RESUMEN

CURRICULUM VITAE

Nombre: Dr. Juan José Pablo Cortés Romano.

Cirugía General y Cirugía Laparoscópica.

Fecha de Nacimiento: 14 de octubre de 1965. Nacionalidad: Mexicana.

Domicilio: Av. San Jerónimo #1712-7, Col. Lomas Quebradas, Del. Magdalena Contreras, México D.F.

R. F. C.: CORJ-651014 7YA.

Cédula Profesional: 1625655.

Cédula de especialidad: 4801803

Consejo Mexicano de Cirugía General: Folio 24294, recertificación 2015.

Consultorio Médico:

- Camino A Santa Teresa 1055-505, Col. Héroes de Padierna, Del. Magdalena Contreras, Tel.5652-22-13 5568-9366, Celular. 55 54524497. Hospital Ángeles del Pedregal.

Enseñanza Superior:

Estudios Profesionales: Escuela Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, México D.F., 1985-1988. Internado de Pregrado: H. G. Z. No 1 I.M.S.S. Querétaro, Qro. 1989. Examen Profesional, enero 1990. Examen Nacional de Residencia: Secretaria de Salud, 1990. Postgrado: Cirugía General, Hospital Ángeles del Pedregal, 1991-1994.Consejo Mexicano de Cirugía General (último), 5 de marzo 2015, Folio 24294.

Cursos:

- XIX Congreso Internacional De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2010.
- XXXIV Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugia General. Noviembre 2010.
- XX Congreso Internacional De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2011.
- XXXV Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Noviembre 2011.
- IX Ecos En Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Febrero 2012.
- XXI Congreso Mundial De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2012.
- XXXVI Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Noviembre 2012.
- X Ecos En Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Febrero 2013.
- XXII Congreso mundial De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2013.
- XXXVII Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Noviembre 2013.
- XI Ecos En Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Febrero 2014.

- XXII Congreso mundial De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2014.
- XXXVIII Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Noviembre 2014.
- XII Ecos En Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Febrero 2015.
- XXIII Congreso mundial De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2015.
- XXXIX Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Noviembre 2015.
- XIII Ecos En Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Febrero 2016.
- XXIV Congreso mundial De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2016.
- XL Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Noviembre 2016.
- XIV Ecos En Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Febrero 2017.
- XXV Congreso mundial De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2017.
- XIX Congreso Internacional de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas. Julio 2017.
- XLI Congreso Internacional De Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Noviembre 2017.
- XV Ecos En Cirugía General. Asociación Mexicana De Cirugía General. Febrero 2018.
- XXVI Congreso mundial De Cirugía Endoscópica. Asociación Mexicana De Cirugía Endoscópica. Mayo 2018.

Trabajos en Congresos de Cirugía General

- Pancreatitis traumática "Presentación de un caso y revisión de la literatura.
- Cirugía toracoscópica "Presentación de un caso y revisión de la literatura.
- "Colecistectomía por mini laparotomía" experiencia personal.
- Trabajo cartel: "Trauma pancreático".
- Trabajo cartel: "Bazo errante".
- "Estudio comparativo entre cirugía antirreflujo convencional y laparoscópica en el trans y postoperatorio inmediato".
- "Estudio comparativo entre hernioplastia inguinal convencional contra laparoscópica".
- "Adenocarcinoma renal. Experiencia de diez años en el Hospital Ángeles del Pedregal".
- "Diez años de experiencia en el manejo de pacientes con isquemia mesentérica aguda en el Hospital Ángeles del Pedregal".
- "Valor predictivo de un sistema de calificación de trauma (trauma score) en pacientes heridos por arma de fuego en el Hospital Ángeles del Pedregal".
- "Complicaciones de cirugía de banda gástrica ajustable por vía laparoscópica"
- "Cirugía bariátrica laparoscópica con banda gástrica ajustable estudio prospectivo, reporte preliminar"

- Reintervención de hiato esofágico por vía laparoscópica. Reporte de 3 casos.
- Reoperación de cirugía de banda gástrica ajustable por vía laparoscópica. Reporte de 2 casos.
- Resección de quiste mesentérico por vía laparoscópica.
- Esplenectomía laparoscópica con uso de bisturí armónico.
- Resección de quiste mesentérico por laparoscopia.
- Cirugía bariátrica difícil
- Sandostatina para el tratamiento de pacientes con fistulas pancreáticas y gastrointestinales: reporte de 6 casos.
- Páncreas divisum: presentación de un caso.
- Desmantelamiento y corrección de funduplicatura fallida.
- Tratamiento de la fuga anastomótica en bypass gástrico por laparoscopia.
- Eficacia del minigastric bypass en el tratamiento de la obesidad mórbida.
- Abordaje laparoscópico de la oclusión intestinal: reporte de tres casos.
- Esófago en cascanueces y divertículo esofágico epifrénico, manejo laparoscópico con monitoreo endoscópico. (1er. Lugar videos)
- Manejo laparoscópico con monitoreo endoscópico transoperatoria de la acalasia.

Publicaciones

- "Cirugía bariátrica laparoscópica con banda gástrica ajustable estudio prospectivo, reporte preliminar" Cirujano general. Vol. 21. Supl. 1. Pag. 25.
- Ruiz LJ, Castillo GA, González PI, Barinaga-Rementeria R, Maldonado VA, Cornejo LG, Nájera RI, Cortés RP, Echeverri ND. Nutcracker esophagus and epiphrenic diverticulum: A case report. Rev Mex Cir Endoscop 2010; 11 (1)
- Banda gástrica penetrada. Una alternativa de tratamiento. Denis José Echaverry-Navarrete, Angélica Maldonado-Vázquez, Pablo Cortes-Romano, Ricardo Cabrera-Jardines, Erwin Eduardo Mondragón-Pinzón y Federico Armando Castillo-González. Cirugía y Cirujanos. 2015;83(5):418—423.
- Bypass gástrico laparoscópico simplificado. Experiencia inicial. Luis Hernández-Miguelena Angélica Maldonado-Vázquez Pablo Cortés-Romano Daniel Ríos-Cruz Raúl Marín-Domínguez Armando Castillo-González. Cir Cir 2014; 82:262-267.
- Tratado De Cirugía General. Tercera Edición, Ciudad De México, Editorial El Manual Moderno. 2017. Capitulo 129 "Tumores benignos y malignos del esófago".
- Tratado De Cirugía General. Tercera Edición, Ciudad De México, Editorial El Manual Moderno. 2017. Capitulo 223 "Banda Gástrica Ajustable".

Actividad de Enseñanza:

- **Profesor invitado al curso de especialidad en Cirugía General, Hospital Ángeles del Pedregal/ Facultad de Medicina Universidad La Salle, 1994 a 2010.**
- **Profesor adjunto al curso de especialidad en Cirugía General, Hospital Ángeles del Pedregal/ Facultad de Medicina Universidad La Salle, 2011 a 2019.**
- **Profesor en distintos congresos de Cirugía General y Cirugía Endoscópica.**

Asociaciones:

- Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica.
- Asociación Mexicana de Cirugía General.
- Sociedad Médica del Hospital Ángeles del Pedregal.
- Sociedad Médica del Hospital Español.

Actividad profesional actual:

- Cirujano general, Hospital Ángeles del Pedregal.

04 de abril de 2019

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

En nombre de los Estados Unidos Mexicanos y como jefe del Registro Civil en el Distrito Federal, certifico que en el archivo de esta oficina se encuentra un acta del tenor siguiente: JUAN JOSE PABLO CORTES ROMANO

ACTA DE NACIMIENTO

61

Partida Núm. 60

[illegible]

PADRES

Nombres: [illegible]

Edad: [illegible]

Ocupación: [illegible]

Nacionalidad: [illegible]

Domicilio: [illegible]

ABUELOS PATERNOS

Nombres: [illegible]

Domicilio: [illegible]

ABUELOS MATERNOS

Nombres: [illegible]

Domicilio: [illegible]

TESTIGOS

Nombres: [illegible]

Edad: [illegible]

Ocupación: [illegible]

Domicilio: [illegible]

Los testigos declaran que los [illegible] de la [illegible]

Lugar de Nacionalidad: [illegible]

El compareciente que tiene su domicilio en el lugar citado

Leída la presente esta la ratificaron y firman los que saben [illegible]

[illegible]

2030

DERECHOS: $ 23.00.- ART. 690, FRACC. I, DE LA LEY DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

+24418

ES COPIA FIEL SACADA DE SU ORIGINAL QUE OBRA EN EL LIBRO No. 64 FOJA No. 61 PARTIDA No. 60 DEL AÑO DE 1965 LEVANTADA EN EL JUZGADO DEL REGISTRO CIVIL No. 9a Y QUE EXPIDO EN LA CIUDAD DE MEXICO A LOS 25 DIAS DEL MES DE octubre DE 19 79

EL JEFE DE LA OFICINA CENTRAL DEL REGISTRO CIVIL

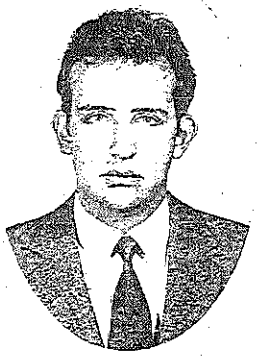
[illegible]

140-00

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU

La Universidad Nacional Autónoma de México



otorga a

Juan José Pablo Cortés Romano

el título de

Médico Cirujano

en virtud de haber terminado los estudios en la Universidad La Salle institución con enseñanza incorporada a la U.N.A.M. conforme a los planes autorizados por el H. Consejo Universitario y haber sido aprobado en el examen profesional que sustentó el día 21 de enero de 1990, según consta en esta Universidad.

Por mi Raza hablará el Espíritu

Cd. Universitaria, México, D. F., a 18 de septiembre de 1991.

001-77

El Secretario General

Dr. Salvador Malo

El Rector

Dr. José Sarukhán

Firma del Interesado

Ciudad Universitaria, D.F.
a 18 de septiembre de 1991,
anotado a fojas 201 del
libro respectivo
El Director General de
Administración Escolar

Ing. Juan Ursul Solanes

S. E. P.
DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES
DEPARTAMENTO DE REGISTRO
Y EXPEDICION DE CEDULAS

REVISADO Y CONFRONTADO

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES
Registrado a fojas 114
del Libro B 162
de Registro de Títulos Profesionales y
Grados Académicos
bajo el número 06
cédula Nº 1625655
México, D. F. a 14 de octubre de 1991
EL REGISTRADOR

007155

UNIVERSIDAD LA SALLE

La

Universidad La Salle

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Extiende a

Juan José Pablo Cortés Romano

El Diploma de

Médico Cirujano

En atención a que terminó los estudios conforme a los planes autorizados por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, y fue aprobado en el Examen Profesional el día 19 de Enero de 1990 según constancias que obran en los archivos de esta Universidad.

"Indivisa Manent"

Dado en la Ciudad de México Distrito Federal

El Director de la Escuela
Dr. Abdo Bizieni Adem

El Rector de la Universidad
Dr. José Cervantes Hernández

La Universidad La Salle

Otorga a

Juan José Pablo Cortés Romano

El Diploma de

Especialidad en Cirugía General

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios por Decreto Presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 1987, en atención a que terminó los estudios correspondientes y acreditó los requisitos establecidos para ello.

En la Ciudad de México, D.F., a 26 de enero del 2006.

El Vicerrector Académico de la Universidad

Ing. Edmundo G. Barrera Monsiváis.

El Rector de la Universidad

Mtro. Raúl Valadez García.

El presente Diploma que expedido a favor de:

Juan José Pablo Cortés Romano

quien cursó los estudios de la Especialidad en Cirugía General

Y aprobó conforme a Tesis

El día 19 de enero del 2006

quedó registrado en el libro No. 1

Foja No. 17

En la Ciudad de México, D.F.

a 26 de enero del 2006

Directora de Servicios Escolares

Hortencia Negretti Rodríguez

ARCHIVO GENERAL DE PROFESIONISTAS

Registrado a fojas 101

del libro A 460

Bajo el número 4601803

cédula No.

México, D.F. a 22 de Mayo de 2006

EL REGISTRADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

SCP SESIC DGES

Acta de Autenticación No. 0059

No. de cuenta 916461

18958

La

Universidad La Salle
Escuela Mexicana de Medicina

Otorga a

José Pablo Cortés Romano

El Diploma de

Especialista en Cirugía General

En atención a que terminó el Curso de Posigrado en Cirugía General del 1 de Marzo de 1991 al 28 de Febrero de 1994, en el Hospital Angeles del Pedregal, con Reconocimiento de la Escuela Mexicana de Medicina.

"Indivisa Manent"

Dado en la Ciudad de México el 28 de Febrero de 1994.

Mtro. Lucio Cantón De Schrijver
El Rector

Dr. José Ramírez Degollado
El Director

Ing. Ambrosio Luna Salas
El Vicerrector

El Hospital Angeles del Pedregal

otorga el presente

DIPLOMA

Al Dr.(a) *José Pablo Cortés Romano*

Por haber realizado satisfactoriamente el curso de especialización en

CIRUGIA GENERAL

del 1º de Marzo de 1991 al 28 de Febrero de 1994.

Director General	Director Médico	Jefe de Enseñanza	Coordinador de Cursos de Posgrado	Titular del Curso
Sr. Olegario Vázquez Raña	Dr. José Luis Ibarrola Calleja	Dr. Juan Ortega Cerda	Dr. Ariel Martínez Oñate	Dr. Vicente Guarner Dalias

CÉDULA 4801803

SEP

México D.F. 22 de Mayo del 2006

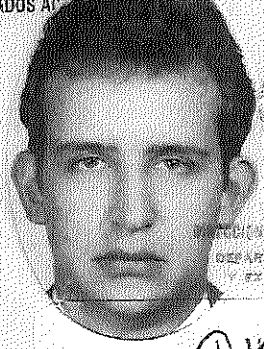
FIRMA DEL TITULAR

CEDULA 1625655

TITULO REGISTRADO A FOJAS 114-06

DEL LIBRO A162

DE REGISTRO D[illegible] PROFESIONALES Y GRADOS AC[illegible]



S. E. P.
DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES
DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y EXPEDICIÓN DE CEDULAS

FIRMA DEL INTERESADO

TGN.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

CÉDULA 4801803

EN VIRTUD DE QUE

JUAN JOSE PABLO
CORTES
ROMANO

CURP: CORJ651014HDFRMN05

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º CONSTITUCIONAL RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL DISTRITO FEDERAL Y SU REGLAMENTO SE LE EXPIDE

EN EDUCACIÓN DE TIPO SUPERIOR LA

CÉDULA

PERSONAL CON EFECTOS DE PATENTE PARA EJERCER PROFESIONALMENTE EN EL NIVEL DE

ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

VÍCTOR EVERARDO BELTRÁN CORONA
DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES

1625655

EN VIRTUD DE QUE JUAN JOSE PABLO CORTES ROMANO

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTICULO 5º CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE PROFESIONES Y SU REGLAMENTO SE LE EXPIDE LA PRESENTE

CEDULA

CON EFECTOS DE PATENTE
PARA EJERCER LA PROFESION DE

MEDICO CIRUJANO

MEXICO, D.F., A 14 DE [illegible] DE 19 71

EL DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES

ENRIQUE SANCHEZ BRINGAS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
CONACEM
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

CMCG

EL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA GENERAL, A.C.

extiende el presente

CERTIFICADO

como

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

AL:

Dr. Juan José Pablo Cortés Romano

en virtud de haber demostrado la competencia requerida para el ejercicio de la especialidad en los Estados Unidos Mexicanos

Vigencia de: 05 de Marzo de 2015 a 05 de Marzo de 2020

2015 - 2020

Dr. Ricardo Blas Azotla
Presidente del Consejo

Dr. Pablo Miranda Fraga
Responsable del Proceso de Evaluación

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Presidente del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas

México, D.F., 05 de Marzo de 2015

Con fecha 05 de Marzo de 2015,
quedó inscrito a fojas _____ del libro ____,
de Certificaciones de este Consejo.
No. de Certificado C-24294.

Responsable de la elaboracion del presente Diploma

Capítulo 223

Banda gástrica ajustable

Gustavo Ramírez Wiella Schwuchow, Juan José Pablo Cortés Romano, Humberto Solís Téllez

Preguntas clave

1. ¿En qué consiste la cirugía de banda gástrica ajustable por laparoscopia?
2. ¿Cuáles son las indicaciones para cirugía metabólica, según los Institutos Nacionales de Salud?
3. ¿Cuál es el mecanismo de acción de la banda gástrica?
4. ¿Cuáles son las técnicas quirúrgicas para la colocación de banda gástrica ajustable?
5. ¿Cuál de las dos técnicas se asocia con más deslizamientos de la banda?
6. ¿Cuál es el seguimiento y ajustes sugeridos en el control de banda gástrica?
7. ¿Cuál es el volumen en mL para el ajuste inicial de la banda?
8. ¿Cuál es la meta en exceso de peso perdido a dos años, para los pacientes con banda gástrica?
9. ¿Cuál es la vida media útil de la banda gástrica?
10. ¿En qué comorbilidad se ve mayor mejoría con el uso de banda gástrica?

OBJETIVOS

1. Conocer los inicios de la cirugía de banda gástrica.
2. Describir los aspectos técnicos de la colocación de la banda gástrica ajustable por laparoscopia.
3. Conocer los aspectos técnicos y proceso de ajuste de la banda.
4. Resumir los datos disponibles sobre los resultados de banda gástrica.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica puede proporcionar una pérdida de peso eficaz, mejoría y hasta resolución de comorbilidades relacionadas con obesidad. La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) es 30.3% de toda la cirugía bariátrica realizada entre 2009 y 2010 en Reino Unido.[1]

El procedimiento laparoscópico de BGAL consiste en la colocación de una banda de silicón ajustable alrededor de la parte más superior del estómago justo por debajo de la unión gastroesofágica. El nivel de restricción se puede ajustar por adición o eliminación de solución salina de la banda a través de un puerto subcutáneo fijado a la aponeurosis. La BGAL es el procedimiento bariátrico más seguro, con mortalidad y morbilidad mínima. Se puede llevar a cabo de forma ambulatoria o con un día de internamiento.[2]

La BGAL ha demostrado a lo largo del tiempo tener tasas bajas de complicaciones; sin embargo, durante su introducción sufrió de alta frecuencia de complicaciones y morbilidad posoperatoria, debido principalmente a la presencia de prolapso gástrico (bolsa gástrica) a través de la banda con el aumento progresivo de la bolsa por encima de la banda; esto provoca síntomas obstructivos, reflujo y vómito. La bolsa se reportó por primera vez en 1995 y ha sido la complicación más importante en los estudios observacionales.[3]

El mecanismo de acción de BGAL es la inducción de saciedad con menores cantidades de alimento, seguido de un tiempo mayor y sostenido de la misma. La banda no debería limitar físicamente el tránsito completo de alimentos. De igual manera necesita permitirse un mínimo residuo alimentario sobre la banda después de la alimentación, si la banda se encuentra implantada y ajustada de forma adecuada. La hipótesis es que los efectos mecánicos de la banda y el paso del bolo alimenticio a través de esta zona de resistencia generan señales de presión mientéricas que contrarregularan saciedad y motilidad.[4] Al realizar manometría de alta resolución y fluoroscopia se ha demostrado que la BGAL produce una presión intraluminal de 20 a 30 mm Hg justo proximal a la UEG, misma que retrasa el tránsito del bolo alimenticio hacia la porción inferior.[5]

La eficacia de un procedimiento bariátrico se basa principalmente en qué tan efectivo es el procedimiento y las metas que alcanza en específico en la pérdida de peso y cuestiones técnicas, como tiempo quirúrgico, tasas de conversión, estancia intrahospitalaria, cirugía de revisión, conversión y efectos psicosociales.[5]

A medida que se entendió el mecanismo de acción de la BGAL, se vio la importancia de crear programas y guías poscolocación de la BGAL, para seguimiento regular, dándole al paciente educación acerca de la elección de alimentos, modo de alimentación (pequeñas porciones), y haciendo hincapié en la importancia de la masticación lenta y completa del bolo. Las adecuaciones de la BGAL deben centrarse en la induc-

Capítulo 129

Tumores malignos y benignos del esófago

Juan José Pablo Cortés Romano, Víctor Iván Peña Vilchis, Gregorio Zubieta O'Farrill

Preguntas clave

1. ¿Cuáles son las clasificaciones más usadas para los tumores esofágicos benignos?
2. ¿Cuál es el sitio más frecuente donde se localizan leiomiomas esofágicos?
3. ¿Cuáles son las presentaciones clínicas más frecuentes con las que debutan las lesiones esofágicas?
4. ¿Cuál es el estudio de mayor utilidad en el abordaje diagnóstico de una lesión esofágica?
5. ¿Cuáles son las estirpes histológicas más frecuentes que se presentan en neoplasias malignas de esófago?
6. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de carcinoma esofágico de células escamosas?
7. ¿Cuál es la lesión premaligna para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico?
8. ¿Cuál es la clasificación más empleada para etapificar el cáncer de esófago?
9. ¿Cuál es el síntoma más frecuente que presentan los pacientes con tumores esofágicos malignos?
10. ¿Cuál es el manejo que aumenta de modo significativo la sobrevida en pacientes con cáncer de esófago?

TUMORES BENIGNOS DEL ESÓFAGO

INTRODUCCIÓN

Los tumores benignos del esófago son tumores raros.[1] Diversas series de casos se han descrito en la literatura y en general reportan una incidencia de tumores benignos del esófago menor de 1% de todos los tumores esofágicos y representan menos de 5% de los tumores esofágicos resecados de manera quirúrgica.[1,2] La mayoría de las lesiones benignas esofágicas es asintomática debido a la localización subepitelial de las mismas; cuando estas lesiones llegan a ser sintomáticas es porque se trata de grandes lesiones intramurales o intraluminales. El síntoma más frecuente es disfagia.[2] La clasificación de los tumores benignos de esófago se basa en dos criterios: histología de la lesión y localización de la misma en relación con las capas de la pared esofágica.[2] El primer caso reportado de un tumor benigno del esófago fue hecho en 1559 por Sussius, quien observó una lesión en esófago distal sugestiva de un leiomioma durante una necropsia. El primer tratamiento exitoso de una lesión esofágica benigna fue realizado en 1932 por Sauerbach quien practicó una esofagectomía parcial con esofagogastrostomía por leiomioma. En 1933, Oshawa efectuó la primera enucleación abierta de un tumor benigno de esófago; pero no es sino hasta 1937, que Churchill llevó a cabo la primera enucleación abierta de un tumor benigno de esófago en EUA, describiendo histológicamente la lesión como leiomioma. Desde ese momento, la cirugía esofágica relacionada con tumores benignos de esófago ha evolucionado, llegando a ser en la actualidad la cirugía de mínima invasión (toracoscopia y endoscopia) con mejores resultados.[3]

CLASIFICACIÓN

Se han propuesto diferentes clasificaciones para tumores benignos esofágicos, las más comunes se basan en histología del tumor y en su propia ubicación, en relación con las capas de la pared esofágica[2] (cuadro 129-1).

La mayoría de los tumores benignos de esófago se localiza en el tercio medio y tercio distal del esófago; los tumores que se desarrollan en el esófago cervical son raros, excepto los pólipos fibrovasculares, cuya ubicación más frecuente es el tercio proximal del esófago.[2,3]

Tumores esofágicos benignos epiteliales

Estos tumores son muy raros en el esófago. El papiloma esofágico es una formación tumoral polipoide benigna.[3,4] Se ha sugerido la implicación de infección por virus del papiloma humano (VPH), aunque no se ha llegado a demostrar. El papiloma está compuesto por papilas que contienen un eje conjuntivo vascular, recubierto de un epitelio estratificado hiperplásico, cuyas células presentan una maduración completa desde la capa basal hasta la superficie. Se debe diferenciar dicha lesión de los auténticos condilomas, que se localizan con muy poca frecuencia en el esófago. El riesgo de degenera-

Artículo original
Cir Cir 2014;82:262-267.

Bypass gástrico laparoscópico simplificado. Experiencia inicial

Luis Hernández-Miguelena
Angélica Maldonado-Vázquez
Pablo Cortés-Romano
Daniel Ríos-Cruz
Raúl Marín-Domínguez
Armando Castillo-González

Clínica de obesidad, Hospital Ángeles del Pedregal y Hospital San Ángel Inn. México, Distrito Federal.

RESUMEN

Antecedentes: la cirugía de la obesidad comprende diversos procedimientos gastrointestinales. El *bypass* gástrico en Y de Roux es el prototipo de los procedimientos mixtos y el más practicado en el mundo en sus diversas variedades. Una técnica similar y novedosa es la adoptada por Cardoso-Ramos y Galvao denominada "*bypass* simplificado" que rápidamente se aceptó por la mayor facilidad y resultados muy parecidos a la técnica convencional.

Objetivo: describir los resultados a un año del *bypass* gástrico simplificado para el tratamiento de la obesidad mórbida.

Material y métodos: estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes a quienes se realizó *bypass* gástrico de enero de 2008 a julio de 2012, en la clínica de obesidad de un hospital privado de la Ciudad de México.

Resultados: se estudiaron 90 pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida, con límites de edad de 18 y 65 años, operados para *bypass* gástrico simplificado. En 10% de los pacientes hubo complicaciones, las más frecuentes fueron: hemorragia y hernia interna. Durante el periodo de estudio la mortalidad fue de 0%. La pérdida de peso promedio a los 12 meses fue de 72.7%.

Conclusión: el *bypass* gástrico simplificado laparoscópico es una cirugía segura, con buenos resultados a mediano plazo, y con una pérdida del exceso de peso adecuada en 71% de los casos.

Palabras clave: *bypass* gástrico, obesidad mórbida, cirugía bariátrica.

Simplified laparoscopic gastric bypass. Initial Experience

ABSTRACT

Background: Obesity surgery includes various gastrointestinal procedures. Roux-en-Y gastric bypass is the prototype of mixed procedures being the most practiced worldwide. A similar and novel technique has been adopted by Dr. Almino Cardoso Ramos and Dr. Manoel Galvao called "simplified bypass", which has been accepted due to the greater ease and very similar results to the conventional technique. The **aim** of this study is to describe the results of the simplified gastric bypass for treatment of morbid obesity in our institution.

Methods: We performed a descriptive, retrospective study of all patients undergoing simplified gastric bypass from January 2008 to July 2012 in the obesity clinic of a private hospital in Mexico City.

Recibido: 30 de julio 2013
Aceptado: 21 de enero 2014

Correspondencia
Dr. Daniel Ríos Cruz
JF Oca 43-4
91900 Veracruz, Veracruz, México.
Tel.: (229) 1179793
jobzon@hotmail.com

Artículo original

Vol.9 No.4 Oct.-Dic. 2008

Resultados a largo plazo de la banda gástrica ajustable

Armando Castillo González,* Angélica Maldonado Vázquez,* Gilberto Cornejo López,* Pablo Cortés Romano,* Ricardo Cabrera Jardines**

Introducción: La banda gástrica ajustable (BGA), desde hace 15 años es un método para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida de mínima invasión de tipo restrictivo, que técnicamente es fácil y fue aprobada en junio de 2001 por la Food and Drug Administration (FDA). Hasta la fecha se han colocado más de 350,000 BGA en el mundo, con buenos resultados en la pérdida de peso a corto plazo; las series reportan 65% de exceso de peso en seguimientos a 3 años. **Objetivo:** Determinar en un grupo de pacientes operados de banda gástrica ajustable, la pérdida de peso a corto y largo plazo, así como sus complicaciones. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes operados de banda gástrica ajustable (BGA), por un mismo cirujano; inició en septiembre 1996 y finalizó en diciembre 2006. **Resultados:** Se incluyeron 230 pacientes, 158 de sexo femenino y 72 del masculino, con un promedio de edad de 36 años en las mujeres y 35 años en los hombres. El índice de masa corporal (IMC) inicial promedio fue de 39 kg/m² para las mujeres y 41 kg/m² para los hombres; el promedio de IMC mínimo alcanzado fue de 28 kg/m² en las mujeres y 32 kg/m² en los hombres. El seguimiento promedio a largo plazo fue de 69.1 meses y el promedio de IMC final de 31 kg/m² en mujeres y 35 kg/m² en hombres. Se presentaron 65 complicaciones. **Conclusiones:** La cirugía de banda gástrica es un buen método para conseguir la pérdida de peso a corto plazo, pero se acompaña de un incremento de peso en seguimientos a largo plazo, así como un aumento en las complicaciones, reoperaciones y retiros de la banda. Quizá esta técnica restrictiva deba ser usada en pacientes con IMC menores.

Palabras clave: Banda gástrica ajustable, obesidad, largo plazo.

Background: *The adjustable gastric band (AGB) has been used in the last 15 years for the surgical management of morbid obesity. It is minimally invasive, restrictive in nature and technically easy to perform. It was approved by the FDA in June 2001. So far more than 350,000 BGA have been placed around the world, with good short term results in terms of weight loss. Series report a 65% of excess weight loss in a follow-up of 3 years.* ***Objective:*** *To analyze in a group of patients operated of AGB, weight loss in the short and long term, as well as complications.* ***Material and methods:*** *A retrospective study of patients who underwent BGA, by the same surgeon, from September 1996 to December 2006 was conducted.* ***Results:*** *The study included 230 patients 158 female and 72 male with an average age of 36 years for women and 35 years for men. The average body mass index (BMI) was 39 kg/m² for women and 41 kg/m² for men. The minimum BMI reached at follow-up was 28 kg/m² for women and 32 kg/m² men. The average long-term follow-up was 69.1 months and the average BMI at that time was 31 kg/m² and 35 kg/m² for men and women respectively. In 65 patients occurred complications.* ***Conclusions:*** *The AGB is a good method to achieve in the short term, but there is an increase in weight as well as complications, reoperations and band removals as the time goes by. This technique may be used in patients low BMI.*

Key words: *Adjustable gastric band, obesity, long-term.*

* Cirujano General.
** Maestro en Ciencias. Médico Internista.

Hospital Ángeles Pedregal

Abreviaturas: BGA: Banda gástrica ajustable.

Correspondencia:
Dr. Armando Castillo González
Consultorio 1080. Torre de Especialidades Quirúrgicas, Hospital Ángeles Pedregal. Camino a Santa Teresa Núm. 1055.
Colonia Héroes de Padierna Delegación Magdalena Contreras.
México, D.F. 10700.Del. Tlalpan, 14000
E-mail: quirheo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición hace más de 15 años, la banda gástrica ajustable (BGA) ha sido un procedimiento muy popular en Europa, Australia y México. La principal razón es que es poco invasiva, reversible, permite controlar el tamaño del estoma y aparentemente es técnicamente fácil de realizar.

En la actualidad, la decisión del tipo de procedimiento a utilizar en los pacientes obesos continúa siendo arbitraria y muchas veces responde a las expectativas, deseo del paciente así como el conocimiento y habilidades del cirujano; como es de todos sabido en un principio la BGA creó muchas expectativas, pero al paso del tiempo se ha demostrado que esta técnica