirugía Pediátrica y XX Congreso Argentino en Mar del Plata, el Dr. Rivarola y él salieron a almorzar y se encontraron con un grupo de cirujanos uruguayos que participaban en dicho Congreso.

En ese lugar y en ese momento, y con la experiencia previa del Club de amigos, surgió la idea de hacer reuniones periódicas en ambas márgenes del río, con el modesto objetivo de que con la simple presentación de casos mejorase su formación y creciera su amistad. Además este tipo de reuniones fortalecería la especialidad. Hacía poco tiempo que había fallecido el Profesor uruguayo Dr. Taibo Canale y en Uruguay existía el temor del avance por parte de los cirujanos de adultos sobre nuestra especialidad.

En ese almuerzo, gracias a tener las mismas inquietudes, aspiraciones, forma de pensar y actuar, el “Bebu”, Alejandro Rivarola, Oscar Chavarría y Tito Sbárbaro, iniciaron y cimentaron una muy estrecha y prolongada amistad.

JCP: “Allí con Alejandro conocimos al Dr. Oscar Chavarría, líder del grupo por su vehemencia y capacidad quirúrgica y docente; a Orestes “Tito” Sbárbaro, arquetipo del uruguayo sano, honesto, buenazo, divertido y de clara y firme forma de pensar. Estaban también la Dra. Isabel Lizaso, Juana Weinstein y algunos más que la memoria no me ayuda para recordarlos.”

Establecieron hacer dos reuniones anuales: el último sábado de abril en Uruguay y el último sábado de agosto en Buenos Aires. La primera reunión se concretó en Colonia en 1986.

JCP: “Se eligió Colonia del Sacramento por estar a mitad de camino. Los argentinos llegamos en menos de una hora de Aliscafo y el grupo uruguayo viajó en los malos caminos de esa época, 130 Km, lo que motivó de común acuerdo que la próxima vez en el Uruguay sería en Montevideo.

No quiero dejar pasar que en esa reunión en Colonia, el Dr. Ruver Berazategui presentó, a mi modesto entender, los primeros dos casos de colecistectomía laparoscópica en la infancia. Como era de esperar, ¡todos le caímos encima!, sin imaginar que 25 años después sería un método de uso habitual. Tampoco olvidaremos aquel paciente con nefroblastomatosis bilateral al que cada año le sacaban un Tumor de Wilms y era como de la familia.

En todos estos años se mantuvo el mismo formato del programa: presentación de casos interesantes, discusión libre y realmente muy positiva y, finalmente, ¡una cena de la amistad! ¡Todo en un día! Hubo intento de hacerla más formal, con programa, conferencia, etc. pero por suerte primó el criterio de no modificar, lo que sigue siendo muy bueno.”

Durante toda la entrevista, el “Bebu” –citando a Rivarola– remarcó que el espíritu de las Jornadas siempre fue “quitarle el cuello almidonado”, que sean informales y que todo el mundo se sienta libre de poder hablar y transmitir su experiencia, haciendo hincapié en la verdad y la honestidad y en la amistad.

Le preguntamos al “Bebu” si tenía asistencia perfecta, y nos dijo que de 75 encuentros solo había faltado a uno.

En agosto de 2007 no hubo Jornada en Argentina por ser sede del mundial de Cirugía Pediátrica (WOFAPS) y, en abril de 2020, se perdió la Jornada Uruguaya por la pandemia.

Debido a la pandemia, en agosto de 2020 se hicieron por primera vez con modalidad virtual (Sede Hospital Gutiérrez), que se sostuvo hasta volver a la presencialidad en agosto de 2022 con sede en el Hospital Posadas de Buenos Aires.

JCP: “La pandemia tuvo pros y contras. Contras: le quitó la razón de ser, la presencialidad, que daba lugar no solo a mejorar médicamente sino también a sumar amistades. Los congresos sirven para hacerse amigos, no solo para educarte. Para educarte puedes leer lo que está escrito. Hacer contactos, en esencia, redondear amistades. Pros: dejó de ser Montevideo/Buenos Aires, se abrió a todo el país teniendo mejor concurrencia, más experiencia, más cuestionamientos.”

Y para ir cerrando le pedimos un mensaje para los jóvenes que se inician en la Cirugía Pediátrica:

JCP: “Mi mejor experiencia en mis primeros 65 años de médico fue cosechar amistades, discutir creativamente y con verdades, y aprender a definir en la vida y en la profesión muy bien los objetivos. Cumplir con las metas que nos trazamos nos exige mejorar, buscar soluciones, y al lograrlo nos hace disfrutar más de lo que hacemos. El valor agregado de nuestra profesión es incalculable. A los jóvenes les insinúo que se busquen un buen maestro, que los escuche, que los haga pensar y sobre todo que los estimule a ser mejores.”

¿Y que es un buen maestro?

JCP: “Defino al Maestro como el que enseña con el ejemplo, que siempre sabe escuchar y respetar la opinión de todos. **Que enseña a pensar, a buscar o explicar la causa de los problemas.** Nada es porque sí o porque yo lo digo. Uno no es el dueño de la verdad. Habiendo muchas verdades, la discusión beneficia a todos. En nuestra especialidad hay varios Maestros, es vuestro problema encontrarlos y es responsabilidad de ellos transmitir la educación que recibieron.”



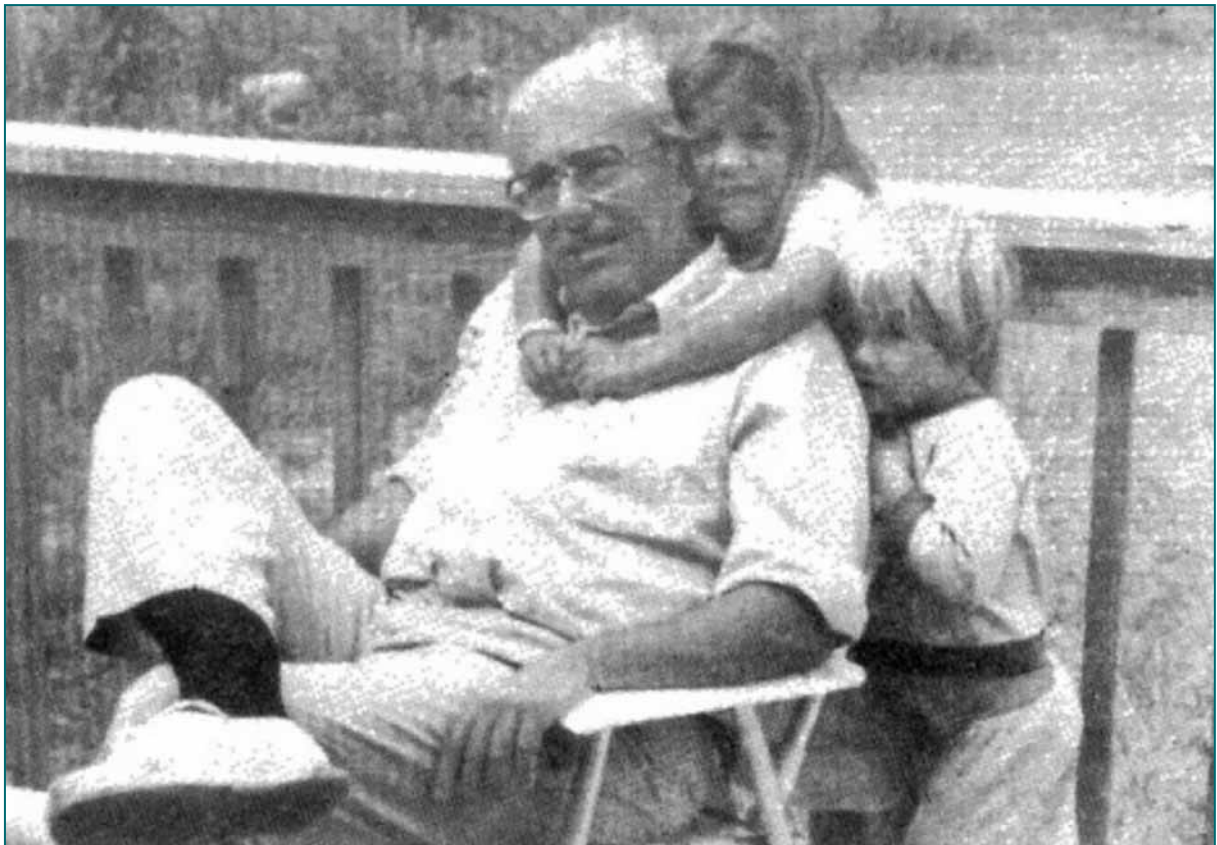
Dr. Orestes Sbárbaro



Dr. Oscar Chavarría



Dr. Juan Carlos Puigdevall



Dr. Alejandro Rivarola



Jornadas Rioplatenses - Uruguay - Abril de 1994. Algunos de los presentes en la foto: Alberto Iñón, Simón González, Raúl Gómez Traverso, Ruver Berazategui, Alberto Fontana, Ramón Rubio, Delio Aguilar, Humberto Cusumano, Héctor Pacheco, Fermín Prieto, Marcelo Dip, Víctor Walcholder, Carlos Schwartz, Carlos Michelena, Silvia Soler, Eduardo Carpanetto, Juan Carlos Puigdevall, Juana Weinstein.

Fotografías: Cortesía del Dr. Puigdevall.



Jornadas Patagónicas de Cirugía Pediátrica. Breve semblanza

Grupo Patagónico de Cirugía Pediátrica
Patagonia, Argentina.

Corría el mes de junio de 1999, y en el Hospital Castro Rendón de la ciudad de Neuquén, organizaron una Jornada de Cirugía Laparoscópica Pediátrica, con intervenciones en vivo, transmitidas por cable al auditorio del Hospital. Se cursaron invitaciones a los cirujanos pediátricos de la Patagonia de aquella época. Y así, se hicieron presentes los pocos especialistas que había: Walter Hoffmann de Cipoletti; Juan Maldonado de Ushuaia; Enzo Di Giuni, Domingo Hernández, Nelson Iglesias, Ricardo Campaña y Alejandro Viale, de Neuquén; Javier Svetliza, de Bahía Blanca; Julio Pratesi, de Puerto Madryn; Jorge Bargo, de Mar del Plata; Néstor Forenza, de Tucumán; y Pablo Pérez Bernardou, de Santa Rosa.

Fueron un par de días en que el Dr. Collar del Hospital Sor María Ludovica de La Plata, quien tenía experiencia en laparoscopia, mostró las novedades de la cirugía video asistida.

Paralelamente, se vió que el grupo de asistentes, todos unidos por la misma especialidad, se encontraba muy aislado por las grandes distancias de la Patagonia, y la falta de medios de comunicación, algo cotidiano en esos tiempos. Pensemos en que Internet, correo electrónico y fotografía digital estaban en su inicio en las grandes ciudades, lejanas de la Patagonia. Fue así que surgió de ese grupo pionero, la idea de reunirse periódicamente, compartir experiencias médicas, fomentar la capacitación y establecer lazos fraternos, para sentirse acompañados, aún en la soledad de sus destinos.



Asistentes a la Jornada de Video Cirugía, año 1999, en Neuquén.

La primera Jornada Patagónica propiamente dicha, se realizó en Puerto Madryn, Chubut, en Octubre de 1999. Se invitó especialmente al Dr. Fernando Heinen de Buenos Aires. Se discutieron pacientes, resueltos, o a resolver. Hubo charlas de actualización sobre malformaciones anorrectales, y enfermedad de Hirschsprung, camaradería, paseos y comidas en familia. Al finalizar este primer encuentro, alguien se quedó con la inquietud. Al año siguiente, el 2000, se organizó una jornada en Bahía Blanca, que si bien no tuvo exactamente el mismo formato, sirvió para fortalecer lazos entre los participantes del incipiente grupo.

La crisis socio-económica de fines del 2001, marcó un período de dificultades. Pero el espíritu de compañerismo persistió. Las mejores comunicaciones, uso difundido de internet, etc. permitieron un diálogo fluido, y mantener encendida la llama. En el Congreso de Cirugía Pediátrica de Huerta Grande, Córdoba, en 2004, se volvieron a abrazar y compartir momentos. En 2006, en Neuquén, se volvió a reunir el grupo Patagónico, ya con algunos actores adicionales de Bahía Blanca, Río Gallegos, General Roca. A medida que iban llegando especialistas a las distintas ciudades, se iba ampliando el horizonte de destinos para las reuniones.

Las siguientes reuniones fueron:

- 2007 Esquel
- 2008 Puerto Madryn
- 2009 Bariloche y Neuquén
- 2010 Sierra de la Ventana
- 2011 Calafate
- 2012 General Roca
- 2013 Bahía Blanca
- 2014 Comodoro Rivadavia
- 2015 Trelew
- 2016 Neuquén
- 2017 Viedma
- 2018 Bariloche
- 2019 Puerto Madryn
- 2020 y 2021, se hicieron reuniones virtuales por la Pandemia
- 2022 Esquel
- 2023 San Martín de los Andes.



Jornada Puerto Madryn, año 2008.



Asistentes Jornada 2018, Bariloche.



Asistentes Jornada 2023, San Martín de los Andes.

En Neuquén se abrió residencia de la especialidad, colaborando esto al espíritu de capacitación, investigación y docencia.

El grupo se fue enriqueciendo con la llegada, a muchas ciudades de la región, de especialistas formados en varios hospitales escuela de grandes urbes: Córdoba, La Plata, Buenos Aires, Salta. Actualmente, el grupo Patagónico tiene un WhatsApp con 59 miembros: la mayoría locales, pero también algunos ya abonados vitalicios de otras latitudes, con su exponente principal, el Dr. Juan Puigdevall, incansable asistente y participante de cuanta jornada se organiza.

Las jornadas fueron encontrando su formato, y se mantiene en el tiempo:

- 1) Se va rotando la sede, generalmente priorizando aquel lugar al que llega un colega, para poder ayudar y apoyar su inserción en la ciudad.
- 2) Presenciales (que se vio dificultado por la pandemia). Un fin de semana en el año.
- 3) Jueves: se llega a la ciudad sede y hay cena de camaradería.
- 4) Viernes a la mañana y tarde, se presentan casos resueltos o por resolver. Modalidad Ateneo. No hay clases magistrales, y se intenta que todos los asistentes, tengan tiempo para presentar al menos un caso.
- 5) Noche del viernes, durante la cena del grupo patagónico y con los familiares que acompañan, se elige la sede para el año siguiente. Se presentan opciones y se vota.
- 6) Sábado a la mañana, se presentan algunos casos más, pero ya en un ambiente más relajado. A partir del mediodía, almuerzo y algo de turismo, que puede extenderse al domingo.





En la actualidad (2023), hay cirujanos pediátricos en Bahía Blanca (Puerta de la Patagonia, como ellos insisten en llamarse); en La Pampa –General Pico y Santa Rosa–; en Río Negro –Viedma, Gral. Roca, Cipoletti y Bariloche–; en Neuquén –Neuquén capital y San Martín de los Andes–; en Chubut –Puerto Madryn, Trelew, Comodoro Rivadavia, Esquel–; en Santa Cruz –Caleta Olivia, Río Gallegos y Calafate–; en Tierra del Fuego –Ushuaia y Río Grande–.

Ya está elegido el destino para las próximas Jornadas 2024: General Pico, La pampa.

Las Jornadas Patagónicas de Cirugía Pediátrica se mantienen por el espíritu de camaradería y fraternidad de sus participantes. Las generaciones nuevas están tomando la posta, y mantendrán viva la llama en el futuro.

Texto y fotografías: Grupo Patagónico de Cirugía Pediátrica.



Trauma bucal en pacientes con trastornos neurológicos. Reporte de un caso

Dra. L. Blanco

Consultorio particular. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El propósito de este artículo es observar y evaluar cómo el trauma bucal afecta a pacientes con trastornos neurológicos. Es muy importante realizar un exhaustivo interrogatorio, ya que muchos pacientes ocultan la verdadera causa de su caída, por ejemplo: los pacientes epilépticos. La epilepsia era considerada como un “estigma”. En la actualidad se sabe que es un trastorno de la conducción eléctrica en el cerebro, no afecta al cociente intelectual del paciente que la padece, lo que es importante a tener en cuenta. Se muestra un caso clínico de un paciente que sufrió una crisis epiléptica y cayó desde su propia altura, sin apoyar las manos, sobre un piso vinílico duro.

Palabras claves: Trauma bucal - Trastornos neurológicos - Epilepsia

Summary

The purpose of this paper is to observe and evaluate how oral trauma affects patients with neurological disorders. It is very important to carry out a thorough questioning since many patients hide the true cause of their fall, for example epileptic patients. Epilepsy was previously considered as stigma, it is not real today, it is only an electrical conduction disorder in the brain, does not affect the intelligence quotient of the patient who suffers from it, that is the important thing to keep in mind. A clinical case of a patient who suffered an epileptic crisis and fell from his own height without supporting his hands on a hard vinyl floor.

Index words: Oral trauma - Neurological disorders - Epilepsy

Resumo

O objetivo de este artigo é observar e avaliar como o trauma oral afeta pacientes com distúrbios neurológicos. É muito importante fazer um questionamento minucioso, pois muitos pacientes escondem a verdadeira causa de sua queda, por exemplo pacientes epilépticos. A epilepsia antes era considerada um estigma, hoje não é real, é apenas um distúrbio de condução elétrica no cérebro, não afeta o quociente de inteligência do paciente que sofre, isso é importante ter em mente. Apresenta-se o caso clínico de um paciente que sofreu um ataque epiléptico e caiu da própria altura sem apoiar as mãos sobre um piso de vinil duro.

Palavras chave: Trauma oral - Problemas neurológicos - Epilepsia

Introducción

En la actualidad, el trauma bucal, se ha convertido en una de las causas más frecuentes de la pérdida de los órganos dentarios del sector anterior, sobre todo de los incisivos superiores. Estas lesiones no solo involucran los dientes, sino acorde a la intensidad del impacto, quedan afectados los tejidos blandos, en especial los labios¹.

Es conveniente tener en cuenta, entre las causas que provocan los traumatismos bucales, un área no muy explorada, que son los pacientes con trastornos neurológicos, como puede ser la epilepsia.

Existen muchas definiciones sobre epilepsia, la siguiente es una de ellas: "Trastorno crónico no transmisible del cerebro, que afecta a personas de todas las edades en todo el mundo, y se caracteriza por convulsiones recurrentes no provocadas".

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más comunes y se estima que hasta el 70% de las personas con epilepsia pueden llevar una vida normal si reciben el tratamiento adecuado².

Esta es otra definición adecuada: "Enfermedad del sistema nervioso, debida a la aparición de actividad eléctrica anormal en la corteza cerebral, que provoca ataques repentinos caracterizados por convulsiones violentas y en algunos casos pérdida del conocimiento"³⁻⁵. Algunos pacientes experimentan el "aura" o también denominado pródromo previo, presienten que pueden tener una crisis, otros no. El mismo consiste en náuseas, sudoración, etc.^{6,7}.

Acorde a lo explicado con anterioridad en forma breve, el autor presenta un caso clínico de epilepsia, donde se produce un síncope sin tener un pródromo previo.

Presentación del caso

Paciente varón de 24 años, comienza con epilepsia a los 22 años, sin antecedentes familiares, ni traumatismos en la cabeza, que pueden ser algunos de los desencadenantes de esta patología, cociente intelectual altísimo, con dos carreras terciarias; todo esto se conoce a través del interrogatorio previo a la atención.

Detalle de cómo se origina traumatismo: el día anterior comienza a sentirse mal, la madre lo conduce ese mismo día a la guardia de la Clínica Neurológica en donde sufre un síncope, cayendo desde su propia altura y sin apoyar las manos, con las consecuencias que se ven a continuación. El síncope no da tiempo al paciente a tener ningún tipo de reacción y al caer de su propia altura sobre un piso vinílico duro no puede apoyar las manos.

Al día siguiente es derivado por su odontólogo de cabecera al consultorio del autor. Se observa el estado que presenta el paciente en el momento de la consulta (**Figura 1**).

La Atención de Urgencia (AIU) que le realizan en guardia es administrarle clonazepan; con respecto a su daño bucal no hacen absolutamente nada.

El labio era el tejido más lesionado donde se debía actuar por el dolor que presentaba el paciente, es por eso que necesitaba la AIU.

Lo primero que se debe hacer es tomar una radiografía con la mitad de la exposición, con puntos de referencia para la ubicación derecha-izquierda (**Figura 2**).¹⁰

A veces no es necesario emplear los puntos de referencia, ya que en este caso el dolor era central (**Figura 3**).

Una vez logrado el diagnóstico se procede a realizar el procedimiento operatorio.



Figura 1. Fuerte golpe en el mentón, con laceraciones, labio edematizado, con un coágulo seco, que involucra tejido necrótico, ya que la epidermis labial es de un espesor muy fino, al no recibir el aporte circulatorio correcto se necrosa con mucha facilidad.



Figura 2. En la radiografía panorámica se observa la fractura total del incisivo lateral derecho y pérdida de sustancia de ambos incisivos.

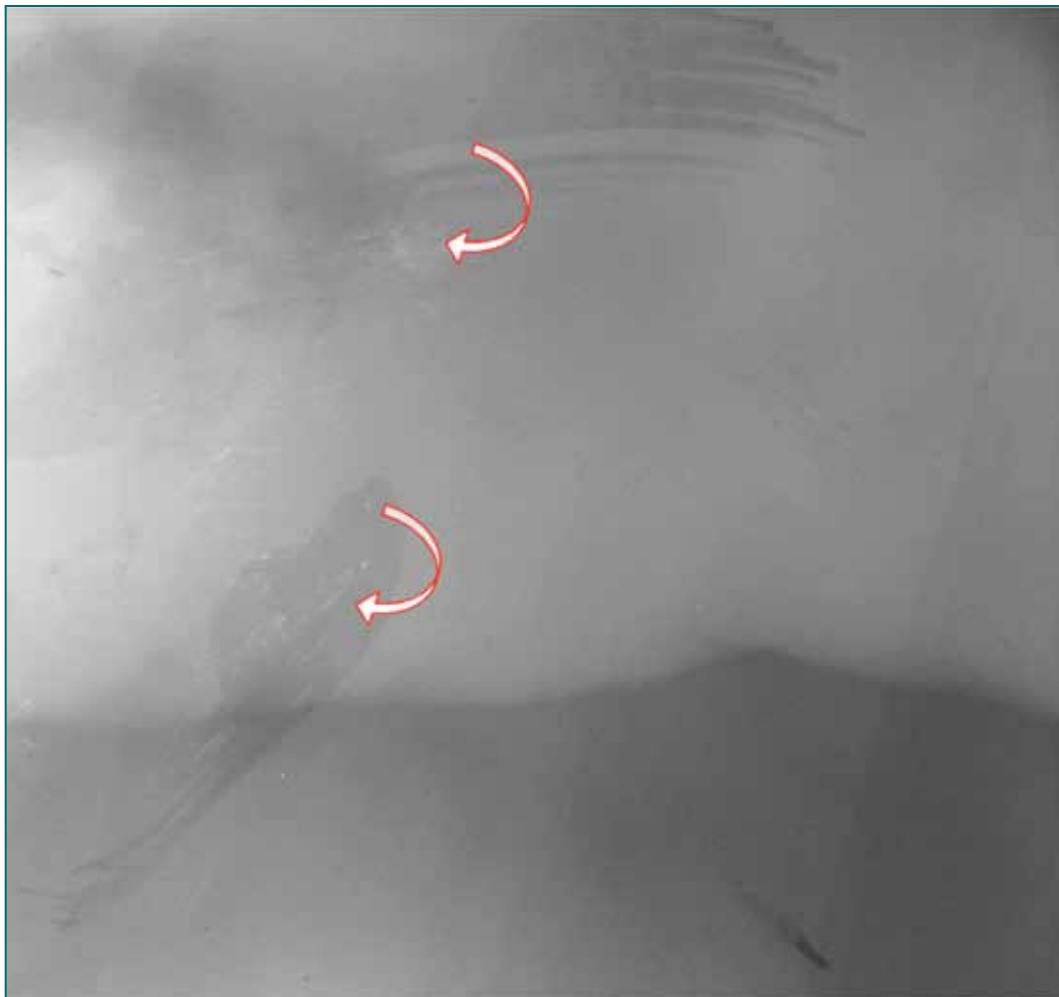


Figura 3. Radiografía del labio. Las flechas indican donde se encuentran las esquirlas dentarias.

Procedimiento Operatorio

El caso que se presenta es complejo, ya que se está ante un paciente que sufre una crisis epiléptica, y sin haber transcurrido 24 horas de ocurrido el episodio, aún bajo los efectos del clonazepan, es necesario trabajar en su boca. Todo esto significa que se deben extremar los cuidados, como la administración de la anestesia. Esta se debe inocular muy lentamente, sin dejar de observar la facie del paciente, que no se ponga pálido y que

no presente sudoración, elementos para tener en cuenta que son fundamentales, para no repetir un episodio que, el odontólogo en general, no está en condiciones de afrontar.

El primer paso que se debe hacer es lavar la zona con solución fisiológica estéril e inyectar la anestesia en el fondo del surco labial, acorde a cómo se explicó en párrafos anteriores.

Segundo paso, se procede a eliminar todo el tejido necrótico, para esto se utilizan tijeras y bisturí (**Figuras 4 y 5**).



Figura 4. Momento en que se corta con tijeras la primera parte del tejido necrótico.



Figura 5. Eliminando con el bisturí la totalidad del tejido necrótico.

Tercer paso: una vez que se ha eliminado en forma total el tejido necrótico se procede a lavar nuevamente con solución fisiológica estéril el campo operatorio. Se utilizan los siguientes elementos: bisturí, cucharilla quirúrgica Lucas

Hufriedy Nro. Cl 84 (**Figura 6**), esta cucharilla es muy útil para extraer las esquirlas dentarias que se han comenzado a encapsular con el tejido de granulación.



Figura 6. Foto de la cucharilla quirúrgica Lucas Hufriedy Nro. Cl 84.

El sangrado y los abundantes lavajes con solución fisiológica estéril colaboran en la eliminación de las esquirlas. Por supuesto, antes de realizar la sutura es necesario tomar una radiografía para tener la seguridad de que no haya quedado nada incluido en el labio (**Figura 7**).

Una vez complementados estos pasos se procede a realizar la sutura. Se lava con solución fisiológica estéril, se seca con gasas y se confrontan los bordes de la herida para comprobar que ambos se encuentren en la posición correcta.



Figura 7. Radiografía post-operatoria, donde se observa con claridad que el labio está limpio y libre de esquirlas.

Antes de realizar la sutura con cianoacrilato es necesario untar con vaselina los guantes para que éstos no queden pegados al material. El uso de *La Gotita* gel común con respecto a la gotita médica es que la primera tiene una cadena menos de carbono y puede generar mayor calor de polimerización⁸⁻¹¹.

La sutura es conveniente, si es posible, realizarla a cuatro manos. La asistente coloca una gotita en el fondo de la herida y el operador va

uniendo. Se coloca otra gota en la superficie de la sutura y el operador junta los bordes de la herida con firmeza y mantiene esta posición durante unos 3 minutos, retira sus manos lentamente y se puede colocar una gota más sobre la herida (**Figuras 8, 9 y 10**). Las siguientes figuras van mostrando el procedimiento.

Una vez terminado el procedimiento quirúrgico, se muestra como queda el final de la sutura (**Figura 11**).



Figura 8. Comienzo de la sutura.



Figura 9. Colocación de una gota más del material sobre la sutura.



Figura 10. El operador mantiene la sutura en posición por lo menos durante 3 minutos.



Figura 11. Aspecto de la sutura finalizada.

Medicación sistémica

La misma consiste en administrar un antibiótico de amplio espectro por el término de 8 días, siempre es conveniente preguntar al paciente si es alérgico a algún antibiótico. Analgésicos (AINEs) en caso de que sea necesario.

Medicación local

Colocar hielo durante 20 minutos, descansar 1 hora y repetir el procedimiento durante no más de 3 veces, solo el primer día.

Colocar en el labio un gel a base de clorhexidrina y aloe vera durante unos 3 días. Alimentación suave y no abrir la boca en forma exagerada, masticar en forma suave con los molares del sector posterior.

En las figuras 12 y 13 se observa la evolución de la herida a los 3 y 7 días de la cirugía, respectivamente (**Figuras 12 y 13**).



Figura 12. Evolución de la herida a los 3 días.



Figura 13. Aspecto del labio a la semana.

Uno de los aspectos más importantes es proteger al paciente, porque un segundo golpe puede ser catastrófico, se lo denomina el "Síndrome del Segundo Impacto"¹². Por esto es necesario confeccionar un Protector Bucal Individual (PBI) para que lo utilice en los deportes que practica (**Figura 14**). Ya que en un período, el neurólogo

lo autorizó a que regresara a su actividad normal. En lo posible es necesario realizar el protector en color para que pueda ser visible. El paciente practica fútbol, pero todavía no se ha impuesto el uso del (PBI) en ese deporte. Se ha hablado en otros trabajos sobre las ventajas del Protector Bucal Individual¹³. El tratamiento de los órga-

nos dentarios afectados se concluye al cabo de un año y medio, esto debe tenerse en cuenta, ya que ante un trauma de estas características, se

pueden producir secuelas postraumáticas a largo plazo. Un paciente traumatizado debe ser controlado por lo menos una vez al año.



Figura 14. El Protector Bucal Individual debe adaptarse bien, liberando solo las zonas de los frenillos.

Discusión

Se ha discutido en trabajos anteriores^{1,2} que el trauma bucal es la mayor causa de pérdida de los dientes anteriores, tanto en niños, adolescentes y adultos. Las causas principales suelen ser las caídas. Pero el autor decide abordar un tema no muy publicado y si bien se trata de una lesión no intencional, son los pacientes con trastornos neurológicos (epilepsia) los que quedan involucrados en traumatismos de alto impacto.

Los pacientes que padecen este tipo de trastorno neurológico no pueden controlar su cuerpo para evitar tener un trauma, que en general, suele ser de alto impacto. En el caso de que tengan un síncope sin tener un pródromo previo, el

resultado del trauma puede ser grave, ya que la boca y la cabeza son los más afectados.

El autor cree, después de haber atendido muchos pacientes con algún trastorno de estas características, que debería existir una integración médica odontológica más intensa para evitar que la epilepsia dañe partes del cuerpo muy vulnerables, a veces difíciles de revertir. Por ejemplo, el "Síndrome del Segundo Impacto"¹². El especialista en estos tratamientos que afectan a la conducción eléctrica del cerebro debería derivar al paciente a un odontólogo, para confeccionarle un Protector Bucal Individual, con todas las ventajas que el mismo posee¹³. En la epilepsia, el factor emocional es un desencadenante y la ansiedad y el stress pueden gatillar una crisis¹⁴.

Es necesario que el paciente que padece epilepsia concorra a un psicólogo que acompañe al tratamiento del médico neurólogo¹⁵. En la terapia, se puede disminuir la ansiedad, el temor que tiene el paciente a la repetición de una crisis y además apoyar su estado emocional ante situaciones que le pueden producir stress, como el enfrentar un examen, la enfermedad de un

ser querido, y trabajar en su autoestima. Hacerle sentir que es una persona como todas. En la actualidad hablamos de un paciente con alguna discapacidad, no discapacitado¹⁵.

Es importante que la medicina, la odontología y la psicología se integren cada día más para colaborar en la salud del ser humano (*"El cuerpo grita lo que la boca calla"*¹⁶).

Bibliografía

1. Blanco L, Prigione C: Trauma Bucal en Pandemia. Extracción de esquirlas en el labio. Reporte de un caso, Rev Cir Infantil 2021; 31:90-97.
2. Medline: Plus Biblioteca Nacional de Medicina.
3. Oxford Lenguaje.
4. Campus Virtual de Salud Pública de la OPS. Epilepsia (OMS).
5. María José Fortuny: Síncope vs Crisis Convulsiva: Diagnóstico de Cardiología, Neurología, Urgencias, Junio 2021.
6. Fernández JL-Torre: Aureas epilépticas: Clasificación, fisiopatología, utilidades prácticas, diagnóstico diferencia y controversias. Rev Neurol 2002;34:997.
7. Claude Steriade, Maarten J Titulaer, Annamaria Vezzani et al: The association between systemic autoimmune disorders and epilepsy and its clinical implications. Brain 2021;144:372:390.
8. Cohen S, Blanco L, Prigione C: Atención Inicial de Urgencia de Traumatismos de Alto Impacto, Reporte de un Caso. Rev Cir Infantil 2020;30:70-73.
9. Blanco L, Craviño T: Cuando un traumatismo Bucal necesita ser llevado al quirófano. Reporte de un caso. Rev Cir Infantil 2022;32:118-130.
10. Cohen S, Blanco L, Prigione C: Lesiones traumáticas en los labios, Extracción esquirlas dentarias. Reporte de un caso. Rev Cir Infantil 2017;27:81-88.
11. Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina del Trauma. Simposio sobre cianoacrilatos. 2002.
12. Cantu RC: Second Syndrome Impact. Clin Sports Med 1998;17:34-44.
13. Blanco Lucía: Caída Accidental de Caballo, Rev Cir Infantil 2022;32:167-73.
14. Sarudiansky, Mercedes; Epilepsia y salud mental ¿Existen tratamientos psicológicos específicos para pacientes con epilepsia? Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 5/2020.
15. Oroquieta De Felipe J: Aspectos Psicológicos de la epilepsia, Rev de Neurología 2002;34:856-860.
16. Gómez Rodicio N: Desarrollo de una Intervención Humanística. Rodicio 01/11/2016.

Agradecimiento: Alejandro González Llanos
Estudio de fotografía y diseño: aglltrabajos@gmail.com

Trabajo enviado para evaluación en febrero de 2023.
Aceptado para publicación en abril de 2023.

Dra. Lucía Blanco.
Especialista en Endodoncia.
Ex Profesora Adjunta de la Cátedra de Odontología Clínica de la Universidad John F. Kennedy.
Especialista en Trauma Bucal.
Referente Internacional en Trauma Bucal.
Marcelo T. de Alvear 1277 Piso 2°. Dto. 32
(1058) Buenos Aires, Argentina.
Correo electrónico: lucía32blanco@gmail.com

Rabdomiosarcoma de lengua en un niño de 5 años

Dres. M. Boglione, P. D'Alessandro, M. Di Costanzo, G. Puppa, C. Sánchez La Rosa, N. Agüero, E. de Matteo, L. Galluzzo y G. Elmo
Servicios de Cirugía Pediátrica, Anatomía Patológica y Oncología, Sanatorio Itoiz, Avellaneda y Sanatorio Los Arcos, Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El rabdomiosarcoma es el tipo más común y frecuente de cáncer de tejidos blandos en la infancia y la adolescencia. La mitad de los casos se diagnostican antes de los cinco años de edad. Se presenta el caso de un niño de 5 años de edad con tumor de lengua que luego de la resección quirúrgica se diagnosticó rabdomiosarcoma. Cumplió tratamiento quimioterápico con buena evolución posterior. En los controles realizados dos años y medio después el paciente se encuentra sin signos de recidiva. El diagnóstico histológico precoz y la rápida instauración del tratamiento quimioterápico permiten ser optimistas en cuanto a una evolución alejada favorable.

Palabras clave: Rabdomiosarcoma - Lengua - Quimioterapia

Summary

Rhabdomyosarcoma is the most common and frequent type of soft tissue cancer in childhood and adolescence. Half of the cases are diagnosed before the age of five. We present the case of a 5-year-old boy with a tongue tumor who was diagnosed with rhabdomyosarcoma after surgical resection. He completed chemotherapy treatment with good subsequent evolution. In the controls carried out two and a half years later, the patient found no signs of recurrence. Early histological diagnosis and rapid initiation of chemotherapy treatment allow us to be optimistic regarding a favorable late evolution.

Index words: Rhabdomyosarcoma - Tongue - Chemotherapy

Resumo

O rabdomiossarcoma é o tipo mais comum e frequente de câncer de tecidos moles na infância e adolescência. Metade dos casos são diagnosticados antes dos cinco anos de idade. Apresentamos o caso de um menino de 5 anos com tumor de língua diagnosticado com rabdomiossarcoma após ressecção cirúrgica. Efetuou tratamento quimioterápico com boa evolução posterior. Nos controles realizados dois anos e meio depois, o paciente não encontrou sinais de recidiva. O diagnóstico histológico precoce e o rápido início do tratamento quimioterápico nos permitem ser otimistas quanto a uma evolução tardia favorável.

Palavras-chave: Rabdomiossarcoma - Língua - Quimioterapia

Introducción

Los tumores pediátricos tienen una incidencia de 150 casos/1.000.000 niños/año. La mayoría de ellos presentan buena respuesta al tratamiento; sin embargo, el cáncer en pediatría es la segunda causa de muerte luego de los accidentes, de allí la importancia de un diagnóstico temprano para ofrecer una mejor alternativa terapéutica^{1,2}.

El rabdomiosarcoma es el tipo más común y frecuente de cáncer de tejidos blandos en la infancia y la adolescencia. Esta enfermedad oncológica representa alrededor del 8% de todos los tumores malignos en niños menores de 15 años y su incidencia es de cinco casos por millón de niños^{3,4}.

La primera descripción del rabdomiosarcoma (RMS) fue realizada por Weber en 1854. Sin embargo, su publicación definitiva es atribuida a Stout en 1946. Su nombre deriva de los prefijos griegos: rabdo (estriado) y mio (músculo)^{5,6}.

Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo en que haya tejido mesenquimal, incluso donde no haya músculo estriado, ya que las células músculo estriadas se forman a partir de células

mesenquimales. Los sitios más frecuentes son la cavidad oral, orbital y nasal, región parameningea y ótica^{1,4}.

La mitad de los casos se diagnostican antes de los cinco años de edad^{3,4}. Actualmente, la sobrevida global alcanza un 60-70%. Los pacientes con metástasis al momento del diagnóstico tienen peor pronóstico con supervivencia que no supera el 30%^{3,4}.

Se presenta el caso de un niño de 5 años con rabdomiosarcoma de lengua.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino, de 5 años de edad, con antecedente de un tumor en cara superior del tercio posterior de la lengua de 2 cm de diámetro, que se desprendió espontáneamente, cuyo estudio histológico informó botriomicoma necrosado. Un mes después, aparece nuevamente el tumor, por lo que se programó una resección quirúrgica. Anatomía Patológica informó rabdomiosarcoma (RMS) fusocelular/esclerosante MyO D1 positivo (**Figuras 1 y 2**).

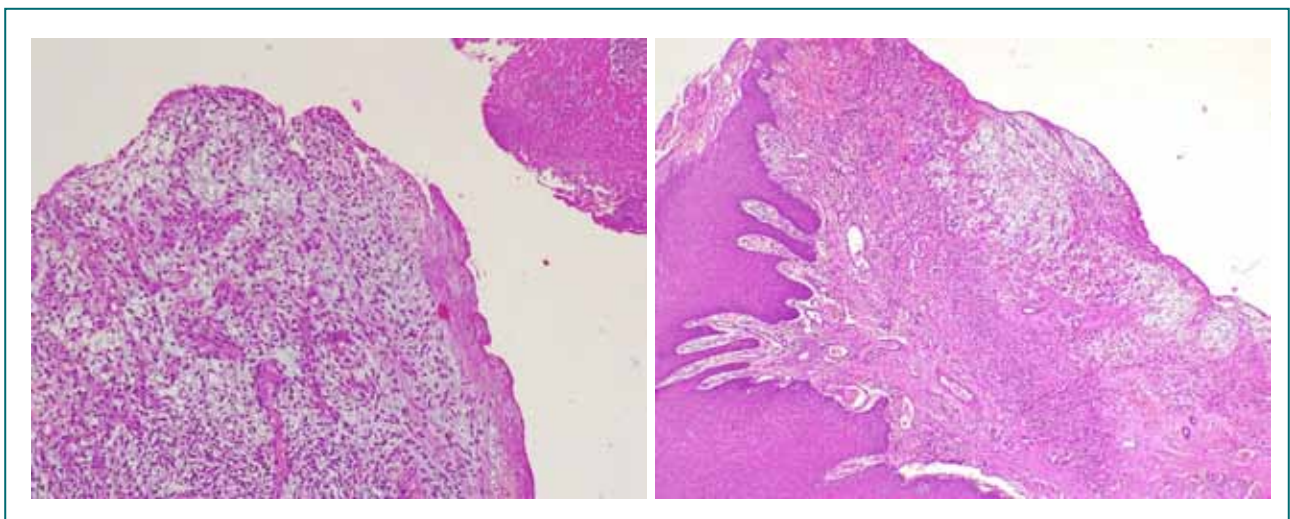


Figura 1. Proliferación de células neoplásicas en las que consisten áreas de moderada celularidad y otras con menor celularidad inmersas en un estroma mixoide. Las células son fusadas con núcleos de mediano tamaño ovoides y angulados de disposición periférica, algunas presentan citoplasma escaso eosinófilo y núcleos de mediano tamaño ovoides y angulados se disponen mayormente en haces largos.

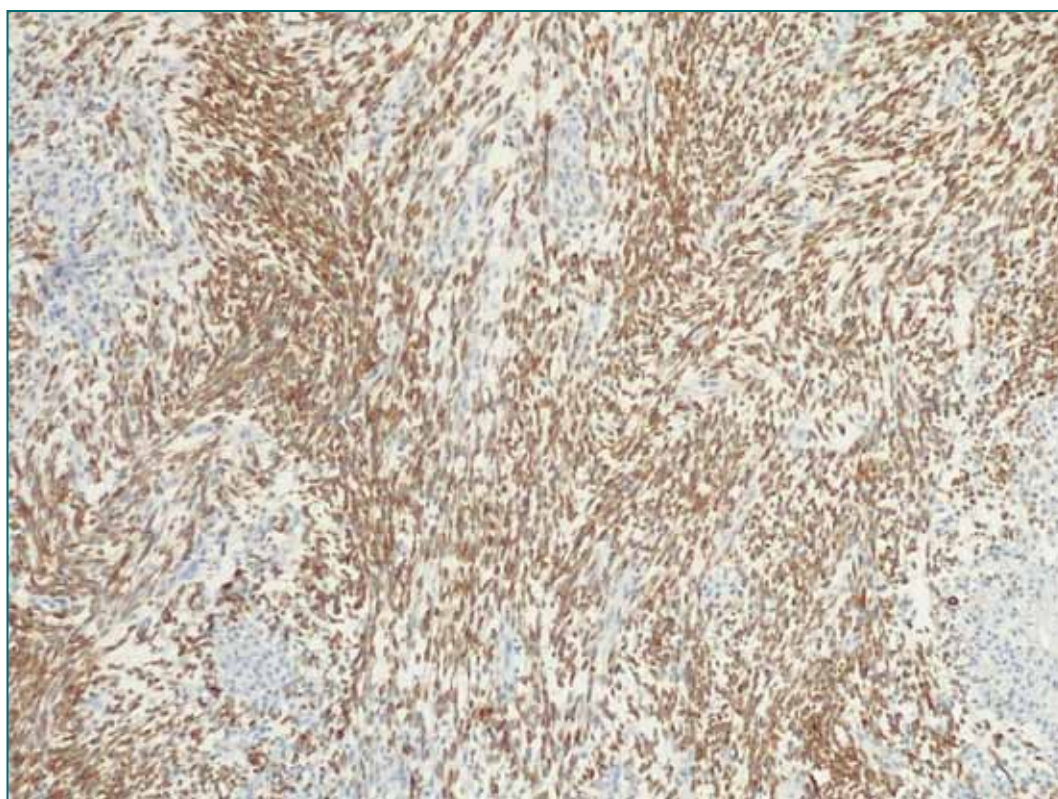


Figura 2. Técnica de inmunohistoquímica con desmina: positivo difuso.

Se realizaron estudios de estadificación (resonancia nuclear magnética de cabeza, cuello y macizo facial, tomografía por emisión de positrones corporal total, y tomografía axial computada de tórax), que no mostraron diseminación de la enfermedad.

Luego de realizada la quimioterapia correspondiente, se realizó una nueva cirugía para resear lecho quirúrgico y evaluar eventual presencia de células tumorales. El informe de Anatomía Patológica confirmó la ausencia de células neoplásicas por lo que no se indicó radioterapia.

En los controles realizados dos años y medio después el paciente se encuentra sin signos de recidiva.

Discusión

Se han identificado tres variedades histológicas principales: el RMS Embrionario con sus dos subtipos el Embrionario Botroide y el Embrionario Fusiforme (o de células espinosas), el Alveolar y el Plemórfico o indiferenciado^{7,8}. En nuestro caso se trató de un rabdomiosarcoma variante fusocelular.

Si bien este tumor puede desarrollarse a cualquier edad³, la mitad de los casos se presentan antes de los 5 años⁹. Otro pico de incidencia se da entre los 15 y 19 años de edad⁹.

Afortunadamente, el primer informe histológico de botriomicoma no retrasó el acto quirúrgico de exéresis completa, con su consecuente diagnóstico de rabdomiosarcoma, ya que está descrito que las células de los rabdomiosarcomas suelen ser de crecimiento local rápido y persistente y pueden extenderse mediante diseminación metastásica precoz por vía hematológica y linfática a otras partes del organismo^{4,9}.

La variante fusocelular del rabdomiosarcoma embrionario es más frecuente observarla en localización paratesticular. Aunque se han identificado casos aislados de localización faríngea y parameningea. La presencia en lengua es infrecuente^{9,10}.

El tratamiento suele ser multimodal, empleando quimioterapia y radioterapia, pero en este caso se indicó solo quimioterapia ya que se llevó a cabo una segunda cirugía con resección de lecho quirúrgico donde se constató ausencia de células neoplásicas¹¹.

El tamaño del tumor al diagnóstico tiene importancia en el pronóstico. Pacientes con tamaño tumoral menor de 5 cm presentan mejor supervivencia comparada con niños con tumores mayores de 5 cm⁹.

En nuestro paciente el diagnóstico histológico precoz y la rápida instauración del tratamiento quimioterápico permiten ser optimistas en cuanto a una evolución alejada favorable.

Bibliografía

1. Rey G. Sarcomas en pediatría. Rev Hosp Niños B Aires [Internet]. 2011 Jun [citado 20 Abr 2021];53(241):56-69. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con375-56-69.Rey.pdf>
2. Skapek SX, Ferrari A, Gupta AA, Lupo PJ, Butler E, Shipley J, et al. Rabdomiosarcoma. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2019 Jan [citado 20 Abr 2021];7;5(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30617281/>.
3. Bradfield SM. Rabdomiosarcoma [Internet]. Kids Health; 2016 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/rms-esp.html>
4. Muñoz Villa A. Tumores óseos. Rabdomiosarcomas. Pediatr Integral [Internet]. 2016 [citado 20 Abr 2021];XVI(7): 533-539. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2016-09/tumores-oseos-rabdomiosarcomas-2016/>
5. Gallego Melcon S. Sarcomas de partes blandas. Rabdomiosarcomas. En: Madero Lopez L, Muñoz Villa A, editores. Hematología y Oncología Pediátricas. 2da ed. [Internet]. Madrid: Ergon; 1997 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.sehop.org/>
6. Mascarenhas L, Lyden ER, Breitfeld PP, Walterhouse DO, Donaldson SS, Rodeberg DA, et al. Tratamiento basado en el riesgo para pacientes con primer remplazo o progresión de rabdomiosarcoma: Un reporte del Grupo Oncológico Pediátrico. Cáncer [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021];125(15):2602-2609. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31067356/>
7. Ma X, Huang D, Zhaouw W. Características clínicas y pronóstico del rabdomiosarcoma pediátrico: un estudio multicéntrico retrospectivo de diez años. Int J Clin Exp Med [Internet]. 2015 [citado 20 Abr 2021];8:17196-205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26770312/>
8. Sanz Marco E, España E, Alamar A, Pérez Rojas J, López Prats MJ, Díaz Llopis M. Rabdomiosarcoma alveolar orbitario enmascarado por sinusitis etmoidal en un adulto de 25 años. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2014 May [citado 20 Abr 2021];89(5):182-185. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-122242>
9. Defachelles AS, Bogart E, Casanova M, Merks H, Bisogno G, Calareso G, et al. Fase de prueba 2 estandar de combinación de vincristina e irinotecan con o sin temozolomida, en niños y adultos con rabdomiosarcoma refractario o remplazado. J Clin Oncol [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021];37(15):A-10000. Disponible en: https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.10000
10. Vega Betancourt Nuria, Jiménez Puñales Sandi, Rodríguez Santos Irene C. Rabdomiosarcoma botrioide del aparato genital femenino en paciente adolescente virgen. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Dic [citado 20 Abr 2021];42(4):524-529. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400012&lng=es
11. Zhaohui N, Xiping L, Guang Q, Lei W, Xia L, Jingjing S. Evaluación de la eficacia clínica de la quimioterapia en el Rabdomiosarcoma en los niños. Pak J Med Sci [Internet]. 2020 Jul [citado 20 Abr 2021];36(5):1069-1074. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32704291/>

Trabajo enviado para evaluación en marzo de 2023.

Aceptado para publicación en abril de 2023.

Dr. M. Boglione.
Sanatorio Itoiz.
Avellaneda. Argentina.
Correo electrónico: boglione@usa.net.

Lesión de primer trócar con compromiso vascular, intestinal y nervioso. Reporte de caso

Dres. E. Redondo Pertuz, M. Boglione, M. Dávila, J. Cornelis, I. Berra y M. Barrenechea
Servicios de Cirugía General y Cirugía Cardiovascular.
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Las complicaciones graves como la lesión vascular y la perforación intestinal asociadas a la colocación del primer trócar, son la principal causa de morbilidad y mortalidad relacionadas con la cirugía laparoscópica.

Presentamos el caso de una lesión vascular provocada con el ingreso del primer trócar empleando técnica de Hasson.

Se trata de un paciente de 12 años que debió ser laparotomizado de emergencia debido a lesión vascular. La lesión fue controlada, y el paciente evolucionó satisfactoriamente.

El reconocimiento precoz de la lesión vascular es fundamental para evitar un desenlace fatal.

Palabras clave: Laparoscopia - Trócar - Lesión vascular

Summary

Serious complications such as vascular injury and intestinal perforation associated with the placement of the first trocar are the main cause of morbidity and mortality related to laparoscopic surgery.

We present the case of a vascular lesion caused by the entry of the first trocar using the Hasson technique.

This is a 12-year-old patient who had to undergo emergency laparotomy due to vascular injury. The lesion was controlled, and the patient evolved satisfactorily.

Early recognition of vascular injury is essential to avoid a fatal outcome.

Index words: Laparoscopy - Trocar - Vascular lesion

Resumo

Complicações graves, como lesão vascular e perfuração intestinal associadas à colocação do primeiro trocater, são a principal causa de morbidade e mortalidade relacionadas à cirurgia laparoscópica.

Apresentamos o caso de uma lesão vascular causada pela entrada do primeiro trocater pela técnica de Hasson.

Trata-se de um paciente de 12 anos que precisou ser submetido a laparotomia de emergência devido a lesão vascular. A lesão foi controlada e o paciente evoluiu satisfatoriamente.

O reconhecimento precoce da lesão vascular é essencial para evitar um desfecho fatal.

Palavras chave: Laparoscopia - Trocarte - Lesão vascular

Introducción

La tasa de complicaciones graves asociadas específicamente con un abordaje laparoscópico es baja en general. Las complicaciones graves como la lesión vascular y la perforación intestinal son la principal causa de morbilidad y mortalidad relacionadas con la cirugía laparoscópica¹.

El abordaje mínimamente invasivo videoasistido revolucionó técnicamente el abordaje quirúrgico de los pacientes proporcionando grandes ventajas como mejor manejo del dolor postoperatorio, retorno precoz a la rutina del paciente y menos complicaciones postoperatorias (p. ej., infección de la herida, hernia incisional), en relación a las técnicas abiertas¹.

H. M. Hasson, en el año 1971, desarrolla una técnica alternativa de ingreso a la cavidad abdominal para la cirugía laparoscópica; en ella se practica una minilaparotomía que permite la visualización directa de la cavidad peritoneal permitiendo la introducción segura del primer trócar con el propósito de evitar daño visceral, creación del neumoperitoneo e introducción de trócares a la cavidad peritoneal. El trócar de Hasson tiene una base cónica que se adapta al orificio mayor de la pared abdominal evitando la pérdida del neumoperitoneo²⁻⁴.

Presentamos el caso de una lesión vascular provocada con el ingreso del primer trócar empleando dicha técnica.

Presentación del caso

Paciente de 12 años que consulta por cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha (FID) asociado a náuseas. Niega vómitos y fiebre. Al examen físico se palpó el abdomen globoso por panículo adiposo, blando, depresible y no distendido. Doloroso a la palpación de FID sin defensa ni reacción peritoneal.

Laboratorio de ingreso: leucocitos: 17460, neutrófilos 77%, Hb: 13.9, plaquetas 300.000, coagulograma normal. Ecografía de ingreso informó aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica, ganglios mesentéricos en rango no adenomegálico y apéndice cecal visible en flanco derecho de 10 mm de diámetro anteroposterior, sin líquido libre.

Se decide conducta quirúrgica con abordaje laparoscópico.

Descripción del parte quirúrgico

Incisión arciforme infraumbilical. Diéresis tejido celular subcutáneo. Incisión de aponeurosis. Se coloca trócar de cuchilla retraíble de 12 mm (Trocara VersaOne™ Blade) en ombligo. Se constata trócar en cavidad. Insuflación del neumoperitoneo. Se colocan 2 trócares de trabajo de 5 mm en flanco izquierdo e hipogastrio.

Se observa sangre en cavidad que se aspira. Se observa apéndice gangrenoso. Al movilizar el ciego se observa que el sangrado proviene del retroperitoneo por lo que se decide convertir a laparotomía mediana supraumbilical. Se incide retroperitoneo y se observa sangrado proveniente de aorta a nivel de la bifurcación ilíaca y de vena cava inferior. Se identifican sitios de sangrado y se colocan clamps de Satinsky para controlar la hemorragia. Se suturan los vasos con puntos de Prolene® 4/0 y 5/0. Apendicectomía típica. Se sutura una perforación de íleon distal (secundaria al trocar) con ácido poliglicólico 4/0 en dos planos y una lesión de cúpula vesical (ocasionada al realizar la laparotomía) con puntos de ácido poliglicólico 3/0 en dos planos. Se ofrece drenaje al lecho quirúrgico.

Durante la cirugía, el paciente requirió transfusión de 6 unidades de glóbulos rojos, plasma y crioprecipitados.

Paciente cursa postoperatorio inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y soporte inotrópico. Desde el aspecto abdominal cursa un posoperatorio habitual. Sin embargo, a nivel del miembro inferior derecho (MID) presenta pulsos y temperatura disminuida con áreas de hipoperfusión.

Se realiza angiografía computada que en la fase arterial muestra ausencia de contraste a nivel proximal de la arteria ilíaca principal derecha de 4.8 cm de longitud, con imagen de falta de relleno en semiluna en la porción distal del segmento, hipodenso, compatible con trombo endoluminal. La arteria ilíaca distal a dicho segmento, sus ramas externa e interna y la arteria femoral homolaterales presentan disminución de calibre respecto a las contralaterales (Figura).

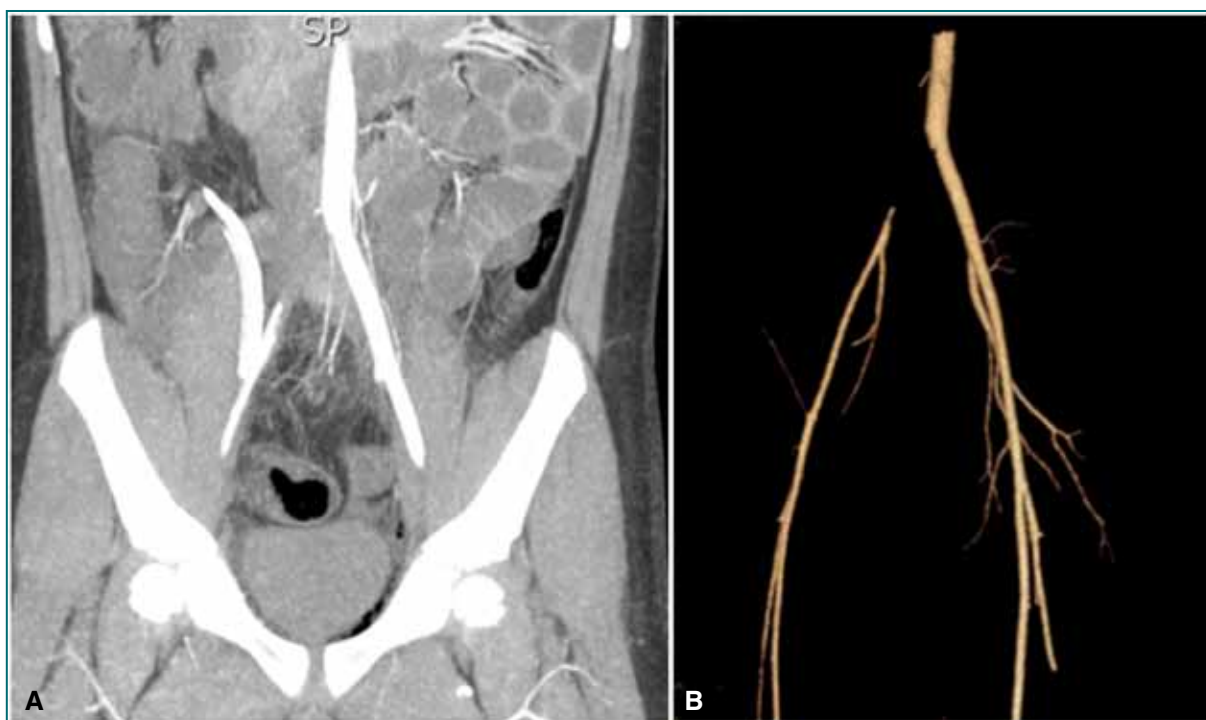


Figura. A: Corte tomográfico en fase arterial. B: Reconstrucción vascular en 3D.

El servicio de Hemodinamia realizó una arteriografía por punción femoral izquierda evidenciando oclusión segmentaria proximal de arteria ilíaca común derecha por lo cual realizaron una angioplastia. Control radioscópico satisfactorio, con buen pasaje de contraste hacia arteria femoral común derecha. Sin estenosis residual.

Al examen físico se evidenció mejoría franca la perfusión del MID con limitación de la movilidad de dicho miembro. El electromiograma informó lesión mononeuropática, de tipo neurotómica del nervio ciático mayor derecho, sin actividad denervatoria actual.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, con paresia mínima transitoria. Cinco años después del evento desarrolla lleva a cabo sus actividades habituales.

Discusión

La tasa de complicaciones asociadas específicamente con un abordaje laparoscópico es baja en general. A modo de ejemplo, del 0,2 al 18% de las laparoscopias ginecológicas se asocian con alguna complicación; 0,6 a 14,6% están asociados con una complicación mayor; y 0,02% resultan en una fatalidad⁵. Las lesiones vasculares y gastrointestinales relacionadas con el acceso

son las principales causas de muerte después de la cirugía laparoscópica⁶. Si bien Hasson describió esta técnica para evitar las lesiones vasculares y de víscera hueca existen descripción amplia de ocurrencia de las mismas⁶.

Ahmad y colaboradores, en ensayos controlados aleatorizados, evaluaron beneficios y riesgos de diferentes técnicas de entrada laparoscópica comparando las distintas alternativas de entrada a la cavidad abdominal⁷.

Para Molloy las lesiones intestinales ocurren en 0,7/1.000 y las lesiones vasculares mayores en 0,4/1.000. La incidencia global de lesiones graves en el momento del ingreso es de 1,1/1.000. La técnica de entrada directa se asocia con una incidencia de lesión importante significativamente reducida de 0,5/1000, en comparación con los productos de entrada abierta y de entrada con aguja de Veress (1,1 y 0,9/1000 respectivamente, $p = 0,0005$)⁸.

Las lesiones intestinales relacionadas con la entrada se notifican con mayor frecuencia después de laparoscopias quirúrgicas generales que con procedimientos ginecológicos ($p = 0,001$). No se observa tal diferencia en la incidencia de lesiones vasculares ($p = 0,987$). La entrada abierta es estadísticamente más probable que se asocie con lesión intestinal que la aguja de Veress o

la entrada directa. Sin embargo, la entrada abierta parece minimizar la lesión vascular en el momento de la entrada⁸.

King y colaboradores, en una revisión sistemática de varios motores de búsqueda analizaron 1097 estudios para su inclusión y se revisaron 147 artículos de texto completo concluyendo que entre los grandes vasos retroperitoneales, las arterias ilíacas derechas se lesionan en 41-48% de los casos, seguidas por las venas ilíacas derechas (38%), venas ilíacas izquierdas (29%), aorta (13-25%), vena cava inferior (6-11%) y vasos mesentéricos (6-17%)⁹.

El reconocimiento precoz de la lesión vascular mayor es de vital importancia. Las lesiones vasculares importantes pueden reconocerse inme-

diatamente al observar sangre libre en la cavidad abdominal. Sin embargo, es posible que la lesión vascular no se aprecie de inmediato debido a que la hemorragia se localice en el mesenterio o el retroperitoneo en lugar de la cavidad peritoneal. El tratamiento recomendado de la lesión de un vaso importante con hemorragia masiva consiste en una laparotomía rápida y control de la hemorragia mediante presión directa hasta que llegue un cirujano con experiencia en procedimientos vasculares¹⁰.

En nuestro caso, la laparotomía realizada inmediatamente luego de observar sangre en la cavidad abdominal, fue fundamental para controlar el sitio de sangrado precozmente, y evitar un desenlace fatal.

Bibliografía

1. Shabanzadeh DM, Sørensen LT. Laparoscopic surgery compared with open surgery decreases surgical site infection in obese patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2012; 256:934.
2. Hasson HM. A modified instrument and method for laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 110: 886-887.
3. Hasson HM. Laparoscopia abierta como método de acceso en cirugía laparoscópica. *Gynaecol Endosc* 1999; 8:353.
4. Hasson HM, Rotman C, Rana N, Kumari NA. Laparoscopia abierta: 29 años de experiencia. *Obstet Gynecol* 2000; 96:763.
5. Watrowski R, Kostov S, Alkatout I. Complications in laparoscopic and robotic-assisted surgery: definitions, classifications, incidence and risk factors - an up-to-date review. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2021; 16:501.
6. Fuller J, Ashar BS, Carey-Corrado J. Trocar-associated injuries and fatalities: an analysis of 1399 reports to the FDA. *J Minim Invasive Gynecol* 2005; 12:302.
7. Ahmad G, Baker J, Finnerty J, et al. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 1:CD006583.
8. Molloy D, Kaloo PD, Cooper M, Nguyen TV. Laparoscopic entry: a literature review and analysis of techniques and complications of primary port entry. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42:246.
9. King NR, Lin E, Yeh C, et al. Laparoscopic Major Vascular Injuries in Gynecologic Surgery for Benign Indications: A Systematic Review. *Obstet Gynecol* 2021; 137:434.
10. Sandadi S, Johannigman JA, Wong VL, et al. Recognition and management of major vessel injury during laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; 17:692.

Trabajo enviado para evaluación en mayo 2023.
Aceptado para publicación en junio de 2023.

Dr. E. Redondo Pertuz.
Servicio de Cirugía General.
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan.
Buenos Aires, Argentina.

Índice de autores

Agüero N	31
Barrenechea M	35
Berazategui R	4
Berra I	35
Blanco L	15
Boglione M	31, 35
Cornelis J	35
Dávila M.....	35
D'Alessandro P	31
de Matteo E	31
Di Costanzo M	31

Elmo G	31
Galluzzo L	31
Gutiérrez Gammino L	6
Grupo Patagónico	10
Puigdevall JC	6
Puppa G	31
Redondo Pertuz E	35
Sánchez La Rosa C	31

Índice temático

Boca	15, 31
Cirugía Pediátrica	4
Epilepsia	15
Historia	4, 6, 10
Jornadas	6, 10
Laparoscopia	35
Lengua	31
Lesión vascular	35

Patagónicas	10
Quimioterapia	31
Rabdomiosarcoma	31
Rioplatenses	6
Trauma	15
Trócar	35
Tumor	31
Uruguay	4

