

Ministerio de Salud Pública  
Universidad de Ciencias Médicas de la Habana  
Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo  
Departamento de Cirugía  
Hospital Universitario Manuel Fajardo

Desarrollo de las Capacidades en la Especialización de  
Cirugía Torácica General.

Dr. C. Orestes Noel Mederos Curbelo  
Profesor e Investigador Titular  
Doctor en Ciencias Médicas  
Máster en Didáctica Pedagógica para la formación de profesionales de  
la salud  
Diplomado en Bioética Clínica  
Especialista de I y II Grado en Cirugía

Trabajo para Optar por el Grado Científico de  
Doctor en Ciencias

La Habana

2012

**A mis padres, obreros de extracción humilde que tuvieron el  
tesón de guiarme por el sendero del estudio,  
A mis queridos hijos, en quienes deposito la esperanza de que  
tengan mi deseo de superación, con el anhelo de que me superen.**

# **Prefacio**

Durante la residencia en cirugía general tuve la inmensa suerte de estar entre los fundadores del Grupo Multidisciplinario de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Miguel Enríquez, años después al trasladarme al Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo decidimos formar un grupo similar en esta institución, dirigiéndolo durante 19 años. Nuestra actividad profesional y científica como cirujano la hemos realizado fundamentalmente en esta esfera del conocimiento, la cirugía torácica, siendo fruto de esta labor científica la tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cirugía (“Tratamiento quirúrgico en el cáncer broncopulmonar”. Año 1974-1986”), la monografía teórica presentada para obtener la categoría asistencial de Especialista de Segundo Grado y la tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Médicas (“Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de las lesiones resecables en 109 enfermos” Repercusión de los grupos multidisciplinarios)

Durante mi trayectoria médica publicamos en la línea de investigación de cirugía torácica más de un centenar de artículos científicos en revistas nacionales e internacionales, realizando 200 presentaciones y ponencias en eventos científicos, obteniendo con estos premios en Jornadas, Forum Científico-Técnico y Congresos, participando además en calidad de profesor en múltiples cursos académicos de educación continuada en el postgrado. Desde que fui seleccionado Vocal de la Sección de Cirugía Torácica de la Sociedad Cubana de Cirugía trabajamos en la comisión organizadora de la programación actividades de superación profesional, en un principio con una frecuencia trimestral, después semestral, hasta llegar al evento nacional NEOMOCIMEQ, que posteriormente se transformaron en los Congresos Internacionales de Cirugía Torácica en el 2009. Toda esta actividad asistencial, académica y científica me permitió adquirir experiencia en el tema de la cirugía torácica.

Por los elementos planteados, he considerado recopilar toda la información sobre el desarrollo de las capacidades en la formación de recursos humanos y materiales en la especialización de cirugía torácica, en la década final del siglo XX y la primera del siglo XXI, vinculando estos resultados a mi participación y desempeño, para conocer el aporte personal realizado para cumplir este objetivo de trabajo.

Por último, queremos terminar expresando mi convicción, de que mis resultados son expresión de los excelentes colegas que nos guiaron y acompañaron durante estos años.

A todos ellos, mi mayor respeto y eterno agradecimiento

# Resumen

A pesar de la disminución del claustro profesoral de cirugía a principios de 1960, el desarrollo de la especialidad se extendió a todo el país, se creó el Grupo de Asesores Nacionales, se publicaron las primeras Normas Nacionales y se incrementó el trabajo científico de la Sociedad Cubana de Cirugía, comenzando la docencia médica en las provincias del interior. Este movimiento permitió que la cirugía torácica limitada a algunos centros, principalmente de la capital, se extendiera nacionalmente, organizándose cursos y entrenamientos, algunos en el extranjero. El período especial limitó este desarrollo a partir de 1990, pero los cirujanos cubanos trataron de mantener una atención de calidad en cirugía torácica. **Problema científico:** ¿Cuál ha sido el papel del desarrollo de las capacidades en cirugía torácica para mantener, fortalecer y extender este campo del conocimiento y sus acciones prácticas, en el contexto de las limitaciones económicas y materiales del período especial? **Objetivo:** Demostrar el desarrollo de las capacidades humanas y materiales en la especialización en cirugía torácica durante 1990 al 2010 **Resultados:** En el período analizado aumentó el número de artículos científicos de cirugía torácica en los Congresos, se incrementaron los cursos de postgrado, se duplicaron las publicaciones en la Revista Cubana de Cirugía, 8 trabajos se publicaron en la revista Avances Médicos de Cuba, teniendo una alta presencia en el Portal de los Cirujanos Cubanos, Cirured. Al analizar los artículos publicados, se observó avances en la organización de los grupos multidisciplinarios, la presencia de procedimientos quirúrgicos basados en algoritmos y la introducción de instrumentos quirúrgicos y medios terapéuticos, mostrando una adecuada transferencia de información e incrementando la superación científica. **Conclusiones:** A pesar de las limitaciones económicas y materiales de la década final del siglo XX y la primera del siglo XXI se logró el desarrollo de capacidades a través de la formación de recursos humanos y materiales en cirugía torácica, mostrando avances en la esfera organizacional con generalización de los grupos multidisciplinarios y aumento del nivel científico al incorporar algoritmos y metodologías de trabajo, en la esfera científica se incrementó la producción de artículos, el intercambio profesional y la transferencia de información médica y en la esfera académica se organizó la superación profesional, se incrementó el número de cursos de postgrado y las reuniones científicas, lográndose editar un tratado médico de la especialidad. El autor participó de forma activa en todas las actividades del desarrollo de capacidades en cirugía torácica en este período, en la organización de los grupos de cirugía torácica, la introducción de procedimientos quirúrgicos, la construcción de equipos médicos, la transferencia de información y la producción científica

# **Tabla de Contenidos**

Capítulo I.	Fundamentación teórica	9
	Introducción	10
	Breve Reseña Histórica Internacional de la Cirugía Torácica	11-24
	La Cirugía Torácica en Cuba	24-30
Capítulo II.	Problema Científico, Justificación y Beneficios Esperados	31
	Problema Científico	32
	Sistemática y Objeto	32
	Justificación del Estudio y Beneficios Esperados	32-33
	Objetivos	33
	Definición de Términos y Acrónimos	34-38
Capítulo III.	Resultados Científicos Expresado por Artículos Publicados	39
	Neumotórax y Bullas Enfisematosas	40-46
	Supuraciones Pleurales y Pulmonares	46-50
	Afecciones Benignas y Malignas del Esófago	50-57
	Tumores Benignos y Malignos del Pulmón	57-64
	Trauma Torácico	64-68
	Afecciones del Mediastino	68-70
Capítulo IV.	Producción Científica y Académica. Desempeño del Autor	71-86
	Consideraciones Finales	87-88
	Conclusiones	89-90
	Avales Científicos	91-118
	Anexos	119-159
	Bibliografía	160-170
	Repositorio de Imágenes	171-199
	Repositorio de Imágenes Personales de Casos Atendidos	200-213



# **Capítulo I**

## **Fundamentación Teórica**

Durante el período de mi residencia en Cirugía General fui fundador del Grupo de Cirugía Torácica no Cardíaca en el Hospital Universitario Miguel Enríquez, dirigido por el Dr. Danilo Bernot Ramírez, integré este colectivo junto a los Doctores Mario Mendoza, Osmín Rivas y Armando Leal Mursulí. Rápidamente, con la organización del mismo aumentó el número de enfermos atendidos con afecciones quirúrgicas torácicas y se incrementó la operabilidad y reseccabilidad de las lesiones malignas de pulmón y esófago (1). Durante 10 años laboré en este grupo, realizando entrenamientos en cirugía experimental con cerdos en el Centro Nacional de Salud Animal, que incluyeron técnicas de resección y plastia de la carina, resecciones ampliadas de pared y trasplante unilateral de pulmón izquierdo, participando directamente en 34 casos de trasplante en la fase de extracción y preparación del órgano. Esta etapa me permitió adquirir experiencia en cirugía torácica general y nos preparó para futuras tareas en el Hospital Universitario Manuel Fajardo, donde creé el Grupo de Cirugía Torácica junto a los Doctores Raúl Saa Vidal y Juan Carlos Barrera Ortega, incorporándose posteriormente al colectivo Alexis Cantero Ronquillo, Carlos Romero Díaz, José Manuel Da Costa y Juan Antonio Castellanos.

Similar a lo ocurrido en el Hospital Miguel Enríquez mejoró la morbilidad en la atención de afecciones quirúrgicas del tórax, permitiendo profundizar en su diagnóstico y tratamiento, organizar algoritmos de trabajo, trabajar en los sistemas de aspiración, la nutrición, las incisiones torácicas y la atención del anciano con afecciones torácicas (2-11). Esta labor nos proporcionó un gran aporte personal, como son: publicar artículos científicos en revistas medicas, presentaciones con conferencias, simposios y artículos en Jornadas y Congresos y participar como profesor en cursos de postgrado, (Anexo 1), lo que me permitió ganar por concurso de oposición una beca del Colegio de Cirujanos Americanos (ACS) (Anexo 2) y obtener el Grado Científico de Doctor en Ciencias Medicas en el año 2002, con el tema: Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de lesiones reseccables en 109 enfermos. Repercusión de los grupos multidisciplinarios.

En el año 2003 la Sociedad Cubana de Cirugía organizó la Sección de Cirugía Torácica y su Junta Directiva, la que integré como Vocal (Anexo 3). Con esta sección participé en la creación de sus lineamientos de trabajo, reglamento interno y logotipo, realizando un recorrido nacional para la organización de los grupos de cirugía torácica y la selección de los representantes de los capítulos provinciales, organizando también un plan de superación científica en la especialización de cirugía torácica, en un principio con actividades trimestrales (Anexo 4), posteriormente cambiaron a semestrales, hasta culminar en los eventos NEOMOCIMEQ desde el 2005 y los Congresos de Cirugía

Torácica a partir del 2009. Del primer ciclo de estas actividades científicas entre 2003-2004 se elaboró un material científico, editándose un CD con conferencias y simposios realizados, el que se obsequió a personalidades de la cirugía y asistentes a la última sección científica del año 2005 (Anexo 5)

Ahora con el objetivo de aspirar al Grado Científico de Doctor en Ciencias decidí realizar el presente material, donde pretendo mostrar todo el trabajo nacional en el desarrollo de capacidades humanas y materiales en cirugía torácica general durante 1990 al 2010 vinculándolos a mis resultados y desempeño

### Reseña Histórica Internacional de la Cirugía Torácica.

La cirugía ha pasado por diferentes etapas, en sus orígenes las primeras técnicas quirúrgicas se realizaron para el tratamiento de heridas y traumatismos producidos en el curso de la vida más primitiva. Múltiples hallazgos arqueológicos ofrecen veracidad de antiguos métodos rudimentarios de sutura, trépanos, amputaciones, drenajes o cauterizaciones de heridas (Figura 1)

En el llamado mundo clásico la medicina se dividió en dos grupos: los médicos que atendían las lesiones internas y los cirujanos que se encargaban de las lesiones externas, siendo el trauma la lesión más atendida. El trauma torácico en el Papiro de Edwing Smith redactado entre los años 3000 y 1600 AC es mencionado en ocho ocasiones y se hacen también referencias antiguas de las lesiones esofágicas, en el caso 28 de los 48 descritos en el Papiro se refiere a una herida del esófago cervical

En las obras La Ilíada y La Odisea (Figura 2), de Homero, en la Antigua Grecia, se mencionan 30 traumas torácicos con una mortalidad letal, incluso en la La Ilíada se registra el impulso cardíaco transmitido a través de una lanza que había penetrado el corazón de Alcatoo: "El héroe Idomeneo lo atravesó en medio del pecho con la lanza... y cayó al suelo estrepitosamente con la lanza fija en el corazón que, como aún latía, hacía que ésta se sacudiera por el otro extremo". En el Evangelio de San Juan se describe como el soldado Longinos penetró con su lanza en el costado derecho de Jesús provocando una herida de la que emanó sangre y agua.

Hipócrates (460-377 a.n.e.), en Alejandría, (Figura 3), se refirió a las características clínicas del absceso del pulmón y el empiema, sugiriendo la "sucusión" torácica para el último, al que describió como "Un estado de fiebre, disnea y aumento de volumen del lado

del tórax afectado con imposibilidad de acostarse" En el "Corpus Hippocraticum" ya se describe el tratamiento de estas afecciones mediante un drenaje externo y resección costal: "habiendo lavado cuidadosamente a tu paciente con agua caliente, debes sentarle en una silla firme, mientras tu ayudante sujeta sus manos, debes sacudirle suavemente por los hombros, con la esperanza de obtener sonido de chapoteo en el lado del tórax. Una incisión debe ser hecha a través de la piel, donde el dolor y la tumefacción son más evidentes, y luego la pleura debe ser abierta, trepanando la costilla con un instrumento romo o con el cauterio. Cuando una cantidad suficiente de pus ha sido extraída, debes mantener la herida abierta con una tira de lienzo de lino asegurada con un hilo. Esta tira debe ser retirada diariamente para que el resto del pus pueda evacuarse. Al décimo día después de la operación, debes irrigar la cavidad con vino templado y aceite, con el propósito de limpiar la superficie del pulmón; esas irrigaciones deben hacerse dos veces al día. Finalmente, cuando el derrame se ha tornado fluido y seroso, debes mantener un pequeño tallo de metal en la herida, usando un tamaño más pequeño cada vez hasta que la herida haya cerrado por completo"

En el mundo islámico Serefeddin Sabuncuoglu (1385-1470), autor del que se conoce como el primer libro de texto de cirugía compuesto por 3 capítulos con 206 páginas titulado *cerahiyet'u* l haniyye (cirugía imperial), escrito en turco en 1465 a la edad de 80 años, que contenía incluso ilustraciones propias, relata diversos procedimientos y, entre ellos, la punción de los empiemas a través de los espacios intercostales "cauterizando un trayecto entre la quinta y sexta costillas hasta alcanzar el pus".

En la edad media que incluye los siglos V-XIII los cirujanos no tenían una formación académica, siendo llamados cirujanos barberos, o de ropa corta (diferente a los médicos que llevaban ropa larga). En el siglo XIII-XIV comienza la formación médica en las universidades, años posteriores al surgimiento de los barberos cirujanos, en 1163 comenzando en Inglaterra y Francia, estos deciden agruparse, no por razones de superación académica sino para defenderse de las agresiones de los cirujanos de bata blanca. Siglos después en 1505 comienzan a pasar por escuelas de medicina y a realizar exámen para obtener la licencia, siendo reconocidos por la corona como profesionales con formación académica.

Guy de Chauliac, en el siglo XIV, es el primero en describir medidas diagnósticas y terapéuticas en los traumatismos torácicos, en su obra *Chirurgia Magna* los clasificó en cerrados y abiertos o penetrantes; estos con lesión visceral o no, reconociendo como

lesiones viscerales las de pulmón, corazón y diafragma. Describió la posibilidad de lesión pulmonar en heridas de las que emanaba sangre roja y rutilante, diagnosticando una lesión parietal por la posibilidad de apagar o mover la llama de una vela, mientras la nariz y la boca del paciente están cerradas. Como tratamiento de los traumatismos cerrados y penetrantes sin lesión visceral aparente, recomendó el vendaje torácico. Celso describió los síntomas de las heridas pulmonares de la siguiente forma: disnea, salida de aire y sangre espumosa

El cirujano italiano Rolando de Parma, a finales del siglo XV, realizó la primera resección de parénquima pulmonar gangrenado que sobresalía a través de una brecha parietal torácica, el paciente sobrevivió y participó de la siguiente Cruzada y Guillermo de Salicetti recomendaba drenar el tórax en casos de retención de sangre en la cavidad pleural, a través de una incisión paralela a las costillas, cerca de la columna vertebral, siempre y cuando el paciente "fuera lo suficientemente fuerte para aguantar y aceptar la operación". Teodorico, hijo y discípulo de Hugo de Lucca, sostenía que para extraer una flecha enclavada en el pecho, debía rezarse previamente un Padre Nuestro e invocar a Nicodemo, quien según la tradición, extrajo los clavos de Cristo.

Los siglos XV-XVIII marcan el desarrollo de la cirugía moderna, marcado por los estudios de Avances en Anatomía, Fisiología y Patología, el trabajo de John Hunter (Figura 4) que convierte la cirugía en ciencia y la creación de los Reales Colegios de Cirugía, variando la posición del cirujano dentro de la sociedad (Figuras 5, 6, 7, 8, 9)

En 1676 Richard Wiserman sutura una herida en el esófago cervical y en 1701 John Baptiste Verduc remueve un cuerpo extraño del esófago

En 1700 Hermann Boerhaave se refirió a los traumatismos torácicos en sus aforismos, estableciendo el procedimiento para el drenaje pleural y recomendando el empleo de tubos flexibles multiperforados (Figuras 10)

En el siglo XVIII Giovanni Batista Morgagni, (Figuras 11) profesor de patología de Padua, creó la patología celular y desacreditó las teorías humorales que habían existido por siglos como causa de las enfermedades y en 1769 observó la compresión cardíaca consecuencia de un hemopericardio y que la punción de una arteria coronaria podía ocasionar hemorragia en el saco pericárdico

Saliceto Ambrosio Paré, (Figura 12) máximo representante de los cirujanos de bata corta, hijo de un artesano y una artista, hombre que se destacó por su sencillez y humanismo, llegando a atender cuatro reyes de Francia, se inició como encargado de curaciones en el Hotel Dieu de Paris, pasó a cirujano barbero de los ejércitos franceses y finalmente

ingresó al Colegio de Saint Come en 1554 como cirujano de bata larga, a pesar de no tener todos los requisitos, entregándole en 1584 la Escuela de Medicina de la Universidad de Paris el título de Doctor en Medicina. En su trayectoria como cirujano creó múltiples instrumentos, técnicas quirúrgicas, prótesis y bragueros para las hernias. Escribiendo en voluminosos libros sus experiencias, ganando el calificativo de Padre de la cirugía moderna, en el siglo XVI, efectúa la primera descripción de una hernia diafragmática traumática, por la observación de dos casos posterior a una herida de arcabuz. Además describe el enfisema cutáneo en el trauma de tórax y preconiza drenar la cavidad pleural en presencia de colecciones y si la retención fuera mayor, efectuar el drenaje quirúrgico. En el siglo XVI culminaron estas diferencias entre médicos y cirujanos, teniendo igualdad en sus posiciones. En Francia se funda la Real Sociedad de Cirujanos en 1713 y en 1743 emitió un decreto prohibiendo a los barberos la práctica quirúrgica, en Inglaterra la corporación de cirujanos se separa de la de los Cirujanos barberos en 1745 y en 1799 se otorgan privilegios al Colegio Real

En 1769, Ludlow descubrió por vez primera un divertículo faringoesofágico, como información de autopsia y en 1878, Zenker revisó 22 casos publicados y agregó 5 propios, a partir de entonces se asocia a la entidad con el nombre de Zenker.

En el siglo XVIII Richter propuso el método del naípe para señalar si el sangramiento era de los vasos intercostales o del parénquima pulmonar, al colocar la carta de naípe dirigida hacia abajo en el espacio intercostal si la sangre brotaba por encima era de los vasos y si era por debajo del naípe era del parénquima pulmonar

En los estudios del llamado pulmón distendido John Flayer describió sus características anatomopatológicas basado en disecciones en caballos, informando las características macroscópicas Mathen Bailli en 1803, basado en las descripciones de autopsias del Dr. Johnson en su tratado "Atlas de Anatomía Patológica", en 1819 Laennec introduce el término enfisema pulmonar y unos años después Rokitansky, en 1861, (Figura 13) describió dos variedades de enfisema el genérico y el vesicular, comenzando la lucha contra esta enfermedad en la que se emplearon tratamientos a través de los años, algunos no resistieron la prueba del tiempo, como fueron: Las dietas rigurosas para bajar de peso, el corsé abdominal de Gordon, el neumoperitoneo de Reich, la resección del nervio frénico (frenicectomía) de Voelcker y Pearson y otras conductas terapéuticas quirúrgicas sobre la pared torácica, el diafragma, la pleura, el sistema nervioso autónomo, la vía aérea o el propio parénquima pulmonar.

En el siglo XIX y XX comienza la enseñanza de la cirugía en la Universidad, realizando avances en la solución de los cuatro grandes problemas de la cirugía, produciéndose el gran salto de la especialidad (Antisepsia, Hemorragias, Anestesia y La Cirugía de Cavidades), con desarrollo a la llamada cirugía séptica.

La enseñanza de la cirugía fue la primera especialidad médica, que se diseñó el postgrado, residiendo los médicos en formación en el hospital, (residentes) fue creada por Theodor Billroth (Figura 14) en Viena con el concepto de "Ver, Ayudar, Hacer". William Stewart Halsted (Figura 15) del John Hopkins adaptó el sistema aprendido con Billroth en Estados Unidos, con la concepción de formar cirujanos elites. Este método se extendió a la especialidad de medicina interna por William Osler.

En 1821 en los Estados Unidos Anthony Milton realiza la primera toracotomía en un traumatizado de tórax, resecando el tejido pulmonar necrosado, con buena evolución del paciente.

Dominique Jean Larrey (1766-1842), hijo de un zapatero, nieto de un barbero-cirujano en Tarbes y sobrino de un cirujano en Toulouse, llegó a ser cirujano de los ejércitos napoleónicos, Barón, Oficial de la Legión de Honor e Inspector General de Sanidad, Presidente de la Sociedad de Medicina de París en 1806, Miembro desde su fundación en 1796. Miembro de la Academia de Medicina en 1820 y de Ciencias en 1829, condiciona el tratamiento del neumotórax al cierre inmediato del mismo y es el primero en evacuar un hemopericardio traumático con una incisión a nivel del V espacio intercostal. En el caso referido incindió el pericardio con el bisturí y drenó un litro de sangre y coágulos, a los 10 días, la herida estaba cicatrizada, pero se presentó un cuadro séptico, drenando 4 onzas de pus, el paciente mejoró pero muere a los 68 días de la lesión y 23 de la operación con una mediastino-pericarditis supurativa, según la autopsia, el además crea la vía xifocostal, técnica que lleva su nombre, describiendo la técnica así, "En un derrame pericárdico debe efectuar la intervención en el punto más declive del saco formado por esa membrana, y ese punto, que se puede denominar sitio de elección, y que corresponde a la zona comprendida entre el lado izquierdo de la base del apéndice xifoides y la confluencia de los cartílagos izquierdos séptimo y octavo. (Clínicas Quirúrgicas de París, en 1929).

Entre los sucesos de mayor relevancia en la lucha por evitar el colapso pulmonar al abrir el tórax, Vesalius en 1855 logra la ventilación con fuelles a través de una estoma traqueal a ciegas y con tubo metálico O'Dwyer en 1885, combinando ambos procedimientos Matos en 1899

Gotthard Bülow el 4 de mayo de 1875 introdujo el proceder de drenaje con catéter en el espacio pleural conectándolo a un frasco con líquido antiséptico, situándolo a un nivel inferior al del tórax para drenar el empiema a manera de un sifón, basado en los trabajos previos de Playfair descrito en 1873. Su técnica fue publicada en 1891 y 1989 en "The Annals of Thoracic Surgery" dedicado a él, como agradecimiento a su contribución en esta área en Europa, se comenzó a usar el término "Drenaje de Bülow"

En 1876 Whittaker, trata con éxito un hemoneumotórax mediante aspiraciones torácicas La toracoplastia intrapleural fue ideada por Shede en 1878, teniendo en la actualidad una indicación quirúrgica de poca frecuencia por ser muy deformante

La decorticación pulmonar se introduce en el tratamiento de las secuelas de las supuraciones pleurales por Fowler y Delorme en 1893 y 1894 respectivamente, ofreciéndole este último el nombre de extirpación de la falsa membrana o decorticación.

En 1879, Weil clasificó el neumotórax en cerrado, abierto y valvular, planteando West en 1887 plantea que su causa era la tuberculosis en el 90% de los enfermos; negándolo Chaurand y Osler que entre 1886 y 1889, informan la existencia de casos tuberculina negativos, presentando en 1902 Fussell y Reisman 56 enfermos con neomotorax espontáneo no tuberculoso, afirmando que se presentaba esta enfermedad con mas frecuencia en jóvenes sanos del sexo masculino, raramente acompañado de fiebre o derrame, que era una afección benigna y probablemente existía un enfisema pulmonar discreto oculto, siendo la aspiración del aire su tratamiento. En 1900 Beclere describe su cuadro radiográfico y en 1906, Spengler sugiere la pleurodesis química como tratamiento definitivo.

La primera resección de un tumor la realizó Müller en 1888, que extirpó una masa de la pared costal con infiltración pulmonar resecaando un segmento de este; en 1911 Kummel realiza la primera neumonectomía por cáncer con ligadura en masa del pedículo pulmonar, dejando que se necrosara el pulmón para resecarlo en un segundo tiempo quirúrgico, no pudo realizarlo por fallecer el enfermo 6 días después por un edema agudo del otro pulmón.

En 1893, Bastinelli resecó el manubrio esternal para realizar la exéresis de un quiste desmoide (mediastinal anterior) y en 1897, Milton utilizó la esternotomía media en cirugía mediastinal, comprobando que brindaba un acceso excelente.

El logro de alimentar con tubos cutáneos al paciente con cáncer de esófago fue realizado por Johannes von Mikulicz-Radecki (Figura 16) y Heinrich Birtcher en 1884 y 94. En



1871, Christian Albert Theodor Billroth planteó la posibilidad de resección tumoral y en 1877 efectuó la primera resección en un paciente con cáncer del esófago cervical y Vincenz Czerny en 1877 realizó un procedimiento similar. (Figura 17).

La cirugía exerética del esófago torácico comienza su desarrollo por el interés de Johannes von Mikulicz-Radecki de tratar el cáncer de tercio medio, orientantandole a Ernst Ferdinand Sauerbruch (Figura 18) solucionar el problema del colapso pulmonar consecuente a la apertura de la cavidad torácica, el neumotórax. Sauerbruch después de largos meses de experimentación, en 1904 comenzó a realizar operaciones colocando el cuerpo del paciente y todo el equipo quirúrgico en una cámara subatmosférica, mientras la cabeza del enfermo se quedaba afuera de la cámara con el objetivo de que este respirara aire a presión atmosférica, la llamada cámara de presión negativa (Figura 19). En 1905 Konh desarrolló la anestesia orotraqueal, coincidiendo con las ideas de Samuel J. Meltzer y John Aver, que en 1909 preconizaron la insuflación continua de aire y gases anestésicos a través de una canula traqueal. Ese año Janeway y Green utilizan la insuflación intermitente de los pulmones para controlar la respiración y en 1928 Guedel y Water introducen el tubo endotraqueal con balón insuflado a partir de la técnica de respiración controlada con oxígeno y ciclopropano; aparecía una nueva era en la cirugía torácica, lográndose operar con un campo operatorio inmóvil con buena ventilación y analgesia, conduciendo estos pasos a que en la década de 1940 el cardiólogo Clarence Crafoord utilizara el primer sistema mecanico de presión intermitente.

En 1913 Torek extirpó con éxito un cáncer de esófago torácico, Wilhem K. J. Denk (1913) (Figura 20) describió por primera vez la técnica de la esofagectomía transhiatal en animales de experimentación y cadáveres. La cirugía paliativa utilizando tubos gástricos en su inicio fueron antiperistálticos a expensa de la curvatura mayor comenzando por Beck y Alexis Carrel en 1905, con las modificaciones posteriores de Jianu en 1912, Gavrilu en 1951 y Heimlich en 1955. El tubo isoperistáltico comienza con Rutkowski en 1923

La historia de las heridas cardíacas se clasifica en tres períodos según Beck: El período del Misticismo, hasta el siglo XVII, Hipócrates, Ovidio, Celso, Plinio, Aristóteles y Galeno, las consideraban mortales. Aristóteles aseveró: "Por sí solo el corazón, entre todas las vísceras, no puede soportar una lesión grave, esto es de esperarse porque, cuando se destruye la fuente principal de la fuerza (el corazón), no hay ninguna ayuda que pueda ofrecerse a los otros órganos que dependen de él." En el período de Observación y

Experimentación Paré describe las lesiones cardíacas y sus signos de manera dramática y anecdótica: "Por estos signos es posible reconocer que el corazón está lesionado, si sale una gran cantidad de sangre por la herida, si el temblor se ve en todos los miembros del cuerpo, si el latido del pulso es débil y fugaz, si el color de la piel se vuelve pálido, si la víctima es presa de sudores y desmayos frecuentes y sus partes acras se vuelven frías, la muerte está cerca." Fabricius y Boerhaave, compartían la frustración en el intento de tratar cualquiera de estas lesiones. En 1642 Wolf, describió una herida cardíaca cicatrizada y Giovanni Batista Morgagni refirió el peligro de la compresión cardíaca como consecuencia de un hemopericardio. Dominique Jean Larrey en 1810, describió la presentación del taponamiento pericárdico y trató una herida cardíaca con toracotomía y drenaje muriendo el enfermo por una mediastino pericarditis supurativa, posteriormente describió el abordaje de la ventana pericárdica subxifoidea. Theodor Billroth en 1875, se expresó negativamente de la pericardiocentesis, planteando en una reunión científica en 1883: "El cirujano que intente reparar una lesión cardíaca debe perder el respeto de sus colegas." Destaca en este período un hecho ocurrido en 1872 al ser atendido un enfermo por el medico Callenier en Londres con una aguja que había penetrado en el corazón de un hombre sin que este muriera por la penetración ni posterior a la extracción, situación contraria a lo referido sobre la segura muerte por el simple contacto con el corazón.

El período de sutura comenzó en 1882 por Block, Salomoni y Del Vecchio, que basado en los principios fisiopatológicos descritos por Koning sobre las heridas de corazón a inicios del siglo XIX, suturan heridas experimentales de corazón en animales, principalmente perros y conejos. El 4 de septiembre de 1896 Alex Cappelen en Noruega (Christiania) realiza el primer intento de reparar una lesión cardíaca en humanos al tratar una laceración del ventrículo izquierdo con lesión de la arteria coronaria, falleciendo el paciente a los dos días, situación similar le aconteció a Farina tres meses después, muriendo su paciente cinco días después de la intervención, pero el 9 de septiembre del mismo año Ludwig Rehn en Frankfurt, Alemania, reparara con éxito una herida del ventrículo derecho, a través de una toracotomía extrapleural, el paciente sobrevivió a la intervención y Rehn expreso "de hoy en adelante no se podrá poner en duda la posibilidad de suturar el corazón".

A partir de mediados del siglo XIX y en la primera parte del siglo XX se produce el gran impulso de la cirugía torácica, por los siguientes avances científicos y tecnológicos:

1. Avances en el conocimiento de la fisiología torácica y pulmonar.
2. Posibilidad de la toracotomía abierta, por el desarrollo de las técnicas de anestesia con presión positiva.
3. Aportes de la microbiología por Louis Pasteur (Figura 22) con su aplicación a la antisepsia por Joseph Lister (Figura 23) y comienzo de la era de los antibióticos con el descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming (1928). (Figura 24)
4. Descubrimiento de los Rayos X por Wilhelm K. Röntgen (1895) y su aplicación para clínica
5. Introducción de la intubación endotraqueal por Samuel Meltzer y John Auer (1909).
6. Descubrimiento de los grupos sanguíneos por Karl Landsteiner (1900).
7. Perfeccionamiento de los conocimientos de la homeostasia y del equilibrio hidromineral y ácido-básico.

La tuberculosis pulmonar fue siempre una de las preocupaciones esenciales de los médicos, siendo el neumotórax artificial para colapsar las cavidades tuberculosas, descrito por Carlo Forlanini en un artículo en la Gazzetta Degli Ospitali en 1893 uno de los primeros tratamientos, mediante la inyección de 100 a 200 cc de aire en la línea axilar anterior. Con el mismo objetivo John Murphy utilizó nitrógeno en la cavidad pleural, otro método fue el neumoperitoneo para colapsar las cavidades en los lobullos inferiores, la acciones sobre el nervio frénico, la colapsoterapia definitiva con Plumbaje o Toracoplastia radical o limitada, las acciones sobre las cavernas y las resecciones regladas, cambiando radicalmente su tratamiento con el descubrimiento de su agente causal en 1882 por el bacteriólogo alemán Robert Koch(1843-1910) y el descubrimiento del primer agente quimioterapéutico específico, la estreptomina, por el microbiólogo norteamericano Selman Abraham Waksman y Woodruff en 1944 , seguido por el surgimiento del PAS (ácido paraaminosalicílico) en 1948 y la Isoniacida en 1952, dejando de ser la tuberculosis la primera causa de intervención quirúrgica pulmonar, siendo en la actualidad las enfermedades tumorales la primera causa. En el tratamiento de la tuberculosis pulmonar en nuestros días la toracoplastia es excepcional y las resecciones quirúrgicas tienen indicaciones limitadas y precisas

En 1910 Hans Christian Jacobeous en Estocolmo realizó la primera toracoscopía para el tratamiento de las adherencias pleura-pulmonares, con el objetivo de enfrentar los casos

de tuberculosis pulmonar con gran cantidad de ellas, en los que el método de Forlani no era factible, (Figura 21). Utilizaba un cistoscopio y dos puertos, marcando previamente con el fluoroscopio el sitio de la adherencia pleuro-pulmonar en la pared torácica, entrando con el toracoscopio en su proximidad. Por el segundo puerto insertaba el galvanocauterio por la línea axilar anterior y liberaba la adherencia. En su primer trabajo de 1921, presentó 121 pacientes 83% con adherencias laterales, logrando un 70% de colapso completo de la cavidad y el 29% clasificado como cauterización incompleta.

Ernst Ferdinand Sauerbruch en 1911 realizó una timectomía cervical en una enferma de 20 años con miastenia y aumento de tamaño del timo y en 1926 informó la extirpación segmentaria de dos cánceres de pulmón y E. D. Churchill realiza una lobectomía media por cáncer del pulmón derecho en 1933. (Figura 25)

Después de la primera guerra mundial la comienzan a llamarla la cirugía séptica destacándose la infección de la pleura, afección que condujo a la pérdida de innumerables vidas durante la epidemia de influenza de 1918. El problema fue tan serio que al finalizar la primera guerra mundial, y tras observar la alta mortalidad que ocasionó la supuración pleural en el ejército americano constituyó una comisión denominada Empyema Commission al frente de la cual se nombró a Everts Ambrose Graham. Su informe fue contundente: había que evitar añadir los efectos letales del neumotórax abierto a un paciente con las reservas respiratorias mermadas por la herida y propuso el empleo generalizado de los drenajes bajo agua. La mortalidad descendió del 30,2 al 4,3%.

Monaldi en 1938 desarrolla la cavernotomía y drenaje continuo, publicando una serie de casos con abscesos pulmonares de etiología tuberculosa a quienes había realizado drenaje externo mediante una sonda de balón en la cavidad que le permitía drenar el contenido y fijar el pulmón a la pared torácica. Neuhof en 1942 presenta 192 pacientes con absceso pulmonar a quienes realizó un drenaje quirúrgico temprano, mediante la resección costal y neumotomía, siendo el drenaje intracavitario como una buena opción en la era pre-antibióticos. La utilización del drenaje para la curación de las cavernas tuberculosas tanto el cavitario percutáneo cerrado, externo o intermitente (método de Monaldi), o por drenaje abierto (Cavernostomía), debido a las numerosas complicaciones, lo limitado de sus indicaciones y los resultados insatisfactorios fueron sustituido por las resecciones pulmonares, comenzando por Richard H Overholt en 1934, seguido por los

resultados con éxito de Churchill, Klopstock, Thornton, Adamas, Norman J, Wilson, Sellors y Hickey, Bailey, Glover y otros.

En 1926, DuBois resecó un adenoma paratiroideo mediastinal y en 1929 Harrington abordó el mediastino por vía transpleural. En 1932, Churchill y Cope, resecaron un adenoma paratiroideo mediastinal, a través de una mediastinotomía, en un paciente sometido a seis cervicotomías infructuosas previamente; el paciente murió de un espasmo laríngeo por tetania.

El 5 de abril de 1933 Ewart A. Graham (1883-1957) (Figura 26), realizó la primera neumonectomía por cáncer con éxito, según la técnica modificada por Nissen, tras lo cual el enfermo vivió por más de 25 años y sobrevivió a Graham que murió de un cáncer de pulmón. La operación de Graham y Singer consistió en la ligadura en masa del pulmón izquierdo con toracoplastia parcial, teniendo en el postoperatorio una fístula broncopleural y empiema, que fue resuelto con drenaje y culminación de la toracoplastia. Ese año (1933) Ochsner realizó la décima neumonectomía y el paciente vivía en 1978, poco después Rienhoff preconiza la disección y ligadura individual de los elementos del hilio pulmonar, a diferencia de Allinson, que desde 1945 propuso la ligadura intrapericárdica como criterio de mayor radicalidad; Brock y Whytthead combinan la neumonectomía con linfadenectomía, que se mantuvo durante años como estrategia en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón.

En este periodo se producen los estudios de Kramer, Glass, Churchill, Belsey y Boyden que demuestran los segmentos pulmonares en los diferentes lobulos y su unidades estructurales independientes con sus arterias, venas y bronquios, permitiendo las intervenciones regladas bajo principios anatómicos y fisiológicos mas precisos.

En 1933 Cutler describió una técnica con un solo puerto para la toracoscopia, procedimiento más complejo que el de Jacobaeus. Moore en 1934, Chapman y O'Brien en 1948 demostraron en sus series de 1830 y 1000 casos respectivamente, la conveniencia del abordaje toracoscópico para neumonolisis; con una alta incidencia de empiemas tuberculosos. En 1945 disminuye su utilización por la introducción de la estreptomycinina, quedando la toracoscopia reservada para el diagnostico de afecciones pleurales.

En 1935 L. Elloesser realiza por primera vez la ventana torácica o toracostomía en un empiema tuberculoso, en el que el pulmón no habia sido resecado. (Figura 27). Claggett y Geraci describen un método similar de drenaje abierto en el empiema post-

neumonectomía, años después esta técnica es abandonada como tratamiento y es retomado después de la segunda guerra mundial, describiendo Vikkula y Konstiainen un método similar con una ventana de mayor tamaño.

En 1939 Alfred Blalock realizó una timectomía total transesternal

A partir de 1940 Olbrechts, Kjaergaard, Ljundhl, Sergent, Courcoux, Miller y Mazzei, defienden que el factor causal del neumotórax era la ruptura de una burbuja enfisematosa subpleural y Berlín en 1950 expone la posibilidad del neumotórax familiar. Ducher en 1950 y Myers en el 51, recomiendan la toracotomía para el tratamiento de los hemoneumotórax y Ellis y Carr la pleurectomía parietal en el neumotórax recidivante.

En 1943 Blalock y Mark Ravitch (Figura 28) describen el uso de la pericardiocentesis para el manejo de las lesiones cardíacas en soldados norteamericanos durante la Segunda Guerra Mundial. Propusieron el manejo conservador e hicieron la observación de que algunas lesiones cardíacas podían cicatrizar por sí mismas y autolimitarse. Su protocolo incluía la aspiración de la sangre del pericardio por vía costoxifoidea, repitiéndose un intento en caso de recurrencia y cardiografía en una segunda recurrencia. Éste constituyó el tratamiento estándar de las lesiones cardíacas durante la Segunda Guerra Mundial.

En 1946 Ivor Lewis (Figura 29) y un año después Tanner, difundieron el uso de la laparotomía previa y la toracotomía derecha, complementada en 1962 con cervicotomía y anastomosis por Mc Keown.

En 1952 Allinson describió la lobectomía con resección y plastia del bronquio, de elección en el cáncer de pulmón de los lóbulos superiores. Después de la ultra radicalidad existió universalmente una tendencia a una cirugía más preservadora del tejido pulmonar, lo cual disminuyó las dificultades cardiorrespiratorias de la neumonectomía Mark Ravitch, cirujano norteamericano de origen ruso, del Hospital John Hopkins de Baltimore, viajó a la Unión Soviética en 1958, comisionado por el Consejo Nacional de Investigaciones de Estados Unidos para conocer la experiencia soviética con las grapadoras mecánicas. Quedo impresionado y adquirió una grapadora para sutura pulmonar modelo IKV-40 por 440 rublos y comenzó un programa de investigación en sutura mecánica, con el objetivo de mejorar los equipos soviéticos, eficaces pero pesados y complejos de manejar y cargar las grapas, se asoció a la industria norteamericana de material quirúrgico denominada US Surgical Corporation, surgiendo la USSC, la que modificó las grapadoras rusas

simplificando su funcionamiento y desarrolló los cartuchos precargados e intercambiables, estableciendo modelos diferentes para situaciones específicas.

Brantigan en 1959, propone para el enfisema pulmonar las resecciones múltiples del parénquima pulmonar con el objetivo de aumentar la tensión pulmonar y restaurar la tracción circunferencial sobre la vía aérea fina y los vasos sanguíneos, conceptos que en las últimas dos décadas del siglo anterior actualizo con excelentes resultados para el enfisema pulmonar heterogéneo Joel D. Cooper, (Figura 30).

El empleo generalizado de estudios radiográficos posteriores al descubrimiento de Roengent de los Rayos X conjugados con los métodos de biopsia broncoscópica introducido por Chevalier Jackson determinó el incremento de la frecuencia del diagnóstico de afecciones torácicas, lo cual posibilitó una nueva perspectiva de tratamiento.

Posteriormente la introducción de técnicas de diagnóstico como la citología de esputo, la biopsia del ganglio pre-escaleno, la mediastinoscopia, el cepillado bronquial y la broncoscopia flexible, unida a la biopsia transbronquial, condicionaron favorablemente nuevas posibilidades.

En 1967 en la Ciudad del Cabo de Sudafrica, el cirujano cardiovascular Christiaan Neethling Barnard realiza con éxito el primer tranplante de corazón, iniciando un nuevo Horizonte en las afecciones del corazón, extendiendose este procedimiento a Estados Unidos y Europa, incorporandose Cuba a este procedimiento de avanzada en la década de 1980.

En 1974 Kirk y en 1978 Mark Orringer (Figuras 31) popularizan la esofagectomía sin toracotomía para el cáncer de esófago.

En la década de 1980 se introduce una conducta escalonada en el tumor del surco superior, el cáncer apical o tumor de Pancoast Tobías, mediante la radioterapia en el preoperatorio seguida de cirugía radical, que incluía parénquima pulmonar y elementos de la pared torácica, comenzando la resección quirúrgica de las metástasis bilaterales mediante una esternotomía media

En la década de los setentas se intentó realizar la toracoscopía usando el broncoscopio, con alta incidencia de complicaciones como enfisema subcutáneo, hemorragia y muerte (Friedel 1970). Disminuyendo su utilización por la gran cantidad de complicaciones que se presentaban como hemorragia, embolismo aéreo y enfisema quirúrgico, planteando Bloomberg en 1978 “Mientras existen técnicas antiguas que se siguen utilizando, hoy en

día hay otras que no solo se han dejado a un lado sino que también han sido olvidadas, una de esas es la toracoscopia”.

A finales de 1980 el láser Nd-Yag encontró su aplicación en el cáncer broncopulmonar avanzado, con infiltración y estenosis traqueobronqueal. En los últimos tiempos existe la tendencia a limitar su uso a lesiones benignas o estenosis cicatrizal post inflamatoria o post entubación. Otros métodos utilizados en la obstrucción bronquial maligna son: la crioterapia, la dilatación con balón y las prótesis endobronquiales.

El tranplante de pulmón, en su primer intento realizado en un enfermo con cáncer de pulmón izquierdo por Hardy y su grupo, fracaso. Posteriormente tuvo exitosos resultados Joel Cooper que logra extandarizar la técnica en afecciones unilaterales y bilaterales.

En la década de 1990 se incluyen el monitor de video a la toracoscopia y el lente del endoscopio con cámara permitiendo que el cirujano tuviera visión directa dentro de la cavidad sin la necesidad de tener los ojos sobre el endoscopio, se desarrolla el instrumental endoscópico percutáneo surgiendo la cirugía video-endoscópica. En 1992 Michael Mack informó la primera serie con esta técnica teniendo baja morbilidad y nula mortalidad, evolucionando la toracoscopia puramente diagnóstica hacia la toracoscopia operatoria progresando a la Cirugía Torácica Video Asistida (CTVA). Este armamentario quirúrgico no solo benefició a la cirugía torácica sino también la cirugía cardíaca con la cirugía mínimamente invasiva de corazón con procedimientos como by pass coronarios, cirugía valvular (mitral y aórtica) y el cierre de defectos septales auriculares y ventriculares con o sin bomba para circulación extracorpórea, incluso la movilización de la arteria mamaria interna para las revascularizaciones anteriores y la canulación de la vena cava

### La Cirugía Torácica en Cuba

Aunque en 1907 Bernardo Moas Miyaya suturó una herida del corazón, el segundo en hacerlo en América y en 1931, Eugenio Torroella Mata (Figura 32), en el Hospital Reina Mercedes (Figura 33) realiza la primera lobectomía por absceso del pulmón, el gran impulso de la cirugía torácica se produce desde la primera mitad del siglo XX que comienza a marchar paralela al desarrollo universal.

La primera cirugía por cáncer de esófago no fue exéretica, consistió en una gastrostomía realizada el 7 de septiembre de 1883, por Raimundo García Menocal (Figura 34) en el Hospital San Felipe el Real o San Felipe y Santiago de La Habana (Figura 35), llamado



posteriormente San Juan de Dios y Nuestra Señora de las Mercedes, todos antecesores histórico del actual Hospital Universitario Manuel Fajardo (Figura 36), en 1888 Carlos M. Desvernine realiza una esofagotomía cervical para la extracción de una prótesis dental deglutida, en la década de 1940 se realizan las primeras esofagectomías sin éxito, por Vicente Banet y José S. Lastra en el Hospital Universitario "Calixto García" (Figura 37) y en 1943 Pedro Pablo Novo logra la supervivencia de un paciente posterior a una esofagogastrectomía transpleurodiafragmática por cáncer de cardias, generalizándose las resecciones esofagogástricas en los Hospitales Calixto García, Hospital "Marie Curie" para la atención del cáncer y el hospital Reina Mercedes. En 1954, Manuel Huergo Pino publicó una resección por vía torácica derecha y Juan Bolívar Ferrer en 1956 la interposición esofagogástrica de un asa yeyunal, en dos tiempos quirúrgicos. Desde finales de los 50 y los 60 José Antonio Presno Albarrán (Figura 38) se convierte en la mayor autoridad en cirugía esofágica, trabajo continuado por el profesor Alejandro García Gutiérrez (Figura 39). Destacan además en esa época de los años 40, Rogelio Barata, Vicente Banet, Ernesto Iglesias de la Torre, Sixto Carol, Antonio Rodríguez Díaz, Ricardo Núñez Portuondo quien creó una Escuela de Cirugía con numerosos discípulos notables, Roberto Guerra Valdés (Figura 40) y Eugenio Torroella Martínez-Fortún (Figura 41) iniciadores de la cirugía cardiovascular. Aunque se realizaban operaciones torácicas en otros centros se centraban esencialmente en el Calixto García, el "Marie Curie", el Reina Mercedes y los Hospitales-Sanatorios Antituberculosos.

Un papel importante en el desarrollo de neumología y la cirugía torácica, como aconteció mundialmente fue gracias a la lucha contra la tuberculosis pulmonar. La primera Liga Antituberculosa surgió en Santiago de Cuba en 1890, con carácter privado. Con la fundación de la República en 1902 y la reorganización de los servicios públicos de sanidad y su rama de tuberculosis es que el gobierno interviene en la lucha contra esta enfermedad. En 1936 se funda el Consejo Nacional de Tuberculosis con grandes planes que resultaron insuficientes, por la escasa ayuda económica del estado, lo que condujo a su eliminación. A pesar de esta situación se construyeron dispensarios en las capitales y ciudades importantes y cuatro hospitales sanatorios. En 1940 Luís Ortega Bolaños fundó la Sociedad de Tisiología y en 1950 Gustavo Aldereguía Lima la Sociedad de Neumología. El hospital sanatorio "La Esperanza" se funda en 1907 con 50 camas, aumentando a 450 camas cuando el Consejo Nacional de Tuberculosis se responsabilizó con él, posteriormente se le agrego el Hospital "Lebredo" con 362 camas, 125 para

mujeres y 237 para hombres, llegando a tener una capacidad en 1944 de 1 000 camas. El sanatorio "Ambrosio Grillo", construido en Puerto Maya, El Cobre, frente al Santuario de la Virgen de la Caridad del Cobre, con capacidad para 400 pacientes, abrió sus puertas en 1945. Años después se inauguró el sanatorio infantil "Ángel Arturo Aballí", frente a "La Esperanza", con capacidad para 320 camas. En 1944 se inició la construcción del sanatorio de Topes de Collantes, por la reputación del clima fresco de las lomas de Trinidad, con capacidad para 1 000 enfermos, comienza a funcionar el 9 de mayo de 1954.

El eminente tisiólogo Gustavo Aldereguía Lima que había dirigido el sanatorio "La Esperanza" entre 1933-1935, retomó esta tarea en 1959 e impulsó el desarrollo de la cirugía torácica, trabajando en el centro cirujanos como Sixto Carol Del Valle, Milton Martínez, J. R. González, Julio Rodríguez Quintero, Amaranto Borges, Edy Frías Méndez y Mario Rivera Ortiz, los primeros desde la década de los 50 y el resto a partir de 1960, excepto el último mencionado de origen mexicano que se incorporó al centro en 1962. De este colectivo salieron excelentes trabajos de cirugía torácica publicados en la década de los 60 como fueron, La pinza UKL-60 en la resección pulmonar, Revisión de 67 casos de carcinoma broncogénico diagnosticados en el sanatorio La Esperanza durante los años 1963-64 y Resección pulmonar bilateral simultánea en un paciente tuberculoso, todos de impacto para esa época.

En los primeros años del 60 frente al éxodo de profesores, un grupo pequeño de cirujanos que se quedaron organizan la formación académica de especialistas en cirugía. Entre estos estaban José Antonio Presno Albarrán, Eugenio Torroella Mata, Enríquez Echevarría, Roberto Guerra Valdés y Eugenio Torroella Martínez Fortún. La necesidad de reorganizar el sistema educacional permitió el desarrollo de nuevos profesores. En la década del 70 al ser nombrados nuevos hospitales docentes se extiende la realización de la cirugía torácica fuera de la capital, destaca en Matanzas Julio Font Tío, en Camagüey Amaranto Borges, en Villa Clara Daniel Cordorniu, en Cienfuegos Antonio Ríos Rodríguez, en Santiago de Cuba Abdo Hernández (Figura 42) y en Holguín Emilio Camayd (Figura 43)

En la cirugía esofágica destaca el trabajo en el Calixto García del profesor José A. Presno Albarrán, quien introduce en 1967 los suturadores mecánicos PKS-25 y PKS-60

En 1964 se categoriza como Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) al antiguo hospital de la liga del cáncer, posteriormente se crea el Instituto Nacional de Neumología en el Hospital Benéfico Jurídico donde desarrollo una larga vida quirúrgica el profesor Julio Rodríguez Quintero, proveniente del sanatorio La Esperanza

La nueva organización de la cirugía cubana contó con un Grupo Nacional de asesores, las Normas Nacionales de la especialidad cuyo primera impresión fue en 1967, el trabajo científico de la Sociedad Cubana de Cirugía y la expansión nacional de la docencia médica, lo que permitió que la especialidad de cirugía se extendiera a toda la geografía cubana, comenzando en la década de los 80 las especializaciones en diferentes líneas de trabajo, transformándose los grupos de tórax en grupos multidisciplinario de cirugía torácica, siendo el iniciador de esta forma organizativa el Hospital Hermanos Ameijeiras (Figura 44), en 1984, poco tiempo después se funda el grupo del Hospital Miguel Enríquez (Figura 45). En esa época existían grupos de tórax tradicionales en el INOR (Figura 46), Benéfico Jurídico, Calixto García, Amalia Simoni (Figura 47) (centro concebido como hospital antituberculoso que inicia la actividad quirúrgica en cirugía pulmonar en la década de los 60 contando como cirujano con el Dr. Amaranto Borges a partir del año 1961, junto con los doctores Ferrer y Suárez Méndez, en julio de 1975 se adapta como hospital clínico-quirúrgico ) Ambrosio Grillo Portuondo (centro con una evolución histórica parecida al Amalia Simoni), el Saturnino Lora, organizado el grupo de cirugía torácica en la década de los 70 por el profesor Abdo Hernández, con los doctores Héctor del Cueto Espinosa y Sixto Corona Mancebo (Figura 48), y en Holguín organizado por el profesor Emilio Camayd acompañado de Rafael Vásquez, Manuel Costo Marrero, Manuel Almiral y Rodolfo Ochoa

En los años 90 y sobre todo a partir del 2000 a pesar de la evidencia de los problemas económicos por el llamado período especial, que afectaban el desarrollo científico de la cirugía, los cirujanos se propusieron mantener los logros alcanzados en la cirugía torácica y se estructuran de forma progresiva grupos de atención en cirugía torácica en casi todos los hospitales del país

En la Habana, en el hospital Hermanos Ameijeiras además de Abdo Hernández estaban José Llorens, Sixto Corona Mancebo, Albio Ferraz, Narciso Montejo y Edelberto Fuentes, incorporándose en el 2000 Miguel A Martín, en el INOR se encontraban en cirugía esplácnica del tórax Gilberto Fleites Batista, Erasmo Gómez Sosa, Raúl Peralta Pérez, Cándido Suárez Rodríguez y Juan Carola, este grupo entre el 2000 y el 2010 es relevados en sus funciones por culminar su vida laboral excepto Juan Casola quien

continúa trabajando, por Gilberto Fleites González, Juan Carlos Collado y Juan Vásquez. En el hospital Calixto García, Alejandro García Gutiérrez, Francisco Roque Zambrana, Hernán Pérez Oramas y Abigail Cruz Gómez trabajaban en cirugía esofágica, manteniéndose trabajando en esta línea los dos primeros hasta su fallecimiento, en la cirugía del pulmón aún se mantienen laborando Selman Houssein-Abdo (Figura 49) y Edy Frías Méndez (Figura 50), este último con larga experiencia en la cirugía pulmonar resectiva de la supuración pulmonar, en particular la tuberculosis, incorporándose a mediados de la década del 2000 Onel Torres y Manuel Carriles Picasso, en el hospital Salvador Allende el profesor Benito Sainz Menéndez (Figura 51) organiza la cirugía torácica, incluso enfrenta la casuística del hospital Benéfico Jurídico al fallecer el Dr. Julio Rodríguez Quintero, uniéndose a su colectivo a principios del 2000 Calixto Capdevila, Jorge L. Pérez y Miladys Martín, en el hospital Miguel Enríquez en 1984 Danilo Bernot Ramírez había organizado el grupo de cirugía torácica junto a Orestes Noel Mederos, Armando Leal, Mario Mendoza y Osmín Rivas incorporándose en 1988 Evelio Ramírez, en 1992 comienza a dirigir el grupo Armando Leal Mursulí (Figura 52), y se van incorporando Radamés Adefna, Nelida Ramos y Juan A. Castellanos, en el hospital CIMEQ se crea su grupo por Oscar Suárez Savio y Manuel Cepero en la década de los 90, uniéndose a principios del 2000 Glenis Madrigal Batista y Janet Rodríguez Cordobés y Armando Leal en el 2009, en los hospitales militares Luís Díaz Soto y Carlos J Finlay realizaban cirugía torácica principalmente Rómulo Soler y Roberto Méndez Catasuz (Figuras 53 y 54) respectivamente, reestructurándose el grupo del Luís Díaz Soto en el 2000 con Sigfredo Montero Ferrer, Lázaro Alfonso y Wilfredo Fernández incorporando la videotoracoscopia Sigfredo en el Díaz Soto y Carlos Arturo Rodríguez Callejas en el Finlay

En el hospital 10 de Octubre Oscar De Diego, Osvaldo Olivera y Carlos Díaz Mayo (Figura 55) organizan un grupo para la atención del cáncer de pulmón a mediados de los 90, estando integrado a partir de finales de la década del 2000 por Díaz Mayo, Daniel Núñez y José Manuel Rivero.

En el hospital Manuel Fajardo en 1992 Orestes Noel Mederos (Figura 56) crea el grupo de cirugía torácica junto a Raúl Saa Vidal y Juan Carlos Barrera Ortega (Figuras 57 y 58) uniéndoseles en 1998 Alexis Cantero y Carlos Romero (Figuras 59 y 60), a mediados del 2000 se incorporan José Manuel Da Costa y Juan Antonio Castellanos (Figuras 61 y 62). Los hospitales Joaquín Albarrán, Enrique Cabrera y Julio Trigo crean sus grupos en la década del 2000 el primero con Asbel Vicente de la Cruz, Rafael Pinilla y José Hernández

Varea, el segundo por Leonel Gonzáles, Agustín Jiménez Carrazana, Hiram Rodríguez Blanco y Wilfredo Vargas Borges y el tercero por José Marrero, Alfredo Amigó y Orlando Collazo

En las otras provincias del país sucede un proceso parecido en el hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos trabajaban en la cirugía torácica en los años 90 Antonio Ríos padre e hijo y a partir de mediados del 2000 asume el grupo Reynaldo Jiménez Prendes (Figura 63) con Jesús Iván González Batista y Noel Lazaro Castillo Garcia, pasando este a cirugía cardiovascular posteriormente

En el hospital Saturnino Lora Torres de Santiago de Cuba se encontraban en el grupo de tórax Luís Rodríguez Sánchez y Rogelio Maletá Robaina (Figuras 64 y 65), este último con experiencia del hospital-sanatorio antituberculoso Ambrosio Grillo y a partir del 2000 se les unen Ana María Nazario Doltz, Modesto Matos Tamayo, Manuel Pascual Bestard, Carlos Falcón Vilariño y Ramón González Couso, organizando este último en el 2010 un grupo similar en el hospital Juan Bruno Zayas de Santiago de Cuba uniéndosele el Dr. Luis Alberto Ojeda López

En el hospital Amalia Simoni de Camagüey al fallecer Amaranto Borges mantiene la cirugía torácica su discípulo Bárbaro De Armas (Figura 66) uniéndose al grupo en la década del 2000 Manuel César Fontes Maestre y Miguel García Rodríguez, este último en el 2010 organiza el grupo de cirugía torácica del hospital Manuel Ascunse con el Dr. Oscar Duminigo Arias.

En el hospital Lenin de Holguín a partir del 2000 conforman un colectivo de cirugía del tórax Raúl Rodríguez, Jose Francisco Bonet Espinosa, Alexis Otero Cuenca, Iván Velásquez y Eddy Sánchez.

En Guantánamo en la década del 80 se organiza la cirugía torácica en el nuevo Hospital Universitario General Dr. Agustino Neto, en particular para el desarrollo de la cirugía esofágica, con Pedro A. Sevilla Feijó y Silvio Cintra, poco después se incorpora Félix Santel Bárbaro Odio (Figura 67) y en el 2000 Rene Guibert desarrolla la videotoracoscopia.

En el hospital Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus se organiza el grupo a mediados del 2000 por Orlando Rodríguez Martínez contando en el colectivo con Raissa Pineda Bombino, Miguel A. Concepción López, Ricardo Álvarez Escobar y Emir Vives Balmaceda.

En Granma en la década del 2000 se organiza el grupo del hospital Celia Sánchez de Manzanillo por Carlos Manuel Neyra Rodriguez y Nisaver Estevez Trujillo y en el hospital

Carlos Manuel de Céspedes y del Castillo de Bayamo por Carlos Manuel Sanchez Rivas y Manuel Pérez Suárez, uniéndoseles en los últimos años Adonis Frómeta Guerra y Yaimara Maillo Celeiro

En el hospital Abel Santamaria de Pinar del Río, venía trabajando en cirugía pulmonar por Jose Alvarez Carvajal, organizándose como grupo en el 2004 al unírseles Ivanis Ruiz Calderón Cabrera, Osmín Fajardo Horta, Lucas Martínez Fábregas y Fidel Echevarría Fernández.

En Matanzas tradicionalmente había mantenido la cirugía torácica Julio Font Tio y Guillermo Fundora Madruga, organizándose como grupo a principios del 2000 con Fundora y Antonio Valle en el hospital Faustino Perez.

En el hospital Arnaldo Milián Castro de Villa Clara Eddy Sierra Enrique conforma el grupo con Rodolfo Morales Valdez, Gustavo Alonso Pérez-Zavala y Alfredo Morán Fernández y en el hospital Antonio Luaces de las Ciego de Ávila Rigoberto Curbelo Pérez venía realizando la cirugía torácica uniéndosele Eberto Torres Meriño en cirugía del cáncer de pulmón y en el 2010 Aisel López Morales comienza la realización de la videotoracoscopía. En el hospital Roberto Rodriguez de Morón Fidel Raul Valdez Leyva organiza un grupo de tórax en el 2000

La cirugía de mínimo acceso en tórax se introduce en el hospital Hermanos Ameijeiras y el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas en 1991, posteriormente se desarrolla en el Centro de Cirugía Mínima invasiva, extendiéndose a otros servicios de cirugía general En Noviembre del 2003 la sección de cirugía torácica logra tener sus primeros representantes por capítulos (Anexo 6) y se logra organizar un trabajo de superación académica con extensión plena nacional, organizándose grupos de Cirugía Torácica en las provincias que aún no estaban constituidos

**Capítulo II**

**El Problema Científico. Justificación y**

**Beneficios Esperados.**

### Problema Científico

El desarrollo sistemático e innovador de las capacidades en cirugía torácica fueron crecientes hasta inicios de la década de los noventa, el inicio del período especial afectó este desarrollo, de esta afirmación se deriva el problema científico que es el siguiente:

¿Cuál ha sido el papel del desarrollo de las capacidades en cirugía torácica para mantener, fortalecer y extender este campo del conocimiento y sus acciones prácticas, en el contexto de las limitaciones económicas y materiales del período especial?

Caracterización del problema científico

1. Especificidad del campo de la especialización
2. Transferencia de información

### Sistemática y Objeto

A finales de los años 90 se planearon dos grandes afirmaciones en la medicina en general e imprescindible para el desarrollo de la cirugía torácica

- La necesidad de los grupos multidisciplinarios
- La organización de algoritmos o sistemas de trabajo
- Introducción de medios para el trabajo en la especialidad

### Campo de Acción

Desarrollo gerencial, académico, formación de recursos humanos, introducción de tecnología e instrumentos y la vinculación a las ciencias en el desarrollo de capacidades en cirugía torácica

### Justificación del Estudio

La tesis presentada pretende dar respuesta al problema científico, mostrando el papel desempeñado por el autor, presentando de forma cronológica sus resultados y experiencias en el desarrollo de las capacidades en cirugía torácica.

Una vez reconocido el problema y caracterizado, se mostrará un análisis del trabajo realizado, teniendo como centro de atención el enfermo con afecciones torácicas que evidencien el desarrollo de capacidades en la especialización en cirugía torácica en el período de 1990 al 2012

### Beneficios Esperados

A. Sociales



- Ofertar una atención especializada a los enfermos con afecciones quirúrgicas torácicas
- Mejorar el parámetro de morbilidad y mortalidad basado en la introducción y desarrollo de las estrategias quirúrgicas mas adecuadas a nuestro medio

#### B. Económicos

- Mantener y mejorar los resultados de años anteriores en los pacientes con afecciones torácicas a pesar de las carencias económicas que ha enfrentado el sistema de salud
- Racionalizar los recursos con que contamos para mantener una atención de calidad a los pacientes con afecciones quirúrgicas torácicas
- Introducir estrategias, algoritmos y metodologías de trabajo en las afecciones quirúrgicas del tórax

#### C. Científicos

- Expandir los conocimientos más actualizados en la atención de los enfermos con afecciones torácicas
- Colaborar en la organización de grupos especializados en la atención de los enfermos con afecciones torácicas
- Adaptar los conocimientos y técnicas más actualizadas mundialmente a los recursos humanos y materiales con que contamos en el país

#### Objetivo General de la Investigación

Demostrar el desarrollo de las capacidades en la especialización en cirugía general en los últimos 20 años describiendo el trabajo y aporte realizado por el optante al grado científico en este empeño

#### Objetivos Específicos

1. Mostrar los resultados en la esfera **Organizacional** y **sistemas**
2. Mostrar los resultados en la esfera **científica**
3. Mostrar los resultados en la esfera **académica**

Ante la necesidad del desarrollo de capacidades y nuevos conocimientos para el desarrollo de la cirugía torácica se han realizado diferentes esfuerzos académicos a través de la formación de recursos humanos, organización de los servicios e investigación

de problemas específicos de carácter técnico asistencial, mostrándose en los siguientes capítulos los aportes personales del autor en esas tres direcciones

### Definición de Términos y Acrónimos

- **Bocio intratorácico verdadero, primario, bocio ectópico o bocio aberrante se originan de restos tiroideos mediastinales:** Tumor que recibe irrigación de vasos intratorácicos sin conexión con la glándula cervical que se presenta con un tamaño y posición normal, este constituye menos del 1% de los tumores del mediastino.
- **Neumotórax:** Enfermedad producida por la entrada de aire en el espacio virtual que separa las pleuras visceral y parietal (la cavidad pleural); este aire provoca pérdida del contacto entre ellas y un colapso pulmonar que tendrá mayor o menor inmediatez y cuantía en dependencia de la causa, de la presencia o no de adherencias y de la rigidez pulmonar.
- **Neumotórax Espontáneo (NE):** cuando no existen antecedentes de traumatismo ni de intervención quirúrgica o diagnóstica
- **Neumotórax espontáneo primario (NEP):** se presenta usualmente en una persona joven, alta y delgada, generalmente un adolescente varón, (hasta en un 80%), en quien no se encuentra causa o evidencia de enfermedad broncopulmonar subyacente.
- **Neumotórax espontáneo secundario (NES):** puede deberse a una amplia gama de enfermedades pulmonares y no pulmonares. Generalmente es complicación de una enfermedad broncopulmonar previa
- **Neumotórax traumático (NT):** es aquel producido por un amplio espectro de lesiones: del pulmón, las vías aéreas y del esófago
- **Neumotórax iatrogénico (NY):** es el que se produce como consecuencia de procedimientos diagnósticos o terapéuticos

- **Neumotórax recurrente (NR):** es aquel que se presenta más de una vez en el mismo lado o en el hemitórax contralateral. Su frecuencia depende de la presencia de lesiones pulmonares y del tratamiento instaurado en el primer episodio (después de una conducta expectante) y varía entre 19 y 50 %.
- **Neumotórax persistente:** Aquel que se mantiene después de 5 días de tratamiento adecuado con una pleurotomía y donde persiste una fuga aérea habitualmente importante.
- **SDRA:** Distrés respiratorio del adulto
- **VATS:** Video-Assisted Thoracoscopic Surgery
- **EPOC:** Combinación de bronquitis crónica con enfisema, cuando el paciente en su evolución presenta una limitación crónica del flujo aéreo
- **Enfisema bulloso:** Cualquier forma de enfisema en el que se formen grandes bullas (espacios de más de 1 cm. cuando están distendidos)
- **FEV<sub>1</sub>:** Volumen espiratorio forzado en primer segundo
- **$\alpha_1$ antitripsina:** Glucoproteína producida sobre todo por los hepatocitos
- **TAC:** Tomografía axial computadorizada
- **TACAR:** TAC convencional y la TAC de alta resolución
- **Decorticación temprana:** Se realiza precozmente cuando los depósitos de fibrina que fijan al pulmón forman una fina lámina de fibrina, fácil de eliminar.
- **Decorticación clásica:** Comprende la exéresis de la coraza gruesa que rodea y colapsa el pulmón, incluyendo la fijación al diafragma y se debe complementar con una pleurectomía parietal.
- **Decorticación tardía o paquipleurectomía:** Se realiza en el período de organización tardía, en el que el nuevo tejido reemplaza la pleura hasta hacerla desaparecer (paquipleuritis fibrosa o fibrotórax). Si la lesión requiere una resección quirúrgica, esta se realiza acompañada de pleurectomía parietal y decorticación del pulmón residual

- **Neumomostomía con Sonda:** Drenaje percutáneo de una supuración pulmonar (Monaldi)
- **Ventana pleurocutánea:** Toracostomía con resecando arcos costales para drenar una colección en el espacio pleural
- **Operabilidad:** Es la factibilidad que tiene el paciente de ser intervenido con una expectativa razonable de resecabilidad.
- **No operable:** Imposibilidad de operar un enfermo con cáncer de pulmón debido a causas relacionadas con el tumor y causas ajenas a este
- **Resecabilidad:** Indica que el tumor fue extirpado en su totalidad mediante cirugía.
- **Síntoma principal:** De entre varios, aquel que por su relevancia logre captar la atención del paciente y lo hace acudir a la consulta médica.
- **Mortalidad operatoria o quirúrgica:** El índice de muerte en el plazo de un mes posterior a la operación.
- **Recidiva:** Tumor que reaparece posterior a la intervención del paciente.
- **Índice de cáncer:** Número de casos en un período dado, entre el número total de la población expuesta al riesgo de desarrollar cáncer durante este período.
- **Supervivencia:** Período comprendido entre la operación y la muerte del paciente (sobrevida).
- **Resecciones pulmonares clásicas:** Limitadas (resección en cuña y segmentectomía), lobectomías, bilobectomías y neumonectomías.
- **Resecciones ampliadas:** Incluye el tejido pulmonar y estructuras en contigüidad. (pared costal, pleura, pericardio)
- **Dolor post toracotomía:** Es la presencia de dolor posterior a la intervención torácica.
- **ILE: Intervalo libre de enfermedad:** Tiempo transcurrido desde la operación hasta el momento en que aparecen los síntomas o signos que hacen pensar en recidiva tumoral.

- **CPNCP:** Carcinoma del pulmón no células pequeñas.
- **CPCP:** Carcinoma del pulmón de células pequeñas.
- **GMCT:** Grupos multidisciplinarios de cirugía torácica.
- **ND:** Neumonectomía Derecha.
- **NI:** Neumonectomía Izquierda.
- **LSD:** Lóbulo Superior Derecho.
- **LSI:** Lóbulo Superior Izquierdo.
- **LID:** Lóbulo Inferior Derecho.
- **LII:** Lóbulo Inferior Izquierdo.
- **BI:** Bilobectomía.
- **Ivor-Lewis:** Esofagectomía subtotal con anastomosis intratorácica realizada por laparotomía y toracotomía derecha.
- **Operación de Denk-Sloan-Orringer:** Esofagectomía subtotal ampliada, con anastomosis cervical, llevada a cabo por laparotomía y cervicomediatomía.
- **Operación de McKeown:** Esofagectomía subtotal ampliada, con anastomosis cervical, realizada por laparotomía, toracotomía derecha y cervicotomía.
- **Logan-Skinner:** Resección transtorácica del esófago, que incluye todos los tejidos periesofágicos (pleura, conducto torácico, vena ácigos, pericardio) con anastomosis intratorácica (modificable con anastomosis cervical).
- **Linfadenectomía de dos campos:** Se realiza en los compartimientos abdominal y torácico (mediastinal).
- **Linfadenectomía de 3 campos:** Se extiende a los compartimientos cervical, mediastinal y abdominal.
- **Esofagocoloplastia:** Resección del esófago y sustitución por el colon.
- **Operación de Merendino:** Resección del esófago distal y sustitución del segmento por un asa yeyunal isoperistáltica que une el esófago al estómago.
- **Operación de Sweet:** Resección del esófago y cardias por toracotomía izquierda.
- **GAN:** Grupo de Apoyo Nutricional
- **Eventración diafragmática:** Anomalía congénita debido a una embriogénesis deficiente con atrofia de las fibras musculares del diafragma, transformación

conjuntiva y pérdida del tono muscular, manteniendo sus inserciones parietales en ocasiones con defecto congénito del pulmón ipsilateral

- **Hernia diafragmática traumática crónica** Afección causada por lesiones traumáticas torácicas y abdominales tiene una incidencia que varía entre el 1 y el 5%, con penetración de vísceras abdominales a la cavidad torácica
- **Ventana pericárdica por vía preperitoneal subxifoidea:** Descrita por Larrey a inicios de 1800 para pacientes con lesiones penetrantes subclaviculares, es una técnica factible en lesiones cardíacas y taponamientos.
- **Vía de Spangaro:** Abordaje antero lateral en las colecciones cardíacas descrita en 1906, vía de elección en las emergencias.
- **Tractotomía pulmonar:** Técnica descrita por Wall en 1994, se realiza al dividir el parénquima hasta llegar de manera directa al sitio de la lesión que sangra con ligadura vascular selectiva de los vasos sangrantes y se controla la fuga de aire, ahorrando parénquima pulmonar

**Capítulo III**  
**Resultados Expresado por**  
**Artículos Científicos Publicados**

## Neumotórax y Bulla Enfisematosa. Principales Aportes

En publicaciones nacionales e internacionales basado en nuestras experiencias personales hemos realizado las siguientes recomendaciones:

- La afección quirúrgica más frecuente del tórax es el neumotórax. Variadas son sus causas y diferentes los enfoques terapéuticos, que en ocasiones llegan a ser polémicos. En varias publicaciones realizadas **evaluamos las características epidemiológicas y clínicas del neumotórax en nuestro radio de acción, presentando sus diferentes variedades, forma de presentación, diagnóstico y conducta terapéutica, incluyendo el neumotórax iatrogénico**, aspectos publicados en revistas médicas. (Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax. CD URGRAV 2004(UEH39), Tratamiento del neumotórax espontáneo en nuestro medio. Revista Cubana de Cirugía 2004; 44(1), Epidemiología quirúrgica del neumotórax. Experiencias y resultados (1988-2003). Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3), Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax. Sección de Tesis. Sábado 12 /Noviembre/2005. <http://www.cirured.sld.cu>, Neumotórax iatrogénico. Revista Arch Cir Gen Dig 17-Agosto-2007©Cirugest. **(12-16)**)
- Por la gran frecuencia del neumotórax espontáneo decidimos que era indispensable tener un patrón de conducta adaptado a nuestro medio, por lo que creamos un algoritmo de trabajo, que después de introducirlo y desarrollarlo en el Hospital Universitario Manuel Fajardo, lo mostramos en la tesis de terminación de la especialidad que asesoramos (**Residente Dr. Joel Moret González, Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax**), presentando en congresos y revistas médicas el algoritmo creado, esta experiencia permitió estandarizar el tratamiento del neumotórax con disminución de las complicaciones y eliminación de la mortalidad en esta enfermedad. En estos artículos científicos defendimos el criterio del tratamiento precoz en el neumotórax persistente y recidivante. (Nuevo algoritmo de tratamiento para una enfermedad frecuente: El neumotórax. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:38(2)38-40, Neumotórax. Enfermedad frecuente de manejo escalonado. Revista Avances Médicos de Cuba 2006, 44(6): 3-5, Tratamiento del neumotórax espontáneo en nuestro medio. Revista Cubana de Cirugía 2004; 44(1), Epidemiología quirúrgica del neumotórax. Experiencias y resultados (1988-2003). Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3), Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax. Sección de Tesis. Sábado 12 /Noviembre/2005. <http://www.cirured.sld.cu>) **(17-18) (12-16)**)
- Durante la últimas décadas del siglo anterior los cirujanos comprendieron que tenían la



solución del tratamiento del neumotórax, pero que debían atender los detalles de prevención de las complicaciones derivadas de los sistemas y tubos torácicos, comenzando a realizarse estudios prospectivos y randomizados sobre estos temas, destacando los trabajos del Dr. Robert Cerfolio (El retiro de los tubos torácicos a pesar de una fuga de aire o de un neumotórax Ann Thorac Surg 2009; 87: 1690-6, Recent advances in the treatment of air leak. Curr Opin Pulm Med. 2005; 11:319–23, the benefits of continuous and digital air leak assessment after elective pulmonary resection: A prospective study. Ann Thorac Surg. 2008; 86:396–401), Dr. A. Brunelli (Predictors of prolonged air leak after pulmonary lobectomy. Ann Thorac Surg. 2003; 75:1587–92, Comparison of water seal and suction alter pulmonary lobectomy: A prospective, randomized trial. Ann Thorac Surg. 2004; 77:1932–7. Dr. J. Fibla (Early removals of chest drainage and outpatient program alter videothoroscopic lung biopsy. Eur J Cardiothorac Surg.2006; 29:639–40. Dr. L. Dernevik L. (Initial experience with the world's first digital drainage system. The benefits of recording air leak with graphic representation. Eur J Cardiothorac Surg. 2007; 31:209–13) y Dr. A. Wakai, (Simple aspiration versus intercostal tube drainage for primary spontaneous pneumothorax in adults. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD004479), diseñando la British Thoracic Society, y American Thoracic Surgery guías de práctica clínica en el manejo de los sistemas y sondas torácicas, estos criterios nos motivaron a **comenzar a describir en la literatura médica nacional la importancia del sistema de aspiración y las sondas torácicas para evitar o disminuir la frecuencia del neumotórax persistente, realizando recomendaciones del uso de las sondas de forma diferencial, según la causa del neumotórax y la estrategia de los sistemas de aspiración, divulgando los posibles errores técnicos que condicionan los fracasos o complicaciones** (El manejo de sondas aspiración pleural en la cirugía torácica general. Revista Arch Cir Gen Dig 6 Ago 2007. © Cirugest, Tratamiento del neumotórax espontáneo en nuestro medio. Revista Cubana de Cirugía 2004; 44(1), Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax. Sección Tesis. Sábado 12 /Noviembre/2005. Cirured, <http://www.cirured.sld.cu>, Neumotórax iatrogénico. Revista Arch Cir Gen Dig 17-Agosto-2007©Cirugest. (8) (15-16)

- El envejecimiento de la población es un fenómeno global que no excluye a los países del tercer mundo. Aproximadamente el 14% de la población de Cuba será anciana en el siglo XXI y esto representará 1,6 x 100 habitantes, el Hospital Universitario Manuel Fajardo atiende el municipio más envejecido de Cuba, esto nos obliga a trabajar en

este problema, decidiendo **realizar el tratamiento quirúrgico de forma diferencial en el paciente con edades geriátricas y sus particularidades, destacando la importancia de la precocidad en tomar la decisión quirúrgica**, aspectos publicados en revistas médicas. (El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest, Tratamiento del neumotórax espontáneo en nuestro medio. Revista Cubana de Cirugía 2004; 44(1), Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax. Sección Tesis. Sábado 12 /Noviembre/2005. <http://www.cirured.sld.cu>, Toracotomía en el anciano. Morbilidad. Revista Cubana de Cirugía 2003; 42(2)) **(11) (12-13) (7)**

- El dolor en el postoperatorio es de vital importancia en la cirugía torácica, no siempre logramos solventar el problema del neumotórax con una pequeña incisión, debiendo en ocasiones realizar una toracotomía, minimizar y contrarrestar los problemas de una mecánica respiratoria dolorosa es de gran importancia en la recuperación del paciente quirúrgico, pero ¿cómo tratar un problema sin conocerlo?, por estas motivaciones **comenzamos a resaltar la importancia del dolor postoracotomía, su relación con las diferentes incisiones torácicas utilizadas mediante la introducción de un índice personal de evaluación de su presencia**, aspectos publicados en revistas médicas. (Dolor postoracotomía. ¿Mito o realidad? Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Abr 10 © Cirugest, Neuralgia postoracotomía con relación a la incisión quirúrgica. Revista Cubana de Cirugía 2006, 45(1) Incisiones torácicas. Sección Supercurso. Viernes 28/Agosto/2008. <http://www.cirured.sld.cu>) **(5) (6) (7)**
- Aunque no es tan frecuente como el neumotórax, el enfisema pulmonar y sus manifestaciones clínicas condicionan intervenciones quirúrgicas, siendo un tema apasionante debido a que esta enfermedad condiciona en el hombre una gran sed de aire, con esta motivación **decidimos organizar la conducta ante esta enfermedad y creamos un algoritmo terapéutico y un flujograma de trabajo, que después de introducirlo y desarrollarlo en el Hospital Universitario Manuel Fajardo**, lo mostramos en una tesis de terminación de la especialidad que asesoramos (Residente Dr. Kai Cheng Hung, Morbimortalidad en la bula enfisematosa), posteriormente divulgamos el **algoritmo de trabajo que permite estandarizar el tratamiento del enfisema pulmonar y la bula enfisematosa, con disminución de la morbimortalidad por estas afecciones**, aspectos publicados en revistas médicas. (Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar bulloso. Revista Avances Médicos de

Cuba 2004:40(4)25-28, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Tutor. Sección de Tesis. Lunes 29 /Enero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Revista Cubana de Cirugía. 2008, 47(1), El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest) **(11) (19-21)**

- La mayoría de las complicaciones de la EPOC que requieren tratamiento quirúrgico están asociadas al enfisema buloso. El objetivo de la cirugía es suprimir las zonas enfisematosas que comprimen territorios parenquimatosos circundantes para facilitar la expansión de los mismos. La cirugía de reducción de volumen pulmonar (CRVP) resurge por J. D. Cooper y el grupo de St. Louis a finales del siglo XX, retomando el concepto de Brantingan de 1957. El Grupo de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Miguel Enríquez en el que trabaje en mis inicios **fue pionero en la introducción de esta técnica en Cuba**, publicando sus primeros tres casos en la Revista de Cirugía Española en 1996 (Bernot RD, Mederos CON, Leal MA. Resecciones bilaterales y simultáneas por esternotomía media. Revista de Cirugía Española 1996; 59 (11): 355-7), en el Hospital Universitario Manuel Fajardo seguimos trabajando en la reducción del volumen pulmonar y sus respuestas fisiopatológicas en el postoperatorio, por estas razones **recomendamos en publicaciones científicas y congresos las técnicas de reducción de volumen pulmonar en función de la mejoría del volumen espiratorio forzado después de la intervención quirúrgica y disminución del volumen residual**. (Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar buloso. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:40(4)25-28, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Tutor. Sección Tesis. Lunes 29 /Enero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>, Morbilidad y mortalidad en la cirugía de las bulas enfisematosas. Revista Cubana de Cirugía 2008; 47(1), Variación del volumen espiratorio forzado y presión de oxígeno en reducción del volumen pulmonar en bulas gigantes unilaterales Revista Cubana de Cirugía 2002; 41(3):152-5, Resecciones bilaterales y simultáneas por esternotomía media. Revista de Cirugía Española 1996; 59 (11): 355-7. Reducción del volumen pulmonar en el enfisema difuso heterogéneo. Presentación de dos casos. Arch Cir Gen Dig 2006, El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest) **(11) (19-28)**
- Tradicionalmente, la descompresión del tejido pulmonar adyacente a una bulla gigante (ampolla que ocupa más de la tercera parte del hemitórax) ha sido la principal

indicación quirúrgica electiva del enfisema pulmonar y el neumotórax de urgencia (sea por recidiva o persistencia). **En la actualidad la cirugía de reducción de volumen pulmonar (CRVP) en el enfisema pulmonar difuso heterogéneo se considera una alternativa de tratamiento** por los grupos dedicados a la atención de estos pacientes (Soon SY. Sequential VATS lung volume reduction surgery: prolongation of benefits derived after the initial operation. Eur J Cardiothorac Surg 2003; 24(1):149-53, Toma TP. Bronchoscopic volume reduction with valve implants in patients with severe emphysema Lancet 2003 15; 361(9361):931-3, Mineo TC. Results of unilateral lung volume reduction surgery in patients with distinct heterogeneity of emphysema between lungs. J Thorac Cardiovasc Surg; 2005 Jan; 129(1):73-9. PubMed ID: 15632827, Hensley M. Lung volume reduction surgery for diffuse emphysema (Cochrane review) The Cochrane Library, issue 1, 2003. Oxford: update software. www.cochrane.ihcai.org, De Giacomo T. Bullectomy is comparable to lung volume reduction in patients with end-stage emphysema Eur J Cardiothorac Surg 2002;22(3):357-62), permitiendo los resultados expresados mejorar la calidad de vida, en revistas y congresos hemos **defendido el procedimiento de reducción de volumen pulmonar en el enfisema pulmonar difuso heterogéneo publicando los primeros pacientes con estas características operados la técnica de reducción de volumen pulmonar, sin tener antecedentes en la literatura nacional de una referencia similar** (Reducción de volumen pulmonar en el enfisema pulmonar difuso heterogéneo, Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Sep 25 © Cirugest, Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar buloso. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:40(4)25-28, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Tutor. Sección de Tesis. Lunes 29 /Enero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Revista Cubana de Cirugía. 2008, 47(1), El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest) **(11) (19-21) (24)**

- La evaluación de los resultados quirúrgicos necesita parámetros establecidos para poder establecer comparaciones, **la espirometría y la gasometría arterial**, son pruebas fundamentales en el diagnóstico, pronóstico y control del tratamiento de los enfermos con EPOC. La espirometría es utilizada de forma rutinaria en estos enfermos, de manera similar al electrocardiograma (ECG) en el paciente coronario. La relación FEV<sub>1</sub>/CVF confirma el diagnóstico de EPOC y define su gravedad. La alteración se considera intensa cuando el índice es inferior al 50%. En los casos leves o moderados, la relación FEV<sub>1</sub>/CVF es además un buen índice para seguir la evolución. Sin embargo,

a medida que la enfermedad progresa y se intensifica, es mejor utilizar el FEV<sub>1</sub> para seguir la evolución, ya que la CVF disminuye de forma más rápida que el FEV<sub>1</sub>, con lo que la relación entre ambos puede estabilizarse, creando la falsa sensación de estabilización de la enfermedad, **el índice de disnea comenzó a utilizarse a inicios del siglo XXI, el Grupo de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Manuel Fajardo, utiliza de forma sistemática el uso de las pruebas funcionales respiratorias en especial el VEF<sub>1</sub>, demostrando que traducen una evaluación satisfactoria de la función respiratoria, realizando siempre el Índice de Disnea permitiendo la comparación en el periodo preoperatorio y el postoperatorio, por este motivo defendimos la introducción en la literatura médica nacional el término índice de disnea demostrando su sensibilidad como método evaluador de la efectividad quirúrgica, al considerar este método un excelente evaluador de efectividad en la mejoría de la calidad de vida en el enfermo enfisematoso,** (Valor del índice de disnea y las pruebas funcionales en el enfisema buloso y difuso. Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Oct 30 © Cirugest, Reducción de volumen pulmonar en el enfisema pulmonar difuso heterogéneo, Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Sep 25 © Cirugest, Variación del volumen espiratorio forzado y presión de oxígeno en reducción del volumen pulmonar en bulas gigantes unilaterales, Reducción simultánea del enfisema pulmonar por esternotomía. Revista Cubana de Cirugía 2000: 39 (3) 195-203, Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar buloso. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:40(4)25-28, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Tutor. Sección de Tesis. Lunes 29 /Enero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Revista Cubana de Cirugía. 2008, 47(1) **(19-21) (22-25)**)

- En las publicaciones médicas realizadas sobre el tema de la técnica de resección bilateral y simultánea por esternotomía en el enfisema pulmonar en particular en el tratamiento del **Enfisema por Bulas Gigantes, defendimos que estos procedimientos debían realizarse en los hospitales donde existan grupos multidisciplinarios con experiencia en cirugía torácica, personal de anestesia especializados y servicios de cuidados intensivos, siguiendo un protocolo de actuación que sigan con rigor los criterios de selección.** (Frente al enfisema. Cirugía Torácica. Revista Avances Médicos de Cuba 2000: 21 (7) 32-36, Reducción simultánea del enfisema pulmonar por esternotomía. Revista Cubana de Cirugía 2000: 39 (3) 195-203, Resecciones bilaterales y simultáneas por esternotomía media. Revista Española de Cirugía 1996; 59 (11): 355-7, Tratamiento quirúrgico del enfisema

pulmonar buloso. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:40(4)25-28, Morbimortalidad en la bulla enfisematosa. Tutor. Sección de Tesis. Lunes 29 /Enero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>, Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Revista Cubana de Cirugía. 2008, 47(1) **(19-21) (23) (26-28)**

### **Supuraciones Pleuropulmonares. Principales Aportes**

En publicaciones nacionales e internacionales basado en nuestras experiencias personales hemos realizado las siguientes recomendaciones:

- Las colecciones purulentas en la cavidad pleural son causa de alta mortalidad y su frecuencia disminuye con el desarrollo de la terapéutica antibiótica y la aplicación de la cirugía. Por lo general, se trata de una complicación de un proceso infeccioso pulmonar, con frecuencia mal tratado. Los factores causales y los problemas que plantean el diagnóstico y la terapéutica han sufrido un cambio importante durante las últimas décadas, esta situación demuestra la importancia de trabajar en su caracterización actual, lo que nos motivó a divulgar en congresos y revistas **las características clínicas y epidemiológicas del empiema en nuestro radio de acción**, aspectos publicados en revistas médicas. (Manejo escalonado en la supuración pleural Revista Cubana de Cirugía. 2002; 41(3):141-6, Ventana torácica con anestesia local. Alternativa en el enfermo grave con empiema pleural. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 21 © Cirugest, Tratamiento del empiema pleural basado en un algoritmo de trabajo. Revista Avances Médicos de Cuba 2002: 29 (1) 28-30, Empiema pleural. Resultados del tratamiento en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Empiema pleural. Revista Cubana de Cirugía. 1999; 38(1):21-5, Empiema pleural, fístula bronco-pleuro-cutánea y ventana torácica. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 28 © Cirugest., Toracocentesis, pleurotomía, ventana o decorticación en el empiema. CD URGRAV, 2004(UJH13), La decorticación pulmonar en el empiema pleural. Revista Cubana de Cirugía. 47(3), Empiema pleural. Enfermedad antigua de vigencia actual. Sección Conferencias. Viernes 17 de febrero del 2006. Cirured, Manejo quirúrgico moderno del empiema. Sección de Tesis. Viernes 10/Febrero/2005 Cirured, Del derrame pleural paraneumónico al empiema. Revista Española Cirugía, Casos Clínicos 2006, 1(2): 2-5) **(29-38)**
- En el año 1998 al asistir al congreso del American Collage of Surgeons en Orlando, conocimos el nuevo sistema de clasificación de la supuración pleural basado en su

evolución por etapa, según las características del líquido, eliminando la antigua clasificación basado en el tiempo de evolución (Tomado del libro Resumen del Surgery American Collage of Surgeons 84 th Annual, 1998; 3:383-5), rápidamente decidimos **realizar la introducción de la misma en el Hospital Universitario Manuel Fajardo, algo necesario debido a que este sistema de clasificación se generalizó rápidamente en el mundo** (Wozniak, CJ, Choice of first intervention is related to outcomes in the management of empyema. Ann Thorac Surg 2009; 87:1525, Rzyman W. Decortication in chronic pleural empyema – effect on lung function. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2002; 21: 502–7, Ahmed, RA. Thoracic empyema in patients with community-acquired pneumonia. Am J Med 2006; 119:877, Chapman SJ. Recent advances in parapneumonic effusion and empyema. Curr Opin Pulm Med 2004; 10:299, Rise TW. Fibrothorax and decortication of the lung. In: Shields TW, LoCicero J III, Ponn RB (Eds). General Thoracic Surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 729–37, Roberts JR. Minimally invasive surgery in the treatment of empyema: intraoperative decision making. Ann. Thorac. Surg. 2003; 76: 225–30) Acorde con este movimiento nuestro Grupo **confeccionó e introdujo un algoritmo de trabajo en el que incorpora desde 1999 la nueva clasificación, mostrando los primeros resultados** en una tesis de terminación de la especialidad que asesoramos (Residente Dr. Bruc Bekele, Manejo quirúrgico moderno del empiema pleural) **sistema que permitió estandarizar el tratamiento del empiema en el centro y mejoro la efectividad de la atención médica, con disminución de las complicaciones y eliminación de la mortalidad por esta enfermedad, difundándose posteriormente la nueva clasificación por todo el país. En el algoritmo presentado defendíamos el tratamiento agresivo, con conductas escalonadas en dependencia de la fase en que se encuentra el empiema,** aspectos publicados en revistas médicas. (Manejo escalonado en la supuración pleural Revista Cubana de Cirugía. 2002; 41(3):141-6, Ventana torácica con anestesia local. Alternativa en el enfermo grave con empiema pleural. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 21 © Cirugest, Tratamiento del empiema pleural basado en un algoritmo de trabajo. Revista Avances Médicos de Cuba 2002: 29 (1) 28-30, Empiema pleural. Resultados del tratamiento en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo. Empiema pleural. Revista Cubana de Cirugía. 1999; 38(1):21-5, Empiema pleural, fístula bronco-pleuro-cutánea y ventana torácica. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 28 © Cirugest, Toracocentesis, pleurotomía, ventana o decorticación en el empiema. CD URGRAV 2004(UEH13), La decorticación pulmonar

en el empiema pleural. Revista Cubana de Cirugía. 47(3, Empiema pleural. Enfermedad antigua de vigencia actual. Sección Conferencias. Viernes 17 de febrero del 2006. Cirured, Manejo quirúrgico moderno del empiema. Sección de Tesis. Viernes 10/Febrero/2005 Cirured, Del derrame pleural paraneumónico al empiema. Revista Española Cirugía, Casos Clínicos 2006, Volumen 1(2): 2-5) **(29-38)**

- La ventana torácica o toracostomía, surge por primera vez, por Elloesser en 1935 que describe una técnica para drenaje abierto del empiema tuberculoso en casos donde el pulmón no había sido resecado. Claggett y Geraci describen un método de drenaje abierto en empiema post-neumonectomía, para evitar la deformante toracoplastia de Scheder. Vikkula y Konstiainen describen un método similar, con una ventana de mayor tamaño, resecando 2 ó 3 arcos costales. En 1986, Weissberg considera esta técnica de utilidad en pacientes con empiema crónico sin ser necesariamente neumonectomizados, con o sin fístula broncopleural, dejando la ventana torácica abierta sin cierre quirúrgico posterior. Posteriormente, con el desarrollo de los antibióticos y las nuevas tecnologías sus indicaciones han quedado muy reducidas, nosotros al penetrar en el estudio del empiema y tratar nuestro hospital una población geriátrica mayoritariamente, del municipio Plaza de la Revolución, nos vimos en la **necesidad de reinsertar la ventana torácica en el arsenal quirúrgico del grupo de tórax, sistematizando la utilización de la anestesia local, debido a que el anciano con un proceso séptico pleural localizado, presenta frecuentemente un estado físico precario**, utilizándola con buenos resultados en el tratamiento de una fístula broncopleural de tercer orden **(Empiema pleural, fístula bronco-pleuro-cutánea y ventana torácica. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 28 © Cirugest**, por tal motivo en congresos y revistas publicamos nuestras experiencias y manifestamos nuestro criterio de **reintroducir la ventana torácica pleurocutánea en el empiema pleural, en particular en el anciano con mal estado general utilizando anestesia local y proponemos diferencial el tratamiento quirúrgico en el paciente con edades geriátricas que presenta un empiema pleural** (Manejo escalonado en la supuración pleural Revista Cubana de Cirugía. 2002; 41(3):141-6, Ventana torácica con anestesia local. Alternativa en el enfermo grave con empiema pleural. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 21 © Cirugest., Tratamiento del empiema pleural basado en un algoritmo de trabajo. Revista Avances Médicos de Cuba 2002: 29 (1) 28-30, Empiema pleural, fístula bronco-pleuro-cutánea y ventana torácica. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 28 © Cirugest, Toracocentesis, pleurotomía, ventana o decorticación en el empiema. CD URGRAV



2004(UEH13) Toracostomía con resección costal y anestesia local en la supuración pleural Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012 **(29-31 (33-34) (39)**

- **El tratamiento quirúrgico del empiema es necesario y en ocasiones inevitable, siendo las sondas torácicas y los sistemas de drenaje el elemento fundamental de tratamiento** (Los estudios Cochrane Review, Coote N. Manejo quirúrgico versus no quirúrgico del empiema pleural In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software) por lo **que exponer experiencias y caracterizar los sistemas de aspiración y el sistema de drenaje a utilizar es un objetivo importante en el manejo de la supuración pleural**, aspectos publicados en revistas médicas. (El manejo de sondas aspiración pleural en la cirugía torácica general. Revista Arch Cir Gen Dig 6 Ago 2007. © Cirugest, Empiema pleural. Enfermedad antigua de vigencia actual. Sección Conferencias. Viernes 17 de febrero del 2006. Cirured, Manejo quirúrgico moderno del empiema. Sección de Tesis. Viernes 10/Febrero/2005 Cirured, Del derrame pleural paraneumónico al empiema. Revista Española Cirugía, Casos Clínicos 2006, 1(2): 2-5.) **(8 ) (36-38)**
- La toracotomía es un procedimiento quirúrgico frecuente en el manejo del empiema pleural en las fases fibrinopurulenta y organizada, siendo muy importante el manejo del dolor postquirúrgico y relacionar las características del mismo y establecer su relación a la incisión torácica utilizada, decidiendo además divulgar el método utilizado por el grupo de cirugía torácica del hospital en evaluación del dolor, aspectos publicados en revistas médicas. **(Dolor postoracotomía. ¿Mito o realidad? Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Abr 10 © Cirugest, Neuralgia postoracotomía con relación a la incisión quirúrgica. Revista Cubana de Cirugía 2006, 45(1) Incisiones torácicas. Sección Supercurso. Viernes 28/Agosto/2008. <http://www.cirured.sld.cu>) (5) (6) (7)**
- La colecciones pulmonares sépticas con el desarrollo de los antibióticos han mejorado el pronóstico de esta enfermedad, disminuyendo el número de pacientes que requieren un procedimiento quirúrgico invasivo para lograr su curación, no obstante siempre habrá un grupo de enfermos, que por diversas causas deberá ser sometido a alguna intervención quirúrgica, que logre su curación definitiva, lo ideal sería la resección, pero en ocasiones el estado precario del enfermo nos obliga a un drenaje percutáneo, siendo este sistema de evacuación del pus intracavitario una buena opción de tratamiento en la era pre-antibióticos, **siendo sustituido por las resecciones pulmonares, comenzando por Richard H Overholt en 1934**, en particular en el

absceso del pulmón con el desarrollo de los antimicrobianos el tratamiento médico mejoró sus resultados y el drenaje externo dejó de realizarse, siendo la resección pulmonar la opción ante el fracaso médico, pero en los últimos años ha resurgido la neomostomía, debido a la necesidad de enfrentar en ocasiones enfermos con marcado deterioro físico lo que impide una intervención quirúrgica resectiva, criterio que hemos extendido en la práctica de nuestro grupo de trabajo, no solo en los enfermos con un abscesos de pulmón con mal estado general, sino como tratamiento precoz previo en la insuficiencia respiratoria restrictiva de los enfermos con grandes bulas enfisematosas infestadas, permitiendo un tratamiento temporal hasta lograr la resección con reducción del volumen pulmonar. **En nuestro caso utilizamos sondas de balón con contrastes, artificio que nos permite evaluar de forma progresiva la reducción de la colección, realizando el procedimiento con anestesia local (39)**

### **Afecciones Benigna y Maligna del Esófago. Principales Aportes**

En publicaciones nacionales e internacionales basado en nuestras experiencias personales hemos realizado las siguientes recomendaciones:

- La cirugía exerética en el cáncer de esófago y cardias es la única opción que podemos ofrecer ante esta destructiva enfermedad, con excepción a las grandes series de pacientes japoneses se caracterizan por el diagnóstico tardío, se caracterizan por presentar en edades medianas y se acompañan con frecuencia de enfermedades asociadas, particularmente respiratorias y cardiovasculares. Por estos motivos mejorar la calidad de vida en nuestros enfermos es la prioridad en la estrategia a desarrollar. La incidencia del cáncer del esófago varía en relación con la zona geográfica o país determinado. En Cuba, la incidencia promedio es entre 4.5-5 por 100 000 habitantes y falleciendo un promedio cerca de 500 pacientes anuales. Por ser un problema de difícil solución **el Grupo de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Manuel Fajardo introduce un algoritmo de trabajo para el cáncer de esófago y cardias, mostrando los primeros resultados en una tesis de terminación de la especialidad que tutoramos en el Hospital Universitario Manuel Fajardo, que versa sobre la conducta del centro en el cáncer no resecable** (Residente Dr. Juan Antonio Castellanos, Prótesis artesanales para eliminar la disfagia por cáncer), el trabajo con el cáncer avanzado de esófago y cardias, fue divulgado en congresos y revistas, y nos **permitió estandarizar el tratamiento del cáncer de esófago en el**

**centro**, aspectos publicados en revistas médicas. (Implantación de prótesis transtumoral en el cáncer de esófago irresecable. Revista Cirugía Española. 1996; 59(3): 94-5, Resultados quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias. Revista Cubana de Oncología. 2000; (16): 116-9, Cirugía oncológica. Mejor calidad de vida e cáncer de esófago. Revista Avances Médicos de Cuba 2000: 24 (4) 50-51, Estrategia en el cáncer de esófago torácico y cardias irresecable. Revista Cubana de Cirugía. 2001; 40(2):119-122, Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Estudio de dos décadas. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-40, Fístula esofagopleurocutánea de tercio medio. Abordaje directo o Derivación. Revista Cubana de Cirugía 2004; 43(2), Cáncer no resecable de esófago y cardias. ¿Prótesis o tubo gástrico? Arch Cir Gen Dig. 2005 <http://www.cirugest.com/revista/2005/02/2005-01-24.htm>, Bypass gástrico tubular isoperistáltico (Postlethwait) en el cáncer de esófago irresecable. Revista Cubana de Oncología. 2001; 17(2): 135-7., ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(4), Resultados quirúrgicos con tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Julio 10 © Cirugest, Alimentación oral en el cáncer de esófago y cardias. Sección Actualización. Martes 26/Septiembre/2006. Cirured) **(41-50)**

- En nuestro medio el 75% de los pacientes presentan lesiones no resecables donde el tratamiento paliativo es la única alternativa. **En el Hospital Universitario Manuel Fajardo en un estudio realizado en el período de 1965 a 1978, de 70 cánceres de esófago, en el 67,1 % el único tratamiento quirúrgico realizado fue una gastrostomía**, procedimiento que condenaba al enfermo a morir sin ingerir alimentos por la boca (Referencia extraída de la Tesis de Terminación de la Residencia del Dr. Pedro Pablo Roque cuyo título es: Tratamiento del cáncer de esófago), Desde que nosotros organizamos el Grupo de Cirugía Torácica en ese mismo hospital optamos por eliminar como tratamiento definitivo del cáncer avanzado de esófago de la gastrostomía o la yeyunostomía, por no considerarla una fórmula ética para finalizar la vida estos enfermos, como existía el limitaciones económicas y las prótesis industriales escaseaban en el país, la conducta que **decidimos fue construir prótesis artesanales, obteniendo resultados similares a estudios extranjeros con prótesis de alta tecnología** (Ferrer P, Complicaciones de las prótesis esofágicas de Wallstent. Resultados comparativos entre las prótesis recubiertas y las no recubiertas Rev. Revista Cirugía Española 2000; 67:539-45. Mosca F, Our experience with the use of a plastic prosthesis and self-expanding stents in the palliative treatment of malignant

neoplastic stenosis of the esophagus and cardia. Chir Ital. 2002 54(3): 341-50 Tangen M, Stent insertion as palliation of cancer in the esophagus and cardia. Tidsskr Nor Laegeforen 2006; 126:1607-09 Leclaire S, Undernutrition is predictive of early mortality after palliative self-expanding metal stent insertion in patients with inoperable or recurrent esophageal cancer. Gastrointest Endosc 2006; 64: 479-84), **además se introducimos en el hospital los by-pass derivativos y la preparación nutricional mixta previa, logrando que el 99% de los enfermos logaran el placer de comer hasta el final de sus días**, resultados presentados en congresos y publicados en revistas, demostrando que **la experiencia del colectivo en la construcción de prótesis artesanales para el tratamiento paliativo del cáncer de esófago avanzado podía suplir el déficit de prótesis en el país, eliminando las ostomías abdominales de alimentación en el hospital, con un ahorro de más de \$20000 a la economía nacional, siendo una alternativa ética al déficit de prótesis**, aspectos publicados en revistas médicas. (Implantación de prótesis transtumoral en el cáncer de esófago. Revista de Cirugía Española 1996: 59 (3) 268, Resultados Quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias. Revista Cubana de Oncología 2000: 16 (2) 116-19, Cirugía oncológica. Mejor calidad de vida en el cáncer de esófago. Revista Avances Médicos de Cuba 2000: 24 (4) 50-51, Estrategia en el cáncer de esófago y cardias no resecable. Revista Cubana de Cirugía 2001: 40 (2) 119-122, Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Estudio de dos décadas. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-40. Cáncer de esófago y cardias irresecable. Prótesis o tubo gástrico. Revista Arch Cir Gen Dig, 2005 Enero 24 © Cirugest ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005, 44(4), Alimentación oral en el cáncer de esófago y cardias. Sección Actualización. Martes 26/Septiembre/2006. Cirured) Efectividad del alcohol absoluto para canalizar los tumores irresecables de esófago. Revista Cubana de Cirugía 2010, 49, 4, <http://bvs.sld.cu/revistas>, Necrosis isquémica en pie derecho. Manifestación para neoplásica de un cáncer avanzado de esófago. Revista Electrónica de Portales Medicos.com 2011, VI, 3 **(41-44) (46) (48) (50) (51) (52)**

- La esofagogastroplastia tubular por vía retroesternal con anastomosis cervical (técnica que describió M. Rutkowski, en 1923 y popularizó Postleitwait a finales de los 70, no tenía antecedentes históricos en nuestro país, a partir de una serie de enfermos con características particulares de tener un cáncer de esófago avanzado y posibilidades de

poder soportar esta intervención quirúrgica y en particular en un enfermo con antecedentes de una neumonectomía derecha por cáncer y una fístula esofagopleurocutánea posterior a la misma, decidimos **introducir en la literatura nacional el By pass gástrico tubular isoperistáltico a expensa de la curvatura mayor en el cáncer avanzado de esófago** (Estrategia en el cáncer de esófago y cardias no resecable. Revista Cubana de Cirugía 2001: 40 (2) 119-122, Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Estudio de dos décadas. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-40, Fístula esofagopleurocutánea de tercio medio. Abordaje directo o Derivación. Revista Cubana de Cirugía 2004, Cáncer de esófago y cardias irresecable. Prótesis o tubo gástrico. Revista Arch Cir Gen Dig, 2005 Enero 24 © Cirugest, By pass gástrico tubular isoperistáltico (Postlethwait) en el cáncer de esófago y cardias Revista Cubana de Oncología 2001: 17 (2) 155-7, ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005, 44(4) Resultados quirúrgicos con tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Jul 10 © Cirugest, Alimentación oral en el cáncer de esófago y cardias. Sección Actualización. Martes 26/Septiembre/2006. Cirured) **(3) (44) (45-50)**

- El paciente con la enfermedad avanzada por cáncer de esófago precisa tener la misma atención para lograr eliminar la disfagia que el paciente con una lesión resecable. Es conocido que no es posible aspirar a la curabilidad en un enfermo con cáncer avanzado de esófago y cardias pero sí a mejorar la calidad de vida de un paciente que debe fallecer en corto tiempo, antes del año, pero la ausencia de medios como prótesis industriales autoexpansibles o láser no debe lastrar este objetivo. El alcohol absoluto es un producto barato, se ha utilizado en varios países como tratamiento único de la estenosis, debido a que libera el tránsito esofágico por la necrosis del tumor, con similar eficiencia que el láser. En nuestro caso lo utilizamos sistemáticamente como paso previo para poner la prótesis esofágica, esta estrategia permite eliminar las infiltraciones reiteradas, debido a que el tumor vuelve a crecer, el criterio que hemos defendido es que con la combinación de alcohol absoluto y prótesis podemos eliminar la disfagia en la gran mayoría de los enfermos con cáncer avanzado de esófago y cardias. Nuestro aporte consistió en **introducir y defender el alcohol absoluto como un método adecuado para canalizar la estenosis tumoral de esófago, sirviendo de paso previo para poner la prótesis esofágica, debido a que el alcohol produce lisis del tumor y la prótesis permite mantener el tránsito esofágico expedito, constituyendo el**

**alcohol una alternativa al láser en los países de pobres recursos** (Estrategia en el cáncer de esófago y cardias no resecable. Revista Cubana de Cirugía 2001: 40 (2) 119-122, ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005, 44(4) Resultados quirúrgicos con tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Jul 10 © Cirugest, Efectividad del alcohol absoluto para canalizar los tumores no resecables de esófago. Revista Cubana de Cirugía 2010, 49 (4) **(44) (46)(48) (52)**)

- Los grupos que tratan la enfermedad oncológica del esófago y el cardias dirigidos por cirujanos de experiencia en el tema como Orringer, Pinotti, Akiyama defienden la esofagectomía con anastomosis cervical en tumores de tercio inferior y cardias y en algunos de tercio superior, pero otros como DeMeester, Swanson, Mathisen, Pairolero, Duranceau y Ginsberg mantienen el criterio del uso del abordaje torácico-abdominal y cervical o la combinación torácica y abdominal. Aunque la anastomosis cervical tiene mayor porcentaje de dehiscencias en contraste la mortalidad por esta causa es mayor en la anastomosis de localización intratorácica; incluso es conocido que las dehiscencias cervicales se curan con mayor facilidad. Durante la etapa que trabajamos en el Hospital Universitario Miguel Enríquez adquirimos experiencia en la intervención combinada abdominal y torácica, **(Operación de Ivor Lewis)** y participamos en **el inicio de la esofagectomía transhiatal en el país (Olivera SO, Mederos CON, Leal MA Esophagectomía Transhiatal. Informe histórico de un caso Revista Habanera Ciencias Médicas La Habana 2008, VII, 2)**, en el Hospital Universitario Manuel Fajardo mantuvimos este entrenamiento pero basado en nuestros resultados **comenzamos a defender las técnicas de realizar las anastomosis esofágicas en el cuello, disminuyendo la mortalidad por complicaciones relacionadas con las suturas** Criterios referidos en los artículos científicos publicados (Estrategia en el cáncer de esófago y cardias no resecable. Revista Cubana de Cirugía 2001: 40 (2) 119-122, Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Estudio de dos décadas. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-40, Fístula esofagopleurocutánea de tercio medio. Abordaje directo o Derivación. Revista Cubana de Cirugía 2004, Cáncer de esófago y cardias irresecable. Prótesis o tubo gástrico. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Enero 24 © Cirugest, By pass gástrico tubular isoperistáltico (Postlethwait) en el cáncer de esófago y cardias Revista Cubana de Oncología 2001: 17 (2) 155-7. ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005, 44(4) Resultados

quirúrgicos con tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Julio 10 © Cirugest, Alimentación oral en el cáncer de esófago y cardias. Sección Actualización. Martes 26/Septiembre/2006. Cirured) **(3) (44-50)**

- Las afecciones quirúrgicas por enfermedades benignas del esófago son variadas por su origen, diagnóstico y tratamiento teniendo todas la complejidad de la localización y estructura histológica del esófago, siendo siempre tema de discusión (La cirugía represento esofágica el 0,47 % de las intervenciones mayores en nuestro hospital según el trabajo publicado Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-40). Mostrando en diferentes artículos nuestras **experiencias en el tratamiento de afecciones benignas como acalasia, quiste enterógeno y la hernia hiatal, en esta última defendiendo el tratamiento por vía torácica en las afecciones que necesitan este procedimiento, en especial el llamado esófago corto** (Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Estudio de dos décadas. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-40, Criterio quirúrgico en el tratamiento de la acalasia esofágica. Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (6) 580-86, Quiste enterógeno (duplicidad esofágica) Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (6) 658-62., Hernia hiatal grande y trastornos del ritmo cardíaco. Revista Arch Cir Gen Dig, 2005 May 23 © Cirugest) **(3) (54-56)**
- Si la cirugía del paciente geriátrico en cualquier localización tiene el problema del estado del enfermo y el deterioro de las funciones de múltiples órganos y sistemas, por la complejidad de la cirugía esofágica es importante adaptar los diferentes procedimientos al estado del enfermo. Aspectos presentados en congresos y publicaciones en revistas comenzamos a **Caracterizar el tratamiento quirúrgico diferencial en el paciente con edades geriátricas** (El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest, ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005, 44(4) Resultados quirúrgicos con tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Jul 10 © Cirugest, Toracotomía en el anciano. Morbilidad. Revista Cubana de Cirugía 2003: 42 (2) Sustitución esofágica en octogenario con estenosis por cáustico. Revista Geroinfo 2009, 4, 2. **(7) (11) (48-49) (57)**
- A pesar de los avances tecnológicos, el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, la atención a la nutrición en el preoperatorio, los grandes cambios en los cuidados

perioperatorio y terapias especializadas, los resultados continúan siendo heterogéneos y variados los procedimientos estratégicos, siendo necesario para mejorar la morbilidad y aumentar la sobrevida por cáncer de cardias y esófago, la comparación y discusión de las principales controversias, basado en las evidencias científicas relevantes (Bower, MR, Nutritional management during neoadjuvant therapy for esophageal cancer. J Surg Oncol 2009; 100:82. González-González J.J., Complicaciones de la cirugía de exéresis del cáncer de esófago. Cir Esp. 2006 Dec; 80(6):349-60. Murphy, PM, An investigation into the current peri-operative nutritional management of oesophageal carcinoma patients in major carcinoma centres in England. Ann R Coll Surg Engl 2006; 88:358. Odelli, C, Nutrition support improves patient outcomes, treatment tolerance and admission characteristics in oesophageal cancer. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2005; 17:639. Pultrum BB, Outcome of palliative care regimens in patients with advanced oesophageal cancer detected during explorative surgery. Antieaneer Res 2006; 26: 2289-2293), **estas informaciones enriquece y fortalece nuestro quehacer profesional**, por este motivo hemos presentado en congresos y publicados en revistas trabajos donde **evaluamos de forma comparativa el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago en Cuba y el extranjero** (Resultados Quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias. Revista Cubana de Oncología 2000: 16 (2) 116-19, Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Estudio de dos décadas. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-4, Cáncer de esófago y cardias irreseccable. Prótesis o tubo gástrico. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Enero 24 © Cirugest ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005, 44(4) Sustitución esofágica en octogenario con estenosis por cáustico. Red Cubana de Gerontología y Geriatria. Revista Geroinfo 2009, Vol. 4, No. 2. Resultados quirúrgicos con tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Jul 10 © Cirugest, El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest) **(3) (11) (42) (46) (48-49)**

- La valoración nutricional debe formar parte integral en la evaluación clínica inicial de los pacientes con cáncer de esófago, desde el momento del diagnóstico y durante el proceso de su enfermedad, para identificar y corregir el déficit nutricional con el objetivo de lograr mejorar y mantener el peso necesario, aspecto que mejora la respuesta a los distintos tratamientos oncológicos, aumentando la supervivencia y mejorando la calidad



de vida, nosotros **defendemos esta hipótesis apoyado en investigaciones realizadas que demuestran la mejoría de los resultados con la introducción de una estrategia nutricional integral bajo la orientación de un grupo institucional** el GAN, aspecto reflejado en la publicación científica Soporte Nutricional y calidad de vida en el Cáncer de Esófago y Cardias. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012, Tratamiento con fines paliativo en el cáncer de esófago y cardias Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012 **(58-59)**

- Realizar investigaciones plasmando los criterios de la población permiten evaluar de manera integral nuestro trabajo, aspecto que logramos en un artículo científico basado en **entrevistas de profundidad en enfermos y expertos, demostrando este** la aceptación de los métodos paliativos que eliminen la disfagia, por los pacientes y profesionales constituyendo el fundamental del tratamiento en el cáncer de esófago (Criterio poblacional y de expertos sobre el cáncer de esófago y cardias Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012) **(60)**

### **Tumores Benignos y Malignos del Pulmón. Principales Aportes**

En publicaciones nacionales e internacionales basado en nuestras experiencias personales hemos realizado las siguientes recomendaciones

- En el nuevo milenio nos mantenemos a la defensiva de un enemigo implacable, el cáncer de pulmón, siendo la única alternativa de cura la cirugía. En un estudio de la Universidad Médica de Carolina del Sur acerca de las resecciones pulmonares se presentaron 8,7% de complicaciones en cirujanos generales y 3,9% en el personal especializado, por este motivo es indispensable la dedicación por grupos multidisciplinarios especializados en las afecciones complejas, este fue el tema esencial de la tesis que realice optando por el grado científico de Doctor en Ciencias Médicas **(Dr. Mederos CON Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de las lesiones resecables en 109 enfermos. Repercusión de los grupos multidisciplinarios)** Al analizar los resultados obtenidos en 2 Hospitales Universitarios con recursos limitados, sin tecnología diagnóstica avanzada como la tomografía con emisión de positrones y los radioisótopos para el mapeo, teniendo una casuística donde destacan los estadios IIB y IIIA al compararlos con centros dedicados a esta actividad, donde la supervivencia estándar en el estadio I es alrededor del 60 %, en estadio II el 47 % y alrededor del 20 % en el IIIA, los resultados cercanos a estos obtenidos analizando grupos similares,

reafirman la importancia de la creación de grupos multidisciplinarios de cirugía torácica, aspecto que presentamos en congresos y publicamos en revistas médicas, donde **mostramos los resultados de la organización de grupos multidisciplinarios en cirugía torácica no cardíaca en dos hospitales universitarios, con incremento de la operabilidad y la resecabilidad del cáncer del pulmón, mejorando el diagnóstico precoz, en función de la experiencia en la actividad. En particular destacamos la necesidad y utilidad de esta, reflejada en el rigor de la clasificación TNM, estudios preoperatorios y control del seguimiento, participando del autor en la introducción de esta metodología de trabajo en los dos hospitales del estudio.** (El cáncer del pulmón y la creación de los Grupos Multidisciplinarios de cirugía torácica. Revista Cubana de Cirugía 2004; 43(3-4), Organización y resultado de la Cirugía Torácica en el Hospital Manuel Fajardo Revista Cubana de Cirugía 1999, Tratamiento quirúrgico del cáncer broncopulmonar. "Miguel Enríquez" años 1974-1986. Revista Cubana de Cirugía 1988: 27 (4) 27-33, Lobectomía VS Neumonectomía en el tratamiento del cáncer de pulmón. Revista 16 de Abril 1990, 29, (167), Variación del estadiamiento clínico y el post quirúrgico en el CPNCP. Revista Cubana de Oncología 2000: 16 (3), Sobrevida del CPNCP sometidos a cirugía en relación al estadio clínico. Revista Cubana de Oncología 2001: 17 (1). **(1-2) (61-63)**)

- Para el carcinoma del pulmón (CP) se utiliza la clasificación TNM desarrollada en 1986 en una reunión internacional organizada para unificar los estadios y publicada por Mountain. La T se refiere al tamaño y la extensión del tumor primario, la N representa la afección de los ganglios linfáticos biliares y mediastínicos y la M hace referencia a la enfermedad metastásica. El estadiamiento debe establecerse en el momento del diagnóstico (estadificación clínica o TNM) y de nuevo después de la operación (estadificación anatomopatológica posquirúrgica o pTNM), cuando se dispone del informe de Anatomía Patológica final. El tratamiento inicial se basa en el TNM y en diagnóstico histológico del cáncer. El pronóstico depende del pTNM. El tratamiento quirúrgico representa la única posibilidad curativa para el carcinoma del pulmón no células pequeñas, pero ésta sólo puede llevarse a cabo en estadios tempranos I, II y IIIA. Para llevar a un paciente al salón de operaciones no solo debe cumplir con los criterios de operabilidad, sino también de resecabilidad, criterio que puede variar antes y después del acto quirúrgico. Por lo que evaluar la probabilidad de cambio a estadios superiores que sufren estos pacientes llevados al salón con lesiones clínicamente

resecables, ha sido el objetivo principal de este trabajo, por la importancia del estadiamiento como recurso indispensable decidimos **Alertar sobre los problemas de la clasificación TNM clínica preoperatoria y su variación postoperatoria, no encontrando referencias nacionales previas sobre el tema. Publicando varios artículos científicos sobre este tema.** (Variación del estadiamiento clínico y postquirúrgico en el cáncer del pulmón no células pequeñas, Revista Cubana de Oncología 2000: 16 (3). Sobrevida del CPNCP sometidos a cirugía en relación al estadio clínico. Revista Cubana de Oncología. 2001: 17 (1). Revisión sobre el cáncer de pulmón. Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005, Cirured, <http://www.cirured.sld.cu> **(63-65)**).

- La importancia de preservar tejido pulmonar es tan grande que en enfermos con capacidad respiratoria que contraindique la neumonectomía se preconizan resecciones más económicas, como lobectomías con procedimientos broncoplásticos o segmentectomías, que incluso han permitido reseca tumores en pacientes con gran compromiso respiratorio y se ha alargado la vida de estos a un 55% a los cinco años, a diferencia de grupos similares en que solo se empleó radioterapia, con supervivencia inferior al 14% en el mismo período de tiempo. Existe un criterio universal de las ventajas de la lobectomía como procedimiento quirúrgico preferiblemente en los lóbulos superiores y con cierta reserva en los inferiores, ya que esta localización tiende a metastizar a los ganglios regionales con más frecuencia que los originados en los lóbulos superiores, teniendo como condiciones tumores periféricos que no rebasen la cisura, con bronquio lobar sano, con hilio y mediastino libre de metástasis o tumores periféricos con metástasis ganglionar en los linfáticos de la raíz del lóbulo en que la neumonectomía sea de alto riesgo, quedando esta para las siguientes indicaciones: tumor periférico con metástasis hilar y una reserva cardiorrespiratoria que no contraindique la supresión del pulmón, tumor que comprometa la cisura o tumor próximo al hilio pulmonar, demostrando nuestros resultados en una tesis de terminación de la especialidad que asesoramos (Residente Dr. S. Alfonso 1992 Cáncer del pulmón. Complicaciones y supervivencia) **y en nuestra tesis de Doctor en Ciencias Médicas también nos referimos a estos aspectos (Dr. Mederos CON Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de las lesiones resecables en 109 enfermos. Repercusión de los grupos multidisciplinarios)** por lo que defendemos en presentaciones en congresos y en publicaciones en revistas médicas **el criterio**

**actual de la preservación de un mayor porcentaje del parénquima pulmonar.**

(Lobectomía versus Neumonectomía en el tratamiento del Cáncer Broncopulmonar, Revista 16 de Abril 1990, Revisión sobre el cáncer de pulmón. Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005, Cirured) Segmentectomías pulmonar en el enfermo con pruebas funcionales precarias. Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3) **(62) (65-66)**

- Las resecciones pulmonares constituyen la única solución quirúrgica al enfrentar las afecciones tumorales que afectan el pulmón, por tal motivo es necesario adquirir experiencias, con este objetivo presentamos en congresos y publicamos en revistas médicas aspectos relacionados, como **informando nuestras complicaciones en las resecciones por cáncer, en particular debatimos sobre el dolor post-toracotomía asumiendo un sistema personal de clasificación del dolor post- toracotomía, relacionando la incisión torácica utilizada con la persistencia del dolor. En la literatura internacional existen varios métodos de clasificación, pero este es sencillo y fácil de interpretar,** (Resecciones pulmonares. Morbimortalidad, Revista Cubana de Cirugía 2001, Dolor postoracotomía. ¿Mito o realidad? Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Abr 10 © Cirugest. Neuralgia postoracotomía con relación a la incisión quirúrgica. Revista Cubana de Cirugía 2006, 45(1), Toracotomía en el anciano. Morbilidad. Revista Cubana de Cirugía 2003; 42(2), Revisión sobre el cáncer de pulmón. Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005. <http://www.cirured.sld.cu>) **(4-7) (66)**
- El cáncer de pulmón (CP) era un problema de salud de relativa frecuencia en el XIX, aumentando a comienzos de siglo XX, convirtiéndose en la actualidad en la neoplasia maligna que causa más muertes para ambos sexos en Estados Unidos de América, en Cuba ocupa el primer lugar de las muertes por cáncer en el sexo masculino y cuarto entre las mujeres. La clave del tratamiento con intención curativa en los carcinomas del pulmón no células pequeñas (CPNCP) es la extirpación quirúrgica. El tipo de intervención depende de la extensión y localización del cáncer, de la reserva pulmonar y del paciente. Debido a la gran heterogeneidad del CPNCP, a los problemas del estadiamiento y los factores pronósticos, menos del 25% logran vivir a 5 años, se justifica el esfuerzo y la inquietud en el debate terapéutico, siendo importante **mostrar los períodos de tiempo de supervivencia, según los dos grandes grupos, CPNCP y CPCP. En el CPCP se plantea como promedio tres años, defendiendo el criterio actual de tratamiento quirúrgico solo en casos excepcionales, siendo de**

**cinco años en el CPNCP, aspectos extraídos de nuestras presentaciones en congresos y publicaciones científicas** (Sobrevida del CPNCP en relación con el estadio clínico. Revista Cubana de Oncología 2001: 17 (1) 39-42), Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005. <http://www.cirured.sld.cu>) **(64-66)**

- Un enfermo operable es aquel clasificado como estadio I, II y IIIA con carcinomas no células pequeñas y aquellos que su capacidad funcional permitan llevar al paciente al salón de operaciones. La extensión de la resección depende del juicio quirúrgico según los hallazgos exploratorios, teniendo como objetivos eliminar el tejido afectado por el tumor y dejar la máxima cantidad de tejido pulmonar posible, considerando siempre la posibilidad de realizar una resección conservadora, teniendo resultados de intervalo libre de enfermedad similar a procedimientos más agresivos, estos resultados mostrados en congresos y revistas médicas nos permitieron **Definir los factores que inciden en la supervivencia: tipo histológico, estadio clínico y en menor medida la extensión de la resección, cuando hablamos de CPNCP dando un gran valor al diagnóstico precoz para lograr la curabilidad.** (Sobrevida del CPNCP en relación con el estadio clínico. Revista Cubana de Oncología 2001: 17 (1) 39-42) El cáncer del pulmón y la creación de los Grupos Multidisciplinarios de cirugía torácica. Revista Cubana de Cirugía 2004; 43(3-4) Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005. <http://www.cirured.sld.cu>) **(1) (64) (66)**
- La creación de grupos multidisciplinarios de cirugía torácica general para el control, seguimiento y abordaje terapéutico de la enfermedad oncoproliferativa del pulmón que permite: Mediante dedicación, discusiones colectivas y trabajo cotidiano, permite adquirir experiencias que aumentan los índices de operabilidad y resecabilidad y el desarrollo de capacidades teóricas y prácticas a sus integrantes, lo que incrementa la realización de resecciones complejas en presencia de tumores pulmonares que afectan estructuras vecinas o se encuentran en proximidad al hilio pulmonar, incorporando la posibilidad de resección del estadio IIIA y mejorando la supervivencia en los estadios I y II e incluso el IIIA., compensando el déficit de recursos y tecnologías de diagnóstico avanzada, mediante el trabajo en coordinación con otras especialidades, con lo que se logran resultados quirúrgicos cercano a la literatura médica internacional en centros especializados, estrategia que nos permitió **defender la factibilidad de lograr resultados de supervivencia a pesar de no tener la mejor tecnología, basada en la organización de colectivos que adquieran experiencia en esta actividad, con**

**introducción y perfeccionamiento de los conocimientos mundiales.** (El cáncer del pulmón y la creación de los Grupos Multidisciplinarios de cirugía torácica. Revista Cubana de Cirugía 2004; 43(3-4), Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005. <http://www.cirured.sld.cu>) **(1) (66)**

- Es frecuente que los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón se encuentren en su sexta y séptima décadas de la vida, lo que ocasiona que coincida su presencia con enfermedades asociadas. Generalmente son enfermos con el mal hábito de fumar lo que disminuye las posibilidades quirúrgicas extensas. La segmentectomías en el cáncer de pulmón temprano ha sido el procedimiento preconizado en los últimos años para el estadio T1-N0-M0. Este procedimiento, como estrategia quirúrgica en el cáncer de pulmón, no es nuevo. Jensik lo popularizó en 1973 y durante años su uso fue controversial, se le oponía el criterio de la radicalidad. En general, esta operación es aceptada para los llamados grupos de riesgo por tener enfermedades crónicas no transmisibles, en enfermos con compromiso respiratorio y en las lesiones posterior a la neumonectomía previas, nuestros resultados en este tema nos permitió la presentación en congresos y publicaciones en revistas médicas, **defendiendo la posibilidad del tratamiento quirúrgico en pacientes con pruebas funcionales precarias mediante resecciones segmentarías.** (Segmentectomías pulmonar en el enfermo con pruebas funcionales precarias. Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3), Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005. <http://www.cirured.sld.cu>) **(65-66)**
- La edad no debe ser un factor limitante de un tratamiento curativo en el enfermo con cáncer de pulmón, los conceptos actuales de prevención del riesgo quirúrgico, las resecciones quirúrgicas más limitadas y la introducción de la videotoracoscopia para diagnóstico y tratamiento nos permitieron **Caracterizar el tratamiento quirúrgico diferencial en el paciente con edades geriátricas,** criterios expresados en publicaciones médicas en revistas (Toracotomía en el anciano. Morbilidad. Revista Cubana de Cirugía 2003: 42 (2) (El reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest) Segmentectomías pulmonar en el enfermo con pruebas funcionales precarias. Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3), Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005. <http://www.cirured.sld.cu>) **(7) (11) (65-66)**

- El derrame pleural maligno es un problema de alta frecuencia en los enfermos con enfermedades metastásica. En los pacientes masculinos, casi la mitad son causados por cáncer de pulmón. Su incidencia está aumentando en relación con el aumento de casos de neoplasias pulmonares y de mama La punción evacuadora debe ser complementada con la escleroterapia química mediante diferentes sustancias. Se han usado más de 30 sustancias para su realización, pero las tres más frecuentes son tetraciclina (también doxiciclina), bleomicina y talco, debido a que era un problema en nuestro hospital sin solución, decidimos incorporar nuestro grupo a esta línea de atención paliativa del cáncer de pulmón, utilizando de inicio bleomicina y posteriormente otras soluciones, presentando los resultados en congresos y publicándolos en revistas médicas, donde **presentamos la experiencia en el tratamiento paliativo del derrame pleural maligno mediante toracocentesis y bleomicina** (Tratamiento del derrame pleural maligno mediante Toracocentesis y efusiones de bleomicina. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Abr 24 © Cirugest, Comportamiento del derrame pleural maligno tratado con bleomicina. Artículo. Revista 16 de Abril, 2009, 235. <http://www.16deabril.sld.cu>, Toracocentesis un procedimiento que debemos conocer. Habilidad Práctica. Revista 16 de Abril, 2009, 235. <http://www.16deabril.sld.cu>, Castellanos GJA, Mederos CON, Barrera OJC, Romero DCA, Mederos TOL. Tratamiento paliativo con abrasión química de los derrame pleurales malignos Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012) **(67-70)**
- **Ante la escasez de productos como la bleomicina hemos utilizado soluciones yodadas** para lograr la esclerosis de la pared como tratamiento alternativo en el derrame pleural persistente, se observó que en el 51.5 % se solucionó el derrame con dos sesiones terapéuticas, apareciendo el mayor número de recidivas al tratamiento pasados los cuatro meses de aplicado el tratamiento, con resultados similares en las diferentes sustancias utilizadas. (Tratamiento paliativo con abrasión química de los derrame pleurales malignos Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012) **(67-70)**
- Según el tipo de intervenciones a realizar en el cáncer de pulmón serán las características de los sistemas de aspiración y sondas a utilizar siendo diferentes en resecciones atípicas, segmentarías, lobectomías y neumonectomía, esto determina la importancia de exponer los criterios de **Particularizar las características de los sistemas de aspiración y el sistema de drenaje en el paciente con resecciones**

**pulmonares** (El manejo de sondas aspiración pleural en la cirugía torácica general. Revista Arch Cir Gen Dig 6 Ago 2007. © Cirugest) **(8)**

- La asociación de las bullas enfisematosas con tumores pulmonares primarios, debido a la evolución más rápida de la neoplasia y la formación de cicatrices, puede enmascarar los hallazgos clínicos clásicos, lo que influye en el estadio y dificulta el diagnóstico, y a su vez condiciona cambios en la conducta terapéutica. Otras afecciones que se asocian a las bullas enfisematosas son las bronquiectasias y las fibrosis intraparenquimatosa. El neumotórax en ocasiones es la primera manifestación clínica del cáncer de pulmón en el adulto, ya sea por bulla enfisematosa o vesícula subpleural rota. En los niños el neumotórax puede coincidir con metástasis pulmonares de un sarcoma en diferentes localizaciones, por estas características publicamos **la coincidencia entre enfermedad enfisematosa, neumotórax, bula y cáncer de pulmón** (Neumotórax y bulla enfisematosa gigante rota manifestación inicial de un carcinoma. Revista Cubana de Cirugía 2010, 49 (4) **(71)**)

### **Trauma Torácico. Principales Aportes**

En publicaciones nacionales e internacionales basado en nuestras experiencias personales realizamos las siguientes recomendaciones:

- La primera experiencia con un grupo de enfermos con tórax batientes tratados con diferentes métodos en nuestro país, fue publicada en la Revista Cubana de Cirugía en 1980(19(5): 453-54 por los cirujanos del Hospital Universitario Calixto García, con un estudio de 23 pacientes utilizando la tracción subperióstica con peso en 18 enfermos y la férula neumática en 10 con 40% y 25% de mortalidad. En este hospital se creó en la década del 70 el dispositivo externo de Valls con resultados satisfactorios. Años después Méndez Catasuz introduce un fijador con varillas metálicas de Kirschner, surgiendo posteriormente otros equipos, todos con principios parecidos como los de Le Clerc, Navarro, Costa, Fleitas Pérez e Iglesias Pérez. En 1995 siendo el Jefe del Grupo de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Manuel Fajardo nos presentaron una paciente femenina con tórax inestable por un trauma directo, con antecedente de varios ingresos por crisis de asma bronquial, decidimos utilizar el sistema de cerclaje AO construyendo costillas artificiales externas con yeso y alambre. La evolución fue excelente, lo que nos decidió diseñar un equipo reutilizable y adaptable de duraluminio,



presentando en congresos y publicándolos en revistas médicas este **nuevo dispositivo creado para el tratamiento del tórax batiente. Este fijador costal fue eficaz en el tórax batiente sin presentarse complicaciones por su utilización, resolviendo todas las lesiones presentes en los pacientes tratados, demostrando su valor incluso en el volet esternal** (Estabilizador para tórax batiente. Revista Avances Médicos de Cuba. 2001:8(28)54, Uso de fijador externo en la inestabilidad de la pared torácica anterior. Revista Cubana Cirugía 2004, 44(1), Cerclaje pericostal en el tórax batiente con construcción de costillas externas artificiales. Revista Cubana Cirugía. 2002, 41(3): 147-51, Fijador costal externo para el tratamiento del tórax batiente. Sección Innovaciones. Sitio electrónico de la Sociedad Cubana de Cirugía CIRURED, sábado 17/junio/2006 Fijador costal, Fijador costal externo con costillas artificiales articulares para el tratamiento del tórax batiente y el volet esternal. Página central de Infomed. Viernes 18/mayo/2007, **(72-76)**)

- El tórax batiente con participación del esternón debe tener fijación externa. Siendo siempre tema de presentación y discusión cada caso que se presenta (**Andre Plass. Titanium plate osteosynthesis for the correction of severe sternal deformity in a 13-year-old boy Interact CardioVasc Thorac Surg 2008; 7:935-937; Matus J. Tratamiento del tórax flotante. Presentación de caso Acta Ortopédica Mexicana 2008; 22(1): 55-58**) La discusión y presentación de nuestro equipo en congresos y la publicación revistas nos permitió expresar que **el fijador externo creado en nuestro grupo es ideal en situaciones de inestabilidad de la pared torácica anterior, incluso en presencia de inestabilidad bilateral.** Otra ventaja del sistema presentado es que puede ser empleado para cerrar una toracotomía por problemas intratorácicos, situación que se presenta en el 10 al 20 % de los casos. (Uso de fijador externo en la inestabilidad de la pared torácica anterior. Revista Cubana Cirugía 2004, 44(1), **(74)**)
- Los elementos fundamentales que se analizan para evaluar calidad en la atención de la inestabilidad torácica, son disminución de las complicaciones respiratorias, estabilidad de la pared torácica, eliminación de la estancia en las unidades cerradas de terapia y disminución de la estancia hospitalaria. **Nuestro equipo cambió la atención médica con hospitalización prolongada, al disminuir de forma brusca la estadía hospitalaria, que no dependió en nuestros casos de la inestabilidad torácica, que se logró eliminar con el fijador costal, retirando el equipo de forma ambulatoria en todos los enfermos, con un aporte económico significativo** (Estabilizador para

tórax batiente. Revista Avances Médicos de Cuba. 2001:8(28)54. Uso de fijador externo en la inestabilidad de la pared torácica anterior. Revista Cubana Cirugía 2004, 44(1), Cerclaje pericostal en el tórax batiente con construcción de costillas externas artificiales. Revista Cubana de Cirugía. 2002, 41(3): 147-51, Fijador costal externo para el tratamiento del tórax batiente. Sección Innovaciones. Sitio electrónico de la Sociedad Cubana de Cirugía CIRURED, sábado 17/junio/2006 Fijador costal, Fijador costal externo con costillas artificiales articulares para el tratamiento del tórax batiente y el volet esternal. Patina central de Infomed. Viernes 18/mayo/2007, **(72-76)**

- Por todos es conocido que uno de los objetivos del médico que atiende una emergencia es restaurar los parámetros hemodinámicos a valores normales y detener las desagradables consecuencias del shock hipovolémico. Para tal fin se han utilizado a lo largo de los años soluciones isotónicas y coloides. En 1980 Velasco reporta la reanimación rápida en perros con shock hemorrágico mediante pequeños bolos de solución salina hipertónica al 7,5 %.<sup>1</sup> Estudios en animales y en seres humanos han demostrado que la solución salina hipertónica en un pequeño volumen de 3 ml/kg a 6 ml/kg mejora rápidamente la función cardiovascular y metabólica, por una combinación de volumen plasmático, vasodilatación sistémica y aumento del rendimiento miocárdico, sin acumulación excesiva de líquidos, el desarrollo de una investigación en nuestro hospital nos permitió **Introducir y defender el uso de las soluciones salinas hipertónicas en el trauma al demostrar que la reanimación con solución salina hipertónica es eficaz para el tratamiento del shock hemorrágico con una buena respuesta terapéutica en corto tiempo, lo cual permite la reposición de sangre posteriormente, con complicaciones escasas y fácil corrección, reflejándolo en revistas médicas** (Reanimación con solución salina hipertónica, una alternativa en Cirugía Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3), Nuestro método de reanimación con solución salina hipertónica Sección Innovaciones. Sábado 7/Julio/2007. <http://www.cirured.sld.cu>, Uso de la reanimación con solución salina hipertónica una alternativa en cirugía CD URGRAV 2004) **(77-79)**
- La tractotomía pulmonar fue descrita inicialmente por Wall en 1994, consiste en dividir el parénquima con pinzas vasculares largas o una grapadora lineal hasta llegar de manera directa al sitio de la lesión que sangra. Se realiza ligadura vascular selectiva de los vasos sangrantes y se controla la fuga de aire. Este procedimiento evita la resección pulmonar. Las resecciones atípicas, lobectomía y neumonectomía aunque son

procedimientos aceptados en la cirugía de control de daño por la rapidez de su ejecución con el uso de suturadores mecánicos, que ha disminuido la mortalidad y el tiempo quirúrgico, al compararlo con la tractotomía presentan mayor mortalidad, basado en una experiencia de un enfermo con un EPOC y trauma torácico con hemotórax decidimos utilizar este procedimiento y ofrecer elementos para **defender el uso de la tractotomía y ligadura vascular en las lesiones del parénquima pulmonar, siendo la primera publicación en el país** (Tractotomía pulmonar y ligadura vascular en el hemotórax masivo por fragmento costal. Revista Cubana de Cirugía 2006, 45(1) **(80)**)

- La mayor parte de las hernias diafragmáticas traumáticas están constituidas por un solo órgano, en dependencia del defecto pueden existir dos o más órganos. Las vísceras más comunes herniadas son estómago, colon, bazo, intestino delgado, y epiplón. Los objetivos del tratamiento son reposición de los órganos al abdomen con reparación del diafragma. En la fase crónica se prefiere la intervención por vía torácica por las adherencias y el contenido organizado y en la aguda por vía abdominal, excepcionalmente se usa una incisión torácica y abdominal. La reparación de grandes defectos herniarios se han simplificado con el uso de mallas protésicas como la COMPOSITE, la experiencia en la técnica nos permitió **recomendar la reparación de grandes defectos herniarios con el uso de mallas quirúrgicas en hernias diafragmáticas derechas multivisceral en una publicación** (Hernioplastia diafragmática con malla COMPOSITE. Revista de Cirugía Española 2012 Volumen 90, Número 02) **(81)**
- El taponamiento cardíaco tardío por trauma cerrado es una condición rara que puede aparecer varios días o semanas después del traumatismo, relacionado con un nuevo sangramiento o pericarditis se presenta sólo en un 1%, en la mayoría de los casos de taponamiento cardíaco tardío producidos por herida por arma blanca. **Nosotros presentamos una paciente femenina con trauma torácico cerrado y contusión de miocardio con hemopericardio de un mes de evolución que condujeron a un taponamiento cardíaco, destacando su forma tardía de presentación, teniendo una escasa representación en literatura médica internacional disponible.** (Contusión cardíaca y taponamiento tardío de un mes de evolución. Revista de Cirugía Española 2012) **(82)**
- La diferenciación entre la eventración y la hernia diafragmática es vital para una estrategia quirúrgica adecuada, elemento destacado en los trabajos publicados por

nuestro grupo, defendemos la reparación **en las eventraciones con la plicatura del diafragma por vía abierta o videotoracoscopía**, y en la hernia la reparación dependiendo del tamaño del anillo, hasta 10 cm. La superposición de colgajos en sentido anteroposterior y en defectos mayores el uso de mallas bioprotésicas, preferentemente por una toracotomía (Hernioplastia diafragmática con malla COMPOSITE. Revista de Cirugía Española 2012 Volumen 90, Número 02, Hernias y eventraciones diafragmáticas crónicas, alternativas quirúrgicas Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012) **(81-83)**

### **Afecciones del Mediastino. Principales aportes**

En publicaciones nacionales e internacionales basado en nuestras experiencias personales hemos realizado las siguientes recomendaciones:

- Las afecciones quirúrgicas del mediastino son un tema controversial, por la variedad de las manifestaciones clínicas, por su afectación local, compromiso de estructuras adyacentes e intervención de factores secretores tumorales e inmunológicos, frecuentemente se presentan asintomático siendo un hallazgo de estudios radiográficos. Otra particularidad es que numerosos trastornos localizados en el mediastino son debidos a múltiples enfermedades sistémicas. Las afectaciones localizadas incluyen quistes y tumores primarios, infecciones, hemorragias, enfisema y aneurismas, por estos argumentos **las presentaciones de casos en el mediastino son una información científica frecuente en revistas internacionales** (Cardillo G, Surgical treatment of benign neurogenic tumours of the mediastinum. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2008, 34(6):1210-14. Chen K, Surgical Treatment of Complex Malignant Anterior Mediastinal Tumors Invading the Superior Vena Cava. World Journal of Surgery .2006, 30(2): 162-70. Dogan R, An unusual tumor of the neck and mediastinum: lipoblastomatosis resulting in paraparesis. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2007, 31(2): 325-7. Jarosaw K, Middle mediastinal thymoma of unusual pathologic type. Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2006; 12: 200–2. Fahrner R, Langerhans cell histiocytosis as differential diagnosis of a mediastinal tumor. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2008, 33(3): 516-7. Von Falck C, Neuroendocrine tumour of the mediastinum. European Journal of Nuclear Medicine & Molecular Imaging 2007, 34(5): 812. Yang Y, Mediastinal tumor resection under the guidance of transoesophageal echocardiography. Anaesthesia & Intensive Care 2007; 35(2):312),

por estas características **durante años hemos presentado diferentes casos detallando en cada uno experiencias, estrategia diagnóstica y terapéutica, resultados y recomendaciones** (Timolipoma. Aporte de 3 casos. Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (5) 532-37. Quiste enterógeno (duplicidad esofágica) Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (6) 658-62. Tumores primitivos del mediastino. Revista Cubana de Cirugía 1992: 31 (1) 15-21. Quiste pericárdico gigante en el adulto. Revista Cubana de Cirugía 2001: 40 (3) 312-4. Bocio intratorácico. Es necesaria la esternotomía. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2003 Dec 09 © Cirugest. Eventración diafragmática e hipotrofia pulmonar del adulto. Revista Española de Cirugía. 2004:75(6)364. Quiste pleural y dolor torácico. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mayo 16 © Cirugest. Tumor carcinoide del mediastino. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Ago 22 © Cirugest. Pericarditis crónica fibrosa con disnea invalidante tratada mediante pericardiectomía. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Ago 29 © Cirugest) **(84-93)**

- En el anciano se asocian diversas enfermedades asociadas, al coincidir con algunas de las diferentes afecciones que afectan el mediastino se hace necesario analizar de forma individual cada caso para tomar las medidas terapéuticas adecuadas, en dependencia del estado físico del paciente, esta visión del problema nos permitió la presentación en congresos y su publicación en revistas médicas, **caracterizando el tratamiento quirúrgico diferencial en el paciente con edades geriátricas** (Toracotomía en el anciano. Revista Cubana de Cirugía 2003: 42 (2), Tumores primitivos del mediastino. Revista Cubana de Cirugía 1992: 31 (1) 15-21, Bocio intratorácico. Es necesaria la esternotomía. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2003 Dec 09 © Cirugest, Tumor carcinoide del mediastino. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Ago 22 © Cirugest, El reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest, Timolipoma. Aporte de 3 casos. Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (5) 532-37. Quiste enterógeno (duplicidad esofágica) Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (6) 658-62. Tumores primitivos del mediastino. Revista Cubana de Cirugía 1992: 31 (1) 15-21. Quiste pericárdico gigante en el adulto. Revista Cubana de Cirugía 2001: 40 (3) 312-4. Bocio intratorácico. Es necesaria la esternotomía. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2003 Dec 09 © Cirugest. Eventración diafragmática e hipotrofia pulmonar del adulto. Revista Española de Cirugía. 2004:75(6)364. Quiste pleural y dolor torácico. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mayo 16 © Cirugest. Tumor carcinoide del mediastino. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Ago

22 © Cirugest. Pericarditis crónica fibrosa con disnea invalidante tratada mediante pericardiectomía. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Ago 29 © Cirugest) ( 7) (11) (84-93)

- El mediastino se extiende desde la entrada de la cavidad torácica, por arriba, hasta el diafragma por debajo, limitado por los lados por la pleura mediastínica, hacia atrás por la columna vertebral y hacia delante por el esternón, recibiendo drenaje linfático del cuello, pared torácica anterior, los pulmones, el esófago, el pericardio, el diafragma y de la cavidad abdominal. En el mediastino se insertan tumores, quistes y diversas enfermedades sistémicas. Los tumores son sintomáticos en cerca de las dos terceras partes de los adultos (para otros solo el 50%); casi la mitad son malignos. En el 55% de los tumores están localizados en el mediastino anterosuperior; el 25% en el posterior, y el otro 20% en el medio. **Por estas razones exponemos las características de presentación de las afecciones del mediastino en los dos Hospitales Universitarios donde integramos los grupos de cirugía torácica.** (Tumores primitivos del mediastino: estudio de los años 1983-1988. Revista Cubana de Cirugía; 1992, 31(1):15-22, Morbilidad de las afecciones quirúrgicas del mediastino. Revista Cubana de Cirugía 2011) (86) (93), comprobando que nuestros resultados son similares a los de centros internacionales especializados en cirugía torácica (Duwe B, Sterman D, Musani A. Tumors of the Mediastinum. Chest 2005, 128(4):2893-2909. Nio M, Nakamura M, Thoracoscopic Removal of Neurogenic Mediastinal Tumors Journal of Laparoendoscopic.2005, 15(1):80-3. Weber A, Mediastinal tumor. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2007, 31(2): 308.
- Las colecciones agudas o crónicas del pericardio producen de forma frecuente compresión del corazón con invalidez en los crónicos y peligro de muerte por taponamiento cardíaco en el agudo, en ocasiones necesitan una solución quirúrgica, **en los derrames agudos con compresión del corazón es necesario evacuar el contenido con una ventana pericárdica o pericardiectomía anterior, de elección la toracotomía anterior izquierda o la ventana por vía extraperitoneal subxifoidea, en los derrames crónicos con fibrosis y síntomas de insuficiencia cardíaca e invalidez los mejores resultados se obtienen con la pericardiectomía radical mediante una esternotomía media,** conclusiones que hemos llegado en nuestro trabajo, publicado en revistas médicas (Manejo quirúrgico de las colecciones agudas y crónicas del pericardio Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012 (94)

## **Capítulo IV**

# **Producción Científica y Académica en el Período Analizado. Desempeño del Autor**

A pesar de las carencias económicas en el período analizado de finales de la década de los noventa y la primera del 2000, la cirugía torácica logró ganar en organización gerencial y sistemas, desarrollando los grupos multidisciplinarios, los manuales de atención y procedimiento con la estructuración de algoritmos de trabajo, adaptados a las condiciones materiales que presentaba el país.

Entre los elementos que avalan esta afirmación tenemos los siguientes elementos:

1. En las publicaciones de artículos en la Revista Cubana de Cirugía entre los años 2004 y 2010, al comparar los artículos y casos publicados de cirugía torácica con otros temas de cirugía general (se excluyeron las actualizaciones del Manual de Procedimientos), se observa un ascenso en el número de publicaciones de cirugía torácica, mostrando un cambio significativo al comparar los períodos del 99-2003 con el del 2004-10.

Desglose de las publicaciones por años subdivididas en temas, cirugía torácica y otros temas. Período 2004 al 2010

Revista Cubana de Cirugía	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Cirugía Torácica</b>	-	-	-	-	-	-	-
Artículos	5	11	5	8	10	5	7
Presentación de casos	1	4	3	4	7	3	5
<b>Otros Temas de Cirugía</b>	-	-	-	-	-	-	-
Artículos	22	18	14	15	22	16	23
Presentación de Casos	3	1	4	3	12	7	13

Fuente: Sumario de las Revistas Cubanas de Cirugía (se excluyen las actualizaciones del Manual de Procedimientos)

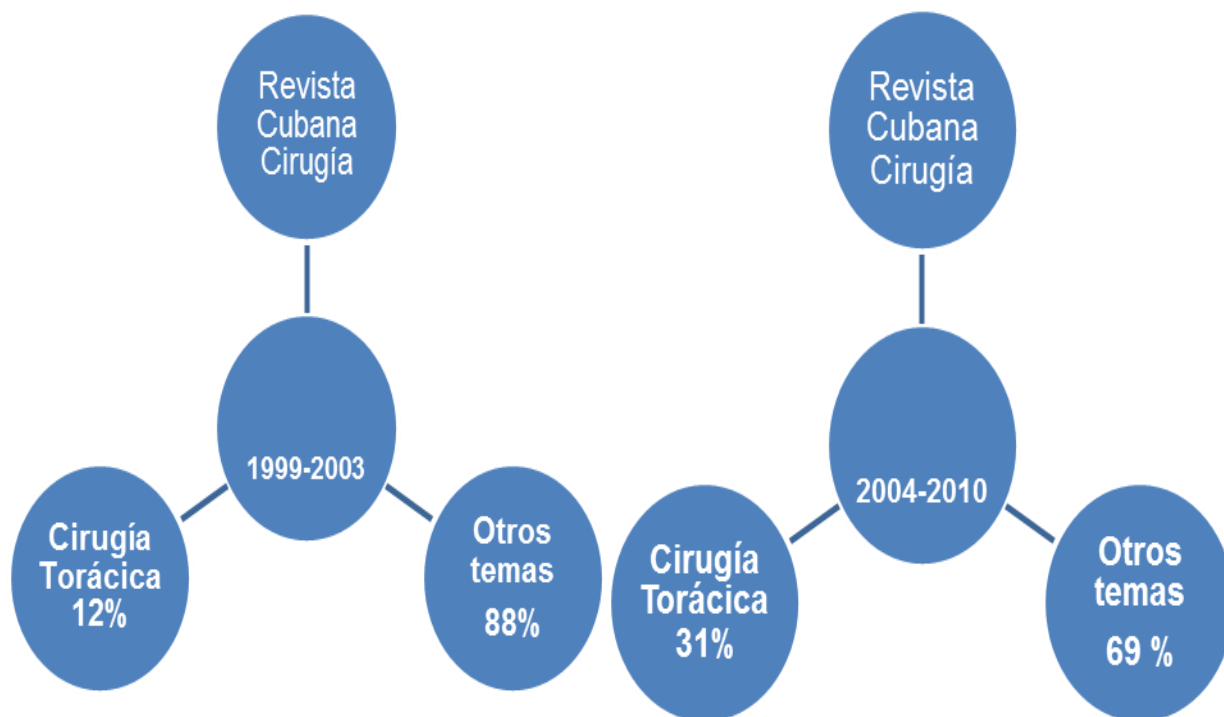
2. Durante el período del 99-2003 y el 2004-10 nuestra participación personal fue similar en ambos, de 11 y 12 trabajos respectivamente, representando el 32 % en la primera etapa y el 15,1 % en la segunda del total de publicaciones de cirugía torácica.

Comparación entre el período del 1999-2003 y 2004-10, incorporando los resultados del autor

Revista Cubana Cirugía	99-2003	Autor	2004-10	Autor
Cirugía Torácica	12 %	11 trabajos (32%)	31 %	12 trabajos (15.1%)
Otros temas	88%	-	69 %	-



Fuente: Sumario de las Revistas Cubanas de Cirugía (se excluyen las actualizaciones del Manual de Procedimientos)



3. En los Congresos de Cirugía 2006, 2008 y 2010, la Cirugía Torácica ha estado presente en un número creciente de trabajos, influyendo todas las provincias del país en este incremento, estos resultados condujeron a la necesidad de crear un salón de presentación con trabajos sobre estos temas, participando el autor y su grupo de cirugía torácica de forma activa en todo este movimiento, al presentar 72 trabajos en los eventos nacionales a partir de 1999, de ellos 21 en los últimos tres congresos 2006, 2008 y 2010. En los Congresos del 2006, 08 y 2010, se realizaron 17 cursos precongresos, 3 fueron de cirugía torácica. En los cursos previos del Congreso 2010 también creció la participación en cirugía torácica, destacando la realización de cursos previos de esófago y cirugía pulmonar realizados en Guantánamo y Santiago de Cuba respectivamente (Anexo 7).

Trabajos presentados por el autor sobre cirugía torácica en los diez últimos eventos nacionales e internacionales

Congresos realizados	Autor
VI Congreso de Cirugía (1999)	7.
VII Congreso de Cirugía (2002)	7
NEOMOCIMEQ (2002)	5
VIII Congreso de Cirugía (2004)	11
NEOMOCIMEQ (2005)	10
IX Congreso de Cirugía (2006)	9
NEOMOCIMEQ. I Congreso Cirugía Torácica (2007)	12
X Congreso de Cirugía (2008)	7
NEOMOCIMEQ. II Congreso Cirugía Torácica (2009)	4
XI Congreso de Cirugía (2010)	5

Fuente: Curriculum Vitae y Libro Resumen de los Eventos

4. En el sitio electrónico de los cirujanos cubanos Cirured desde su surgimiento el 25 de noviembre del 2004, la cirugía torácica ha mantenido su presencia en las diferentes posibilidades de publicación que este brinda, representando el 25.5 % en relación a otros temas en el periodo 2004- 2010. El autor ha participado con trabajos de cirugía torácica mediante 3 tesis asesoradas, 2 conferencias, 4 temas históricos, 4 actualizaciones de temas, 2 innovaciones tecnológicas y 2 supercurso estando presente en el 65% de los trabajos publicados relacionados con el tórax.



Certificación de Artículos Científicos del Autor en Cirured en Temas de Cirugía del Esófago

**Red de la Sociedad Cubana de Cirugía**

**CIRURED**  
Copyright © 1999-2006. **Informet Red Telemática de Salud**  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, República de Cuba  
000002

La Habana, lunes 22 de Enero de 2007.  
"Año 49 de la Revolución"


El Comité Editor del sitio Web: **CIRURED** y la presidencia de la Sección de Informática de la Sociedad Cubana de Cirugía certifica:

Que el día **17 de Agosto de 2005**, fue publicado en la sección **Conferencias** un artículo denominado **Revisión del cáncer del pulmón**, cuyos autores y remitentes son:

**Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo, Dr. Alexis Cantero Ronquillo, Dr. Carlos Romero Díaz, Dr. Juan Carlos Barreras Ortega, Dr. Juan Carlos García Sierra, Dr. Kai Cheng Hung.**

Dicho artículo se encuentra disponible en la siguiente dirección (URL):  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/ovs/cirured/revisi%20de%20cancer%20de%20pulmon.pdf>

Y para que así conste donde proceda, se expide la presente certificación en Ciudad de La Habana, con el consentimiento del Presidente de la Sociedad Cubana de Cirugía.


Dr. José M. Goderich Lalán  
Presidente de la Sociedad Cubana Cirugía.





Dr. Jorge Abraham Arap    Dr. Orestes N. Mederos Curbelo    Dr. Juan Carlos García Sierra  
Presidente Sección Informática    Secretario Sección Informática    Webmaster Cirured

**Red de la Sociedad Cubana de Cirugía**

**CIRURED**  
Copyright © 1999-2006. **Informet Red Telemática de Salud**  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, República de Cuba  
000005

La Habana, lunes 5 de marzo de 2007.  
"Año 49 de la Revolución"

El Comité Editor del sitio Web: **CIRURED** y la presidencia de la Sección de Informática de la Sociedad Cubana de Cirugía certifica:

Que el día **17 de febrero de 2006**, fue publicado en la sección **Conferencias** un artículo denominado **Empiema pleural, enfermedad antigua de vigencia actual** cuyos autores y remitentes son:

**Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo  
Dr. Alexis Cantero Ronquillo  
Dr. Carlos Romero Díaz  
Dr. Juan Carlos Barreras Ortega  
Dr. Jesús M. Valdés Jiménez**

Dicho artículo se encuentra disponible en la siguiente dirección (URL):  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/ovs/cirured/conferencia%20empiema.pdf>

Y para que así conste donde proceda, se expide la presente certificación en Ciudad de La Habana, con el consentimiento del Presidente de la Sociedad Cubana de Cirugía.





Dr. José M. Goderich Lalán  
Presidente de la Sociedad Cubana Cirugía.





Dr. Jorge Abraham Arap    Dr. Orestes N. Mederos Curbelo    Dr. Juan Carlos García Sierra  
Presidente Sección Informática    Secretario Sección Informática    Webmaster Cirured

## Certificación de Artículos Científicos del Autor en Cirured en Temas de Cáncer de Pulmón y Empiema Pleural

**Red de la Sociedad Cubana de Cirugía**

**CIRURED**  
Copyright © 1999-2006. **Informet Red Telemática de Salud**  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, República de Cuba  
000011

La Habana, lunes 5 de marzo de 2007.  
"Año 49 de la Revolución"

El Comité Editor del sitio Web: **CIRURED** y la presidencia de la Sección de Informática de la Sociedad Cubana de Cirugía certifica:

Que el día **7 de junio de 2006**, fue publicado en la sección **Innovaciones** un artículo denominado **Fijador costal externo con costillas artificiales articulares para el tratamiento del tórax batiente y el volet externo** cuyos autores y remitentes son:

**Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo, Dr. Juan Carlos Barrera Ortega, Dr. Alexis Cantero Ronquillo, Dr. Ricardo Rodríguez Albaladejo, Dr. Carlos Romero Díaz**

Dicho artículo se encuentra disponible en la siguiente dirección (URL):  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/ovs/cirured/fijador\\_externo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/ovs/cirured/fijador_externo.pdf)

Y para que así conste donde proceda, se expide la presente certificación en Ciudad de La Habana, con el consentimiento del Presidente de la Sociedad Cubana de Cirugía.





Dr. José M. Goderich Lalán  
Presidente de la Sociedad Cubana Cirugía.





Dr. Jorge Abraham Arap    Dr. Orestes N. Mederos Curbelo    Dr. Juan Carlos García Sierra  
Presidente Sección Informática    Secretario Sección Informática    Webmaster Cirured

**Red de la Sociedad Cubana de Cirugía**

**CIRURED**  
Copyright © 1999-2006. **Informet Red Telemática de Salud**  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, República de Cuba  
000021

La Habana, 14 de octubre de 2007.  
"Año 49 de la Revolución"




El Comité Editor del sitio Web: **CIRURED** y la presidencia de la Sección de Informática de la Sociedad Cubana de Cirugía certifica:

Que el día **10 de julio de 2007**, fue publicado en la sección **Innovaciones** un artículo denominado **Método de reanimación con solución salina hipertónica**, cuyos autores y remitentes son:




**Dr. Juan Carlos Barrera Ortega, Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo, Dr. Carlos Romero Díaz**

Dicho artículo se encuentra disponible en la siguiente dirección (URL):  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/ovs/cirured/metodo\\_de\\_reanimacion\\_pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/ovs/cirured/metodo_de_reanimacion_pdf)

Y para que así conste donde proceda, se expide la presente certificación en Ciudad de La Habana, con el consentimiento del Presidente de la Sociedad Cubana de Cirugía.

Dr. José M. Goderich Lalán  
Presidente de la Sociedad Cubana Cirugía.

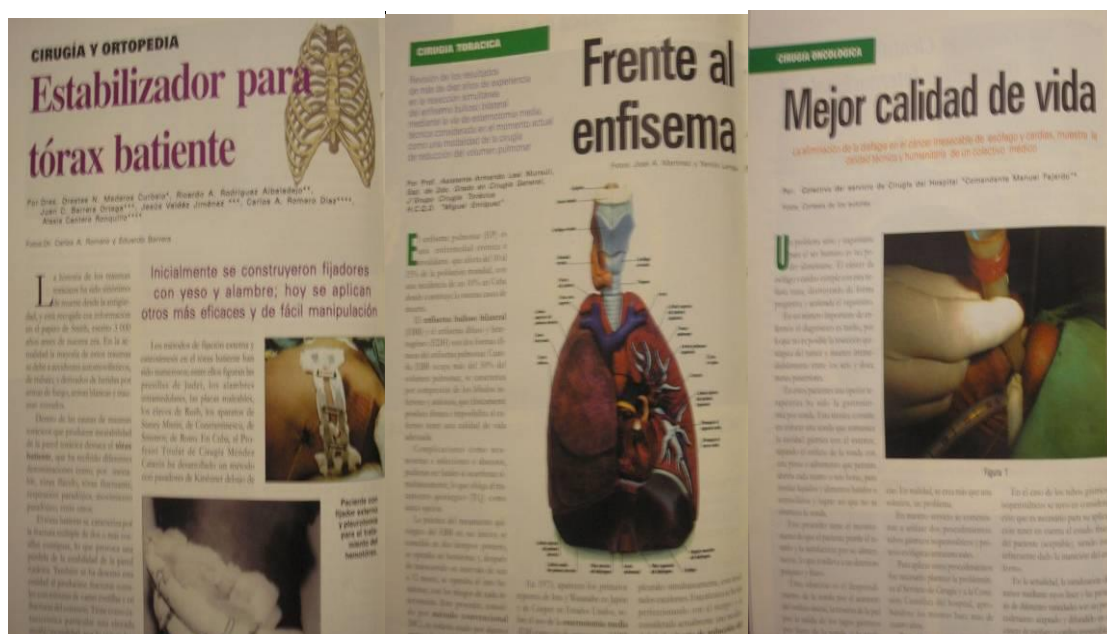




Dr. Jorge Abraham Arap    Dr. Orestes N. Mederos Curbelo    Dr. Juan Carlos García Sierra  
Presidente Sección Informática    Secretario Sección Informática    Webmaster Cirured

## Certificación de Artículos Científicos del Autor en Cirured en Temas de Tórax Batiente y Reanimación en el Trauma

5. En la Revista Avances Médicos de Cuba donde se reflejan los aspectos más significativos de la medicina cubana, en la primera década del siglo XXI fueron publicados 8 artículos de cirugía torácica, participando el autor de la tesis en siete de ellos, excepto el titulado Aciertos en la esofagocoloplastia, cuya autoría fue del profesor Alejandro García Gutiérrez.

- Frente al enfisema. Revista Avances Médicos de Cuba 2000: 21 (7), 32-36.
- Mejor calidad de vida en cáncer de esófago. Revista Avances Médicos de Cuba 2000: 24 (4), 50-51.
- Estabilizador costal para tórax batiente. Revista Avances Médicos de Cuba 2001: 28 (4), 54-55.



- Tratamiento del empiema pleural basado en un algoritmo. Revista Avances Médicos de Cuba 2002: 29 (1), 28-30.
- Nuevo algoritmo de tratamiento para una enfermedad frecuente: El neumotórax. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:38(2)38-40.
- Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar bulloso. Revista Avances Médicos de Cuba 2004: 40 (4), 25-28.





- Neumotórax. Enfermedad frecuente de manejo escalonado. Revista Avances Médicos de Cuba 2006: 44 (6), 3-5.
- Aciertos en la Esofagocoloplastia Revista Avances Médicos de Cuba. 2002: 31 (4), 26-28.





6. En la década del 2000 cuatro cirujanos integrantes de los de los grupos multidisciplinarios obtuvieron la categoría de Doctores en Ciencias Médicas con temas de Cirugía Torácica, estos fueron los doctores Armando Leal Mursulí, Orestes Noel Mederos Curbelo, Manuel Cepero Nogueira y Edelberto Fuentes Valdés, provenientes de los Hospitales Universitarios Miguel Enríquez, Manuel Fajardo, CIMEQ y Hermanos Ameijeiras
7. Todos los miembros de los grupos de Cirugía Torácica de los Hospitales Universitarios Miguel Enríquez y Manuel Fajardo promovieron a las categorías de especialistas de II Grado y Profesores Titulares o Auxiliares.
8. Entre los temas publicados de cirugía torácica destacó el desarrollo de los grupos multidisciplinarios (1-2), la sistematización de procedimientos en el neumotórax recidivante y persistente (15) (17-18), la incorporación de técnicas novedosas para la cirugía del enfisema pulmonar con reducción de volumen pulmonar en el enfisema pulmonar unilateral y simultánea en el bilateral, incluso en el enfisema pulmonar heterogéneo sin bulas (19-24) (26-28), así como medios actuales de evaluación de resultados (21) (25), participando el autor en todos estos temas.
9. En el período analizado se incorporaron algoritmos de trabajo para las afecciones torácicas como neumotórax (12-18), bulla enfisematosa (19-21) (24-25), supuraciones de pleura y pulmón (29-31) (33-40), cáncer de esófago (41-53) (57-

60) y cáncer de pulmón (61-66) destacándose en esta labor los grupos de cirugía torácica de los hospitales Universitarios Miguel Enríquez y Manuel Fajardo.

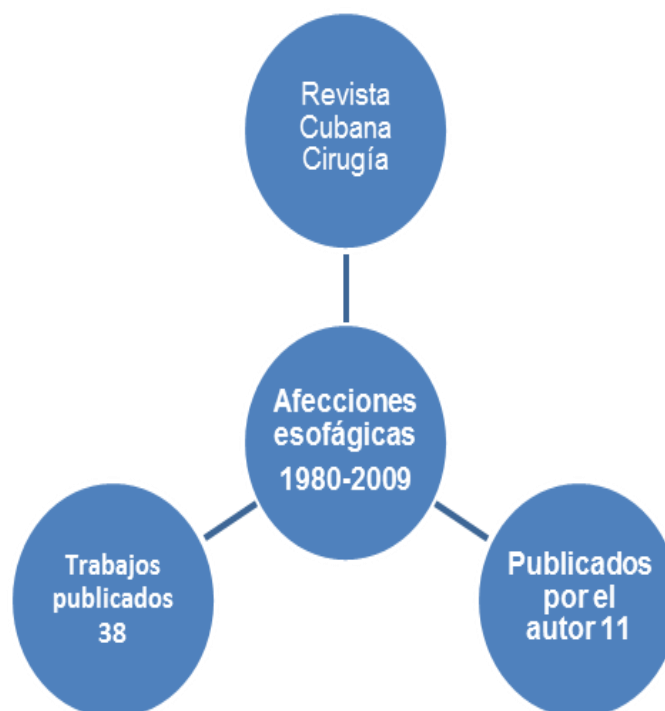
10. Es destacable la introducción rápida del nuevo sistema de clasificación utilizado en la supuración pleural, basado en la evolución por etapas según las características del líquido acumulado y los cambios presentados (29-31), iniciada como pionero en Cuba en el Hospital Universitario Manuel Fajardo en 1998, a menos del año de comenzar su uso en Estados Unidos, generalizándose rápidamente por el país.
11. En el Hospital Universitario Manuel Fajardo nuestro grupo de Cirugía Torácica reincorporo al arsenal quirúrgico de la cirugía la ventana pleuro-cutánea en el empiema pleural, realizándola incluso con anestesia local en enfermos de edades avanzadas y un estado físico precario (30) (33-34) (39) y en las supuraciones de pulmón comenzamos a utilizar el drenaje percutáneo con sondas de balón con el uso de anestesia local (40)
12. En la cirugía esofágica destaca en el período analizado la realización en el país de todos los tipos de esofagectomía, similar al resto del mundo (41-52), así como la gastrectomía total con esofagoyeyunostomía con la modificación de Warren en el cáncer de cardias, situación que desarrollamos en nuestro hospital, siendo iniciadores de la técnica del tubo gástrico isoperistáltico como alternativa del cáncer irresecable de esófago y cardias, procedimiento creado por Rutkowski en 1923 y popularizado por Postlewaith entre 1976 y 1990, así también incorporamos a una metodología para sustituir prótesis esofágica, construyéndolas de forma artesanal, logrando un ahorro importante en divisas para el país, procedimiento generalizado a otros centros del país (39-44) (48-50). Estas dos últimas afirmaciones fueron reflejadas en el trabajo del Dr. Alejandro García Gutiérrez con el artículo Cirugía del esófago en Cuba: siglos XIX al XXI. Investigación bibliográfica publicada en la Revista Cubana de Cirugía 2004; 43(3-4). El trabajo nuestro mencionado sobre el cáncer de esófago no resecable fue ganador del premio ANIR, no solo por la construcción de prótesis, sino por sustituir la ausencia del láser para tunelizar tumores esofágicos con alcohol absoluto para lograr la lisis temporal del tumor y permitir poder poner la prótesis (50-52) (58-60).
13. En las publicaciones médicas sobre las Afecciones Quirúrgicas del Esófago en el período de 1980-2009 tomando como muestra la Revista Cubana de Cirugía se

comprobó un número significativo de publicaciones llegando a 38 artículos, participando el autor del trabajo en 11 de ellas, trabajando en los grupos de cirugía torácica de los hospitales Universitarios Miguel Enríquez y Manuel Fajardo.

#### Publicaciones sobre Afecciones quirúrgicas del esófago

Período 1980-2009	Revista Cubana de Cirugía
Trabajos publicados	38
Publicados por el Autor	11

Fuente: Sumario de las Revistas Cubanas de Cirugía



14. Se elaboraron estrategias para la atención especializada del enfermo en edades geriátricas con enfermedades torácicas, como son: el anciano con cáncer de pulmón y pruebas funcionales, defendiéndose la estrategia de la segmentectomías en estos enfermos (66), la estenosis esofágica por cáustico en el anciano, realización de derivaciones sin resecciones (57) y el tratamiento paliativo del



derrame pleural maligno, con la toracocentesis y la abrasión química con diferentes sustancias (67-70). Estando el autor como se comentó en el capítulo anterior vinculado a estos criterios científicas

15. La formación profesional creada por la Sección de Cirugía Torácica de inicio trimestral, mostró interés y entusiasmo entre los cirujanos, generando la necesidad de articular un evento de mayor envergadura en este campo del conocimiento, en su inicio fueron los eventos NEOMOCIMEQ, de todas estas actividades forme parte de la comisión organizadora desde su fundación.

Asistencia a las primeras cuatro actividades científicas de la Sección de Cirugía Torácica

Centro	2004	2004	2004	2005
Miguel Enríquez	8	17	25	10
Manuel Fajardo	6	15	14	14
Enrique Cabrera	4	9	17	16
INOR	5	13	15	15
Carlos J Finlay	5	12	6	7
CIMEQ	7	11	13	12
10 de Octubre	5	8	7	7
Ameijeiras	2	9	8	8
Calixto García	6	14	10	10
Luis Soto Díaz	1	8	4	10
Freyde Andrade	-	5	5	4
Joaquín Albarrán	-	4	2	5
Julio Trigo	-	4	-	-
Salvador Allende	-	7	5	-
Benéfico Jurídico	-	1	-	-
Cienfuegos	-	1	-	-
Pinar del Río	-	1	-	-
Matanzas	-	-	3	-
Isla Juventud	-	-	1	-

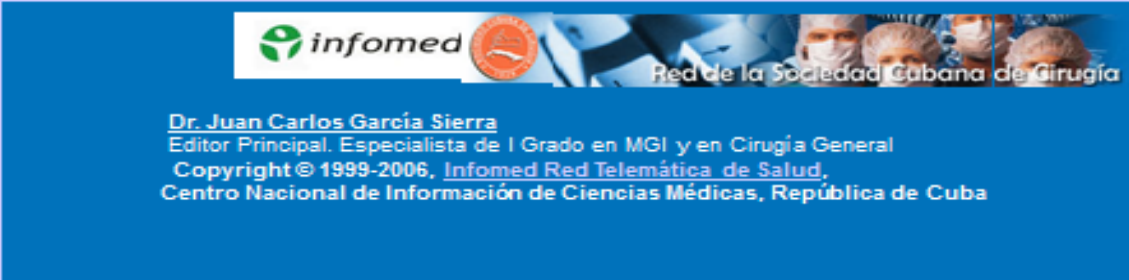
Fuente: controles de la Sección de Cirugía Torácica

16. Los eventos NEOMOCIMEQ desde su surgimiento hasta que derivaron en los Congresos de Cirugía Torácica y Neumología, estos comenzaron en el 2007, manteniendo desde esa fecha un programa científico actualizado al momento en que se realiza, teniendo un incremento en la participación de los hospitales del país, el grupo del Hospital Universitario Manuel Fajardo ha participado sistemáticamente presentando 23 trabajos, el autor de la investigación ha actuado como vicepresidente de estos eventos, organizando y moderando Simposios en los cuatro últimos encuentros como han sido: Manejo de las supuraciones pleurales en

NEOMOCIMEQ 2005, La cirugía torácica y el adulto mayor en el Primer Congreso de Cirugía Torácica y Neumología 2007, Comentarios sobre casos de cirugía torácica general en el Segundo Congreso de Cirugía Torácica y Neumología 2009 y Particularidades en la atención del cáncer de esófago y cardias avanzado en el Tercer Congreso de Cirugía Torácica y Neumología 2011.

17. En el Congreso de Cirugía del 2010 se celebró el Primer Taller Internacional de Cirugía Torácica, organizándose dos simposios, uno de Cáncer de pulmón y el otro sobre Cáncer esofágico, el autor fue el responsable de organizar y dirigir el segundo de estos.

18. En el trauma torácico introducimos la técnica de tractotomía que permite la preservación del parénquima pulmonar y el uso de la fijación externa en el tórax batiente incluso en la inestabilidad esternal, utilizando el sistema de cerclaje subperióstico, con un equipo construido por nosotros (72-76), prototipo ganador de varios premios: concurso Premio Salud, Premio Profesor Enrique Echevarría Vaillant del Congreso de Cirugía del 2006 y de becarios internacionales del Colegio de Cirujanos Americanos en el Congreso del 1998.



**Dr. Juan Carlos García Sierra**  
Editor Principal. Especialista de I Grado en MGI y en Cirugía General  
Copyright © 1999-2006, [Infomed Red Telemática de Salud](#),  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, República de Cuba

**Martes 14, Noviembre / 2006**

**El Premio "Profesor Enrique Echevarría Vaillant" por mejor Tema Cartel a:**  
**Resultados obtenidos con la fijación torácica externa en el tórax batiente.**  
Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo. Hospital: "Manuel Fajardo"

**El Premio "Profesor Emilio Camayd Zogbe" por mejor Trabajo Libre a:**  
**Prostatectomía y Hernioplastia. Dos épocas, dos conceptos.**  
Dr. Eduardo Molina Fernández. Hospital: "Manuel Fajardo"

Fuente Cirured 14 de Noviembre del 2006

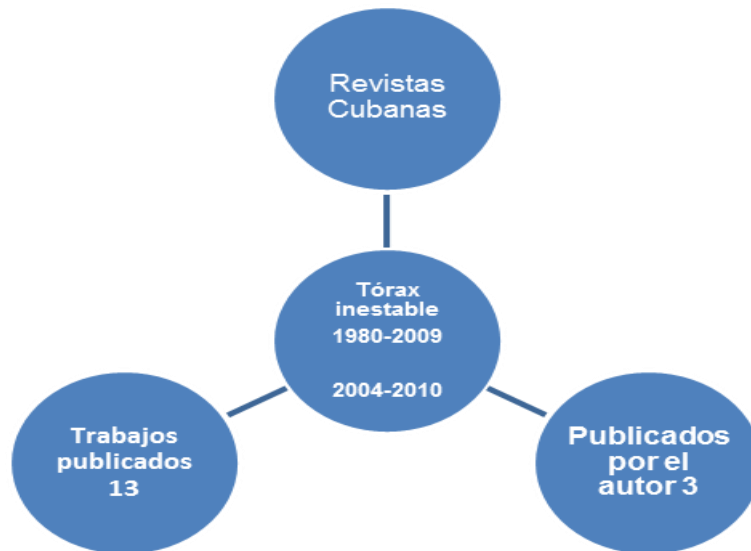
19. En el año 2006 la Asociación Española de Cirujanos fundó la revista Cirugía. Casos Clínicos CON un carácter formativo para la Formación Médica Continuada, publicando 4 artículos en cada revista, ese mismo año el autor publicó el primer tema sobre cirugía torácica en esa revista (Del derrame pleural paraneumónico al empiema. Revista Española Cirugía, Casos Clínicos 2006, Volumen 1(3): 2-5). En el Editorial se expresa lo siguiente:

“Con este número 3 de CIRUGÍA. CASOS CLÍNICOS se completa el volumen I correspondiente al año 2006. Como en los 2 números anteriores, son 4 los casos que se presentan. **Uno de los casos procede de Cuba y, se corresponde con un empiema pleural. Los revisores, cirujanos torácicos, han estimado que el algoritmo que presenta puede ser interesante para el colectivo de los cirujanos generales de nuestro país; es la pauta que siguen ellos**”.

20. En el tórax batiente se realizaron en el país 14 publicaciones en el período 80-90, de ellas 9 en la Revista Cubana de Cirugía, incluyendo la creación de varios artificios de tratamientos realizados por Mederos, Le´ Clerc, Navarro, Méndez, Costa Lamazares, Iglesias Pérez, Fleitas Pérez, Lezcano González, Aragón y Curbelo Pérez. (72-74) (95-104), nuestro grupo participó en cinco publicaciones con el fijador torácico externo utilizando costillas artificiales creado por nosotros.

Trabajos científicos publicados en el tema del tórax inestable.

Período de 1980-2009	Revistas Cubanas	Revista Cubana de Cirugía
Trabajos publicados	13	9
Publicados por el Autor	3	2



Fuente: Sumario de las Revistas Cubanas.

21. En el **Expediente para el Registro Nacional de Entidades de Ciencia e Innovación Tecnológica** del Hospital Universitario Manuel Fajardo en año 2008 al referirse al fijador costal con costillas articuladas se expresa lo siguiente:

**" Según el ahorro días/camas al eliminar las estancias prolongadas en terapia intensiva, con un promedio total de cinco días por enfermo, en salas abiertas, si el acápite días/cama en terapia cuesta 590, al eliminar los 21 días que necesitaría un enfermo para estabilizar el tórax con una férula interna, el ahorro sería de 12390 por cada paciente, para un total de 173460 en general, debido a la utilización del fijador construido en el centro con el principio de cerclaje externo a costillas artificiales".**

22. La video-cirugía en las afecciones del tórax se ha extendido a los centros hospitalarios del país, ofertándose cursos de superación en los últimos congresos del tema, durante el 2012 se realizaron dos cursos previos al congreso de Cirugía 2013. sobre ese tema

23. En el Congreso del 2013, de los 24 cursos previos realizados en 12 se abordaron aspectos de cirugía torácica, así como en uno de los seis cursos pre-congreso. En estos cursos se abordaron temas diversos de la cirugía torácica como: controversias en cirugía torácica general, trauma torácico, cáncer de pulmón y esófago, videotoracoscopía, supuraciones pleuropulmonares, nutrición, afecciones benignas funcionales del esófago e historia de la cirugía torácica, teniendo una

amplia divulgación en la prensa nacional (Anexo 8), **el autor participó en siete cursos como profesor** (Anexo 9) .

24. Al culminar el 2012 podemos observar que existen grupos multidisciplinarios de cirugía torácica organizados en todas las provincias del país, hecho argumentado en el primer capítulo de esta tesis, bajo el título Historia de la Cirugía Torácica en Cuba.

25. Todo este desarrollo científico permitió a la Sección de Cirugía Torácica emprender la confección de un libro de texto con el título: Cirugía Torácica. Comentarios de Casos Clínico-Quirúrgicos, participando un número importante de profesores de 11 hospitales universitarios del país, todos con altas categorías asistenciales, docentes y científicas, lo que demuestra el desarrollo de la especialización en cirugía torácica (Anexo 10), en Septiembre del 2012 fue puesto en formato digital en el sitio de la Editorial de Ciencias Médicas [www.ecimed.sld.cu](http://www.ecimed.sld.cu) y en [www.cirured.sld.cu](http://www.cirured.sld.cu), Portal Digital de los Cirujanos Cubanos, saliendo impreso en enero del 2013, realizando su lanzamiento el martes 22 de Enero del 2013 en el marco del VI Encuentro Científico Histórico de Servicios de Cirugía de Hospitales Centenarios, El autor participo en los 20 capítulos del libro que son los siguientes:

- Capítulo 1. Riesgo quirúrgico en cirugía torácica
- Capítulo 2. Principios generales de la profilaxis antimicrobiana peri operatoria y su aplicación en la cirugía torácica no cardíaca
- Capítulo 3. Hipovolemia. Fluidoterapia en el trauma torácico
- Capítulo 4. Sondas torácicas y drenaje de la cavidad pleural
- Capítulo 5. Herramientas automáticas de sutura y corte en cirugía torácica
- Capítulo 6. Soporte nutricional en el cáncer de esófago
- Capítulo 7. Generalidades del mediastino
- Capítulo 8. Neumotórax
- Capítulo 9. Enfisema pulmonar y bullas enfisematosas
- Capítulo 10. Empiema pleural
- Capítulo 11. Absceso del pulmón ¿Enfermedad de tratamiento médico o quirúrgico?
- Capítulo 12. Cáncer del pulmón

- Capítulo 13. Generalidades del cáncer de esófago
- Capítulo 14. Generalidades del trauma
- Capítulo 15. Afecciones del mediastino, diafragma, pleura y pared torácica
- Capítulo 16. Síndromes de interposición gaseosa
- Capítulo 17. Supuraciones pleuropulmonares
- Capítulo 18. Tumores malignos y benignos de los pulmones
- Capítulo 19. Afecciones del esófago: malignas y benignas
- Capítulo 20. Trauma torácico

Fuente: Sumario del libro Cirugía torácica. Comentarios de casos clínico-quirúrgicos.

# **Consideraciones Finales**

Al analizar los aspectos señalados en esta investigación comprobamos que en el período de tiempo estudiado se observó un sustancial incremento científico en la práctica profesional de la cirugía torácica, mostrando avances en la organización gerencial de los servicios con la organización en los hospitales del país de los grupos multidisciplinarios de cirugía torácica.

Fue destacado el diseño de algoritmos de trabajo que permitieron la incorporación de manuales de procedimientos, la introducción de instrumentos y medios terapéuticos, lográndose una adecuada transferencia de información científica internacional a nuestro país.

Es significativo en el período analizado el trabajo académico y educativo, demostrado con el aumento de cursos de post-grado y eventos científicos nacionales e internacionales en cirugía torácica, mostrando un incremento ascendente en la presentación de trabajos científicos en congresos de Cirugía y en la publicación de artículos en revistas nacionales e internacionales.

El análisis del programa científico del último evento sobre cirugía torácica, el III Congreso de Cirugía Torácica y Neumología efectuado en el 2011 en el CIMEQ evidencia los avances que hemos tenido en la transferencia de información, en este evento se abordaron los temas más actualizados en ese campo del conocimiento como son la resección pulmonar en el anciano, la reducción del volumen en el tratamiento del enfisema pulmonar, la resección y reconstrucción de pared torácica, el manejo perioperatorio de las resecciones pulmonares, el desarrollo de la videotoracoscopia, el papel de la nutrición en las afecciones torácicas, el tratamiento de las supuraciones pleuropulmonares, el derrame pleural maligno, el cáncer del pulmón con reconstrucción broncovascular, el Tratamiento del cáncer de esófago curativo y paliativo, las afecciones quirúrgicas del mediastino incluyendo el manejo de las colecciones agudas y crónicas del pericardio, la importancia de los grupos multidisciplinarios y el trasplante pulmonar.

El desarrollo de las capacidades en la formación de recursos humanos y el fomento de las investigaciones médicas contribuyó de forma significativa a los resultados obtenidos, permitiendo fortalecer y extender el conocimiento en el campo de la cirugía torácica y sus acciones prácticas en el país, incrementando la calidad de la atención médica de los enfermos con afecciones torácicas

En este movimiento de desarrollo que permitió la formación de recursos en cirugía torácica participó de forma activa y sistemática el autor de la presente investigación.



# **Conclusiones**

1. A pesar de las limitaciones económicas y materiales de la década final del siglo XX y la primera del siglo XXI se logró el desarrollo de capacidades a través de la formación de recursos humanos y materiales en cirugía torácica, mostrando avances en la esfera organizacional donde se generalizó la creación de los grupos multidisciplinarios, aumentando el nivel científico del personal quirúrgico dedicado a esta especialización al incorporar algoritmos y metodologías de trabajo, en la esfera científica se incrementó la producción de artículos, la organización de eventos de intercambio profesional y la transferencia de información médica y en la esfera académica se organizó la superación profesional incrementando el número de cursos de postgrado y reuniones científicas, lográndose editar un tratado médico de la especialidad.
2. El autor participó de forma activa en todas las actividades del desarrollo de capacidades en cirugía torácica en el período estudiado, en la organización de los grupos de cirugía torácica, la introducción de procedimientos quirúrgicos, la construcción de equipos médicos, la transferencia de información y en la producción científica.

# **Avales Científicos**

Ciudad de la Habana, 15 de Enero del 2002.

“ Año de los Héroes Prisioneros del Imperio.”

Logros de la Creación del Grupo Multidisciplinario de Cirugía Torácica En el Hospital Universitario Miguel Enríquez (Período 1984-2001).

- 1- Aumento de la morbilidad en la cirugía torácica y disminución de la mortalidad, resultado de una valoración integral.
- 2- Incremento del número de operaciones, resultado de una mayor organización del grupo.
- 3- Aumento del nivel de experiencia de los integrantes del grupo, resultado de las discusiones entre diferentes especialistas, donde cada uno expresa sus resultados.
- 4- Publicaciones de 28 trabajos en revistas nacionales e internacionales.
- 5- Presentación de 118 trabajos científicos en jornadas estudiantiles, de residentes, hospitalarias y congresos nacionales e internacionales y 12 cursos de postgrado.
- 6- Asesorías de tesis de postgrado, de las cuales siete culminaron y dos se encuentran en ejecución.
- 7- Haber desarrollado dos profesores que se encuentran próximos a defender tesis de doctor en ciencias médicas.
- 8- Haber introducido en Cuba tecnologías de avanzada en la cirugía torácica, como el trasplante experimental de pulmón en cerdo, con resultados satisfactorios, entre otras.

Cordialmente

Dr. Armando Leal Mursulí  
Jefe de Cirugía torácica.

Vbno. Dr. Julio C. Castellano  
Decano de la Facultad

Fuente: Tomada Tesis de Doctor en Ciencias Médicas Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo 2002 “Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de las lesiones reseccables en 109 enfermos” Repercusión de los grupos multidisciplinarios

Ciudad de la Habana, 20 de Enero del 2002.  
" Año de los Héroes Prisioneros del Imperio."

Logros de la Creación del Grupo de Cirugía Torácica no Cardíaca en el Hospital Universitario Manuel Fajardo

(Protocolo aprobado por el consejo científico en 1993).

Período 1994 al 2000

- 1- Incremento del número de intervenciones quirúrgicas en afecciones torácicas (duplicadas).
- 2- Creación de interconsultas y discusiones multidisciplinarias.
- 3- Publicación de 14 trabajos científicos en los siguientes temas:
  - a- Organización y resultado de la cirugía torácica
  - b- Cáncer de pulmón
  - c- Cáncer de esófago y cardias
  - d- Supuración pleural
  - e- Trauma torácico
- 4- Presentación de 56 trabajos científicos en jornadas estudiantiles, de residentes, hospitalarias, ANIR y congresos nacionales.
- 5- Culminación de dos tesis de residentes y dos de ejecución.
- 6- Presentación de actividades científicas semestrales del Hospital.
- 7- Realización de seis cursos de postgrado.

Prof. Lino León Chiong  
Jefe de Servicio de Cirugía  
Hospital Manuel Fajardo

Prof. Frank Ordaz  
Subdirector docente  
Hospital Manuel Fajardo

Fuente: Tomada Tesis de Doctor en Ciencias Médicas Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo 2002 "Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de las lesiones resecables en 109 enfermos" Repercusión de los grupos multidisciplinarios

Ciudad de la Habana, 1ro de Febrero del 2002.  
" Año de los Héroes Prisioneros del Imperio."

A: Comisión Científica

Asunto: Aportes Técnico Quirúrgicos de la Creación de los Grupos de Cirugía Torácica no cardiaca en el Hospital Manuel Fajardo. Período 1993-2001

- a) Cáncer de Pulmón.
  - Aumento de la operabilidad y reseccabilidad.
  - Introducción de la Mediastinostomía.
  - Recepciones ampliadas en el estadio III.
  - Control y seguimiento especializado.
- b) Cáncer de Esófago y Cardias.
  - Algoritmo de trabajo.
  - Introducción de las prótesis esofágicas construidas artesanalmente.
  - Introducción de la esofagectomía sin toracotomía, y la gastrectomía total con esófagoyeyunostomía con la modificación de Warren.
  - Introducción del tubo gástrico isoperistáltico en el cáncer irresecable de esófago y cardias.
- c) Esofagitis del reflujo.
  - Estandarización de la técnica de Toupet.
  - Introducción de la nueva clasificación de ACS.
  - Algoritmo de trabajo.
  - Introducción del lavado pleural continuo, la ventana de Eloesser y la decorticación temprana.
- d) Neumotórax y bulla.
  - Algoritmo de trabajo.
  - Introducción de la reducción de volumen pulmonar.
- e) Tórax Batiente
  - Construcción de un fijador costal externo.

Prof. Lino León Chiong  
Jefe de Servicio Cirugía  
Hosp. Manuel Fajardo

Prof. Frank Ordaz  
Subdirector docente  
Hosp. Manuel Fajardo

Profesor Dr. Manuel Fuentes Rodríguez  
Secretario Sociedad Cubana de Cirugía

Fuente: Tomada Tesis de Doctor en Ciencias Médicas Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo 2002 "Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de las lesiones reseccables en 109 enfermos" Repercusión de los grupos multidisciplinarios

Hospital Universitario Manuel Fajardo  
Consejo Científico

Ciudad Habana 1 de Diciembre del 2010  
Año 52 de la Revolución

A Consejo Científico de la Facultad de Medicina Manuel Fajardo  
Asunto Aval sobre el Dr. C Orestes Noel Mederos Curbelo y su trabajo de optante.

A) Caracterización del optante

El profesor Orestes Noel Mederos Curbelo se desempeña como jefe del Departamento de Cirugía, de un GBT y de la línea de trabajo científico en Cirugía Torácica General, en todas estas actividades ha mostrado capacidad y deseo de lograr los mejores resultados, como trabajador se muestra cumplidor y disciplinado destacando su entusiasmo y entrega a las tareas planteadas por la administración, autoridades docentes, partidistas y sindicales, logrando resultados significativos en su radio de acción que le ha permitido un ascenso científico y asistencial a sus colegas del servicio y el departamento. En la docencia destaca su trabajo en pre y postgrado y su trabajo en búsqueda de literatura complementaria participando en cuatro libros uno de ellos donde es el autor principal aprobado por la comisión editorial de ECIMED pendiente del trabajo editorial cuyo tema es la cirugía torácica general con el título Comentarios sobre casos de cirugía torácica general, en este libro diseñado en dos partes, el primero de actualización con 14 capítulos y el segundo donde se presentan y discuten 100 enfermos con afecciones torácicas trabajando separados en seis capítulos, trabajando el Dr. Mederos en los 20 capítulos de esta obra científica, que por si es un testimonio del aporte de este profesional en la temática presentada. Otro aspecto significativo a destacar es el aporte del profesor en el desarrollo doctoral, en su departamento, servicio y hospital en general, asesorando o tutorando la mayoría de los trabajos que se están desarrollando en nuestra institución para obtener grados científicos, además de este trabajo destaca su intensa vida científica llevando la dirección de seis proyectos institucionales en la actualidad.

B) Calidad del documento, aportes y su demostración

En el documento se relacionan los aportes realizados por el Dr. C Orestes Noel Mederos en la cirugía torácica general, avalado por premios en Fórum Científicos de la ANIR , Premio Salud, Jornadas y Congresos y una extensa bibliografía personal en revistas nacionales e internacionales, destacan aportes como la creación del algoritmos para el trabajo en cáncer de Pulmón, Esófago y Cardias, Neumotórax, Bulla y la Supuración

Pleuropulmonar, otro elemento significativo es la atención del enfermo geriátrico con afecciones torácicas introduciendo procedimientos como la ventana torácica con anestesia local y, las resecciones pulmonares segmentarias en enfermos con pruebas funcionales precarias, también ha realizado aportes en el tratamiento paliativo del cáncer avanzado con derrame pleural maligno con la metodología de drenaje mediante toracocentesis y efusiones con bleomicina, así como en el cáncer de esófago y cardias no resecables diseñando una metodología para sustituir exportaciones deficitarias para el tratamiento del cáncer avanzado de esófago (Prótesis esofágica) con un ahorro económico importante y gran impacto social al eliminar la gastrostomía como método de alimentación de estos enfermos, que fallecen con el placer de morir comiendo por la boca. Otro aporte a la cirugía general es la creación de prototipo para el tratamiento del tórax batiente eliminando las estancias en terapias intensivas, produciendo un gran ahorro económico, obteniendo reconocimientos en el concurso Premio Salud, en el fórum ANIR, en el congreso nacional de cirugía con el premio Profesor Enrique Echevarria Vaillant y el congreso del colegio de cirujanos americanos.

Cordialmente

Profesor Francisco Llorente  
Secretario del Consejo Científico

Profesor Pedro Pablo Morales  
Jefe Departamento Docente

Profesor Armando Castillo Sánchez  
Presidente del Consejo Científico

Fuente: Tomada Expediente de solicitud para optar por Grado Científico de Dr. en Ciencias del Dr. C Orestes Noel Mederos Curbelo



Hospital Universitario Manuel Fajardo

Consejo Científico

Ciudad Habana 1 de Diciembre del 2010

Año 52 de la Revolución

A Consejo Científico de la Facultad de Medicina Manuel Fajardo

Asunto Listado de planillas de solicitud de proyectos doctorales aprobados

Por la presente damos constancia que en el día de hoy 1 de diciembre del 2010 en la reunión del consejo científico de nuestra institución se presento y aprobaron la solicitud inicial para desarrollar sus trabajos doctorales de los siguientes profesionales de la institución

Aspirantes al grado de Doctor en Ciencias Medicas

-Sistema integrado de factores de recidiva en la hernia inguinal (SIFAR). Dr. Roberto Del Campo.

-Cirugia paliativa en cáncer de esófago experiencia. Dr. JC Barrera

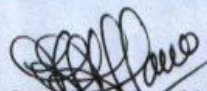
-Evidencia científica cubana en la interrogante Anastomosis esofágica cervical o torácica. Estudio multicentrico Dr. Juan Antonio Castellanos

-Estudio entre las resecciones de la suprarrenal abierta vs laparoscopica. Dr. Lino León Chiong

Optante al grado de Doctor en Ciencias

-Trabajo, desempeño, experiencias y aportes en la cirugia torácica general. Dr C Orestes Noel Mederos Curbelo


Fraternalmente los saluda

  
Profesor Francisco Llorente

Secretario del Consejo Científico

Dr. Modesto Hechavarría Pedro Pablo

47133

  
Profesor Armando Castillo Sanchez

Presidente del Consejo Científico



# Aval Sobre el Tema Neumotórax

## INTRODUCCIÓN DE UN ALGORITMO PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LOS NEUMOTORAX

### Anexo 1

#### CERTIFICACIÓN DEL APORTE CIENTÍFICO DEL RESULTADO

1. Denominación del resultado: Introducción de un algoritmo para el estudio y tratamiento de los neumotórax
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
7. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
8. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
9. Aporte científico y actualidad del resultado: El neumotórax es una afección de gran frecuencia, lograr optimizar su tratamiento minimiza sus posibles complicaciones
10. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación.

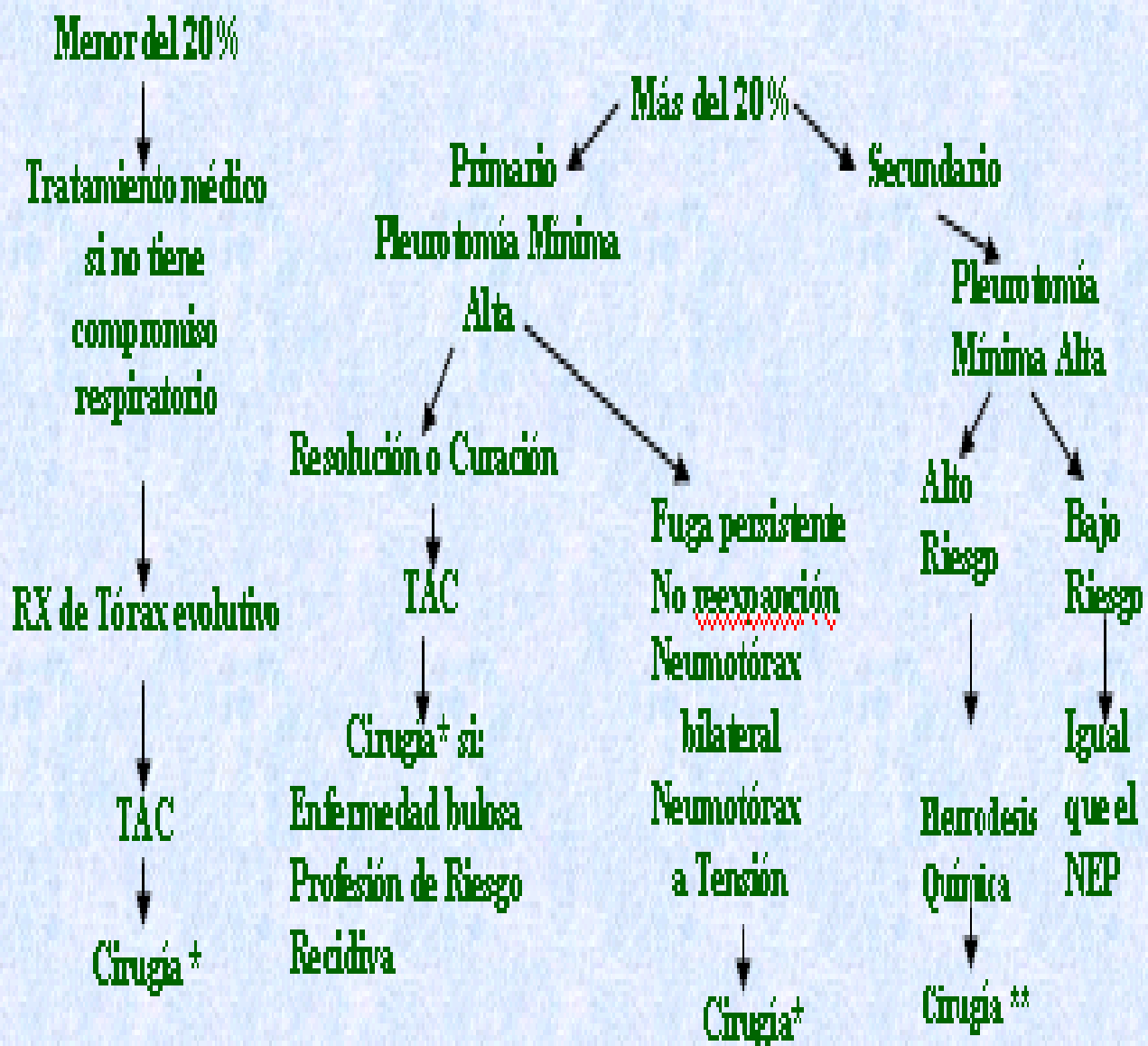
### Anexo 2

#### CERTIFICACIÓN INTRODUCCIÓN DEL RESULTADO CIENT-TECNICO

1. Denominación del resultado: Introducción de un algoritmo para el estudio y tratamiento de los neumotórax
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Año en que se introdujo en la práctica social: 1994
6. Aporte económico, político o social: El uso de un algoritmo estructurado y escalonado para el tratamiento del neumotórax ha permitido al centro eliminar la mortalidad por esta causa Publicado en revistas cubanas y españolas de cirugía. Tema de tesis de residencia
7. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación

# Algoritmo para el Neumotórax Espontáneo





## Aval Sobre el Tema Bullas Enfisematosas

### INTRODUCCIÓN DE UN FLUJOGRAMA DE TRABAJO EN EL ENFISEMA PULMONAR

#### Anexo 1

#### CERTIFICACIÓN DEL APORTE CIENTÍFICO DEL RESULTADO

1. Denominación del resultado: Introducción de un algoritmo con flujograma de trabajo en el enfisema pulmonar
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Aporte científico y actualidad del resultado: El enfisema pulmonar es una afección grave con graves complicaciones y alta mortalidad. Organizar su atención es una labor significativa para el centro
6. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación.



#### Anexo 2

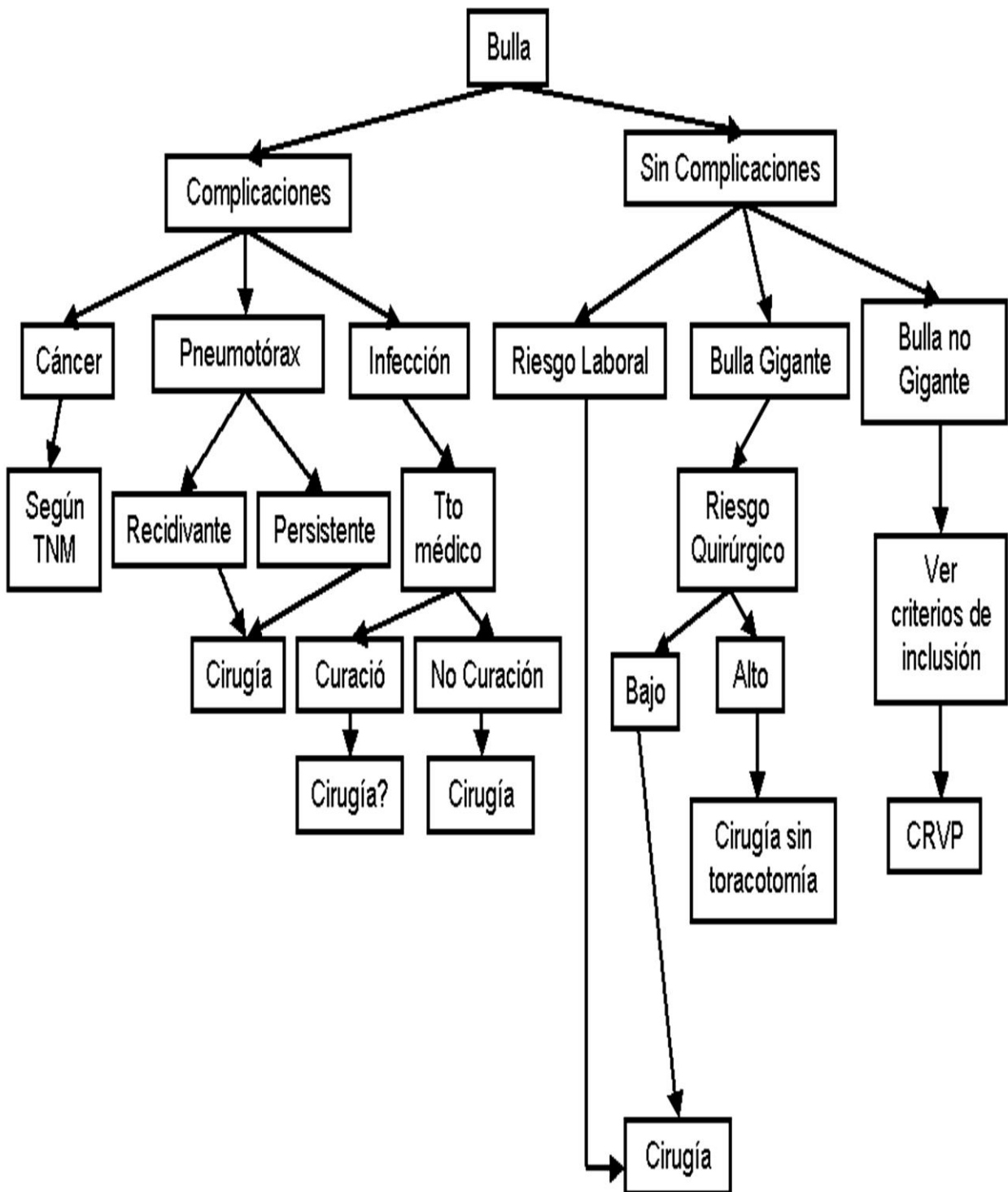
#### CERTIFICACIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DEL RESULTADO CIENTIFICO TECNICO

1. Denominación del resultado: Introducción de un algoritmo con flujograma de trabajo en el enfisema pulmonar
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Año en que se introdujo en la práctica social: 1994
6. Aporte económico, político o social: El uso de un algoritmo estructurado y escalonado en el enfisema pulmonar premitió optimizar la atención en estas afecciones en el centro Publicado en revistas cubanas y españolas de cirugía Tema de tesis de residencia
7. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

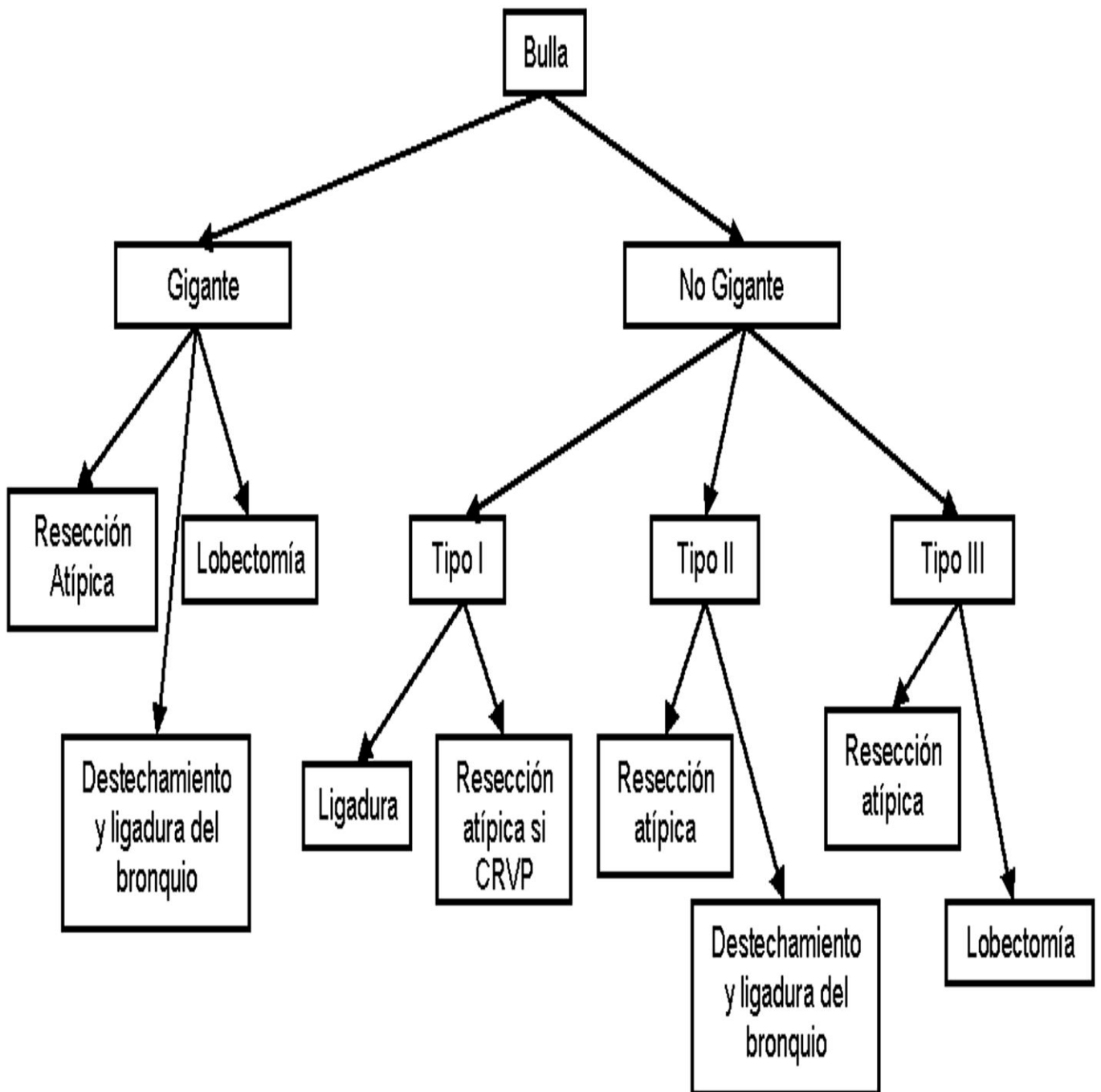
Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación



## Flujograma en la Bulla Enfisematosa



## Flujograma Quirúrgico en la Bulla Enfisematosa



# Aval Sobre el Tema Supuración Pleural

## INTRODUCCIÓN DE UN ALGORITMO PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LAS SUPURACIONES PLEURALES

### Anexo 1

#### CERTIFICACIÓN DEL APOORTE CIENTÍFICO DEL RESULTADO

1. Denominación del resultado: Introducción de un algoritmo para el estudio y tratamiento de las supuraciones pleurales
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Aporte científico y actualidad del resultado: Las supuraciones pleurales son un problema serio de salud, este algoritmo permite un tratamiento escalonado según las etapas progresivas del proceso
6. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación.

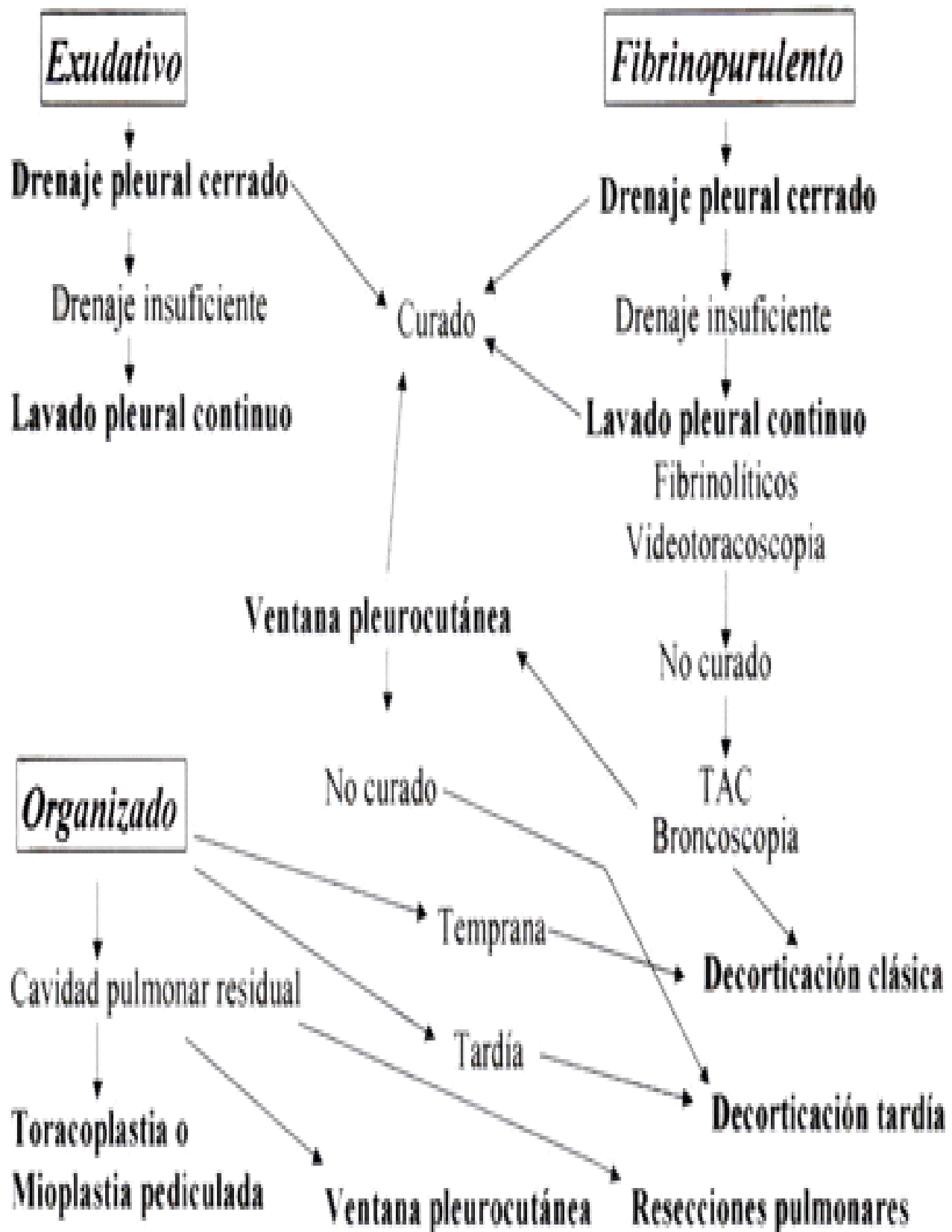
### Anexo 2

#### CERTIFICACIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DEL RESULTADO CIENT-TECNICO

1. Denominación del resultado: Introducción de un algoritmo para el estudio y tratamiento de las supuraciones pleurales, utilizado de forma sistemática en el centro.
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Año en que se introdujo en la práctica social: 1994
6. Aporte económico, político o social: El uso de un algoritmo estructurado y escalonado para las supuraciones pleurales han permitido disminuir la morbilidad por estas afecciones en el centro, en particular optimizar la atención del anciano. Publicado en revistas cubanas y españolas de cirugía Tema de tesis de residencia
7. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación

## Algoritmo en el Empiema Pleural





**Premio Fórum de Ciencia y Técnica Municipio 2009**



HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO QUIRURGICO "COMANDANTE MANUEL FAJARDO"

**FORUM DE CIENCIA Y TECNICA  
2009**

La Comisión Organizadora del Forum otorga el presente certificado a:

**Dr. Orestes Noel Mederos Carbelo**

Por su participación en calidad de: Autor  Asistente

Con el trabajo titulado: *Ventana pleurocutánea una alternativa del paciente geriátrico.*

Dado a los 26 días del mes de *Junio* del 2009.



Presidente Comisión Organizadora

## Premio en Jornada de Resultados 2007



# DIPLOMA

**SE OTORCA A:** Dr. Oreste N. Mederos Curbelo, Dr. Juan C. Barrera Ortega, Dr. Carlos A. Romero Díaz, Dr. Aléxis Cantero Ronquillo, Dr. José Manuel De Costa.

**POR PARTICIPAR EN LA V JORNADA DE RESULTADOS.  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANUEL FAJARDO.**

**TEMA:** Resultados del Tratamiento del Empiema Pleural Según las diferentes Fases Evolutivas.

**PREMIO** ✕

**MENCIÓN** ---

**TRIBUNAL**

  
**DR. MANUEL ORTEGA SOTO**  
DECANO

  
**DRA. NURIS RODRÍGUEZ VARGAS**  
VICE-DECANA INVESTIGACIÓN

  
**DRA. TANIA MARTÍNEZ PÉREZ**  
JEFE DPTO INVESTIGACION





## Aval Sobre el Tema Cáncer de Esófago

### PRÓTESIS ARTESANALES PARA EL CÁNCER DE ESÓFAGO Y CARDIAS

#### Anexo 1

#### CERTIFICACIÓN DEL APORTE CIENTÍFICO DEL RESULTADO

1. Denominación del resultado: Prótesis artesanales para el cáncer de esófago y cardias
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
3. Entidad introductora: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Aporte científico y actualidad del resultado: El cáncer de esófago es un problema complejo, en su mayoría son diagnosticados tardíamente, de no tener prótesis el enfermo frecuentemente debe terminar sus días alimentándose por una sonda conectada al estomago, las prótesis presentadas han solucionado esto en la institución
5. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación.

#### Anexo 2

#### CERTIFICACIÓN INTRODUCCIÓN DEL RESULTADO CIENT-TECNICO

1. Denominación del resultado: Prótesis artesanales para el cáncer de esófago y cardias
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C, Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Año en que se introdujo en la práctica social: 1994
6. Aporte económico, político o social: La utilización de prótesis esofágicas de construcción artesanal, hasta el momento se han usado en 44 enfermos reportándole al país un ahorro de \$ 13 200 pesos, al calcular el costo de una prótesis como promedio de \$ 300 pesos. Publicado en revistas cubanas y españolas de cirugía. Tema de tesis de residencia
7. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación

## Premio Anual de la Salud Municipal 2008



# DIPLOMA

SE OTORGA A: Dr. Oreste Noel Mederos Curbelo

POR PARTICIPAR EN EL XXXIII CONCURSO PREMIO ANUAL DE LA SALUD 2008, EN LA INSTANCIA MUNICIPAL: MUNICIPIO PLAZA DE LA REVOLUCIÓN. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANUEL FAJARDO.

TEMA: Alternativa Ética para el Problema de la Alimentación en el cancer no resecable de Esófago y Cardia.

PREMIO X MENCIÓN ---

TRIBUNAL --- EXPERTO ---

DRA. NURIS RODRÍGUEZ VARGAS  
VICE-DECANA INVESTIGACIÓN



DR. MANUEL ORTEGA SOTO  
DECANO





## Dictamen del Premio Fórum de Ciencia y Técnica Provincial 2009



COMISION PROVINCIAL  
FORUM DE CIENCIA Y TECNICA  
CIUDAD DE LA HABANA

Calle I, N°. 405, e/ 19 y 21,  
Vedado, Plaza de la Revolución  
Telf. 832 9853 y 838 2877  
E-Mail. forum@ch.gov.cu

Ciudad de La Habana, 3 de Noviembre de 2009  
"Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución"

Co (a): Orestes Noel Mederos Curbelo  
HCQ Cmte Manuel Fajardo

Estimado compañero (a):

Por este medio queremos comunicarle que, culminadas las deliberaciones del Jurado Provincial del Forum, su ponencia: 3683

Resultados y ahorro de la construcción de prótesis de esófago

alcanzó la categoría de: RELEVANTE

Además se ha decidido recomendarla a la Comisión Nacional del Forum para su análisis, con vistas a la posible participación en el XVI Forum Nacional. Es por ello que si Ud. lo considera conveniente puede proceder a incorporarle nuevos avales y otros documentos que sean de interés para reafirmar y actualizar el aporte o los beneficios que ha brindado a la economía, al desarrollo social, al medio ambiente, etc.

La actividad provincial de entrega del certificado acreditativo y de reconocimiento por el aporte brindado por Ud. como autor principal del trabajo, le será comunicada oportunamente, para la cual se le entregará la correspondiente invitación.

Traslédele la felicitación del Gobierno y del Partido de la Capital a todos los compañeros que contribuyeron a obtener estos resultados.

"La Patria y el Socialismo se hacen  
como lo están haciendo Uds."

Fidel

Fraternalmente,

Carlos M. Millán Mariño  
Secretario Ejecutivo



Premio Fórum de Ciencia y Técnica Provincial 2009



*La Comisión Provincial del Fórum  
de Ciencia y Técnica*

*Otorga el presente*

**CERTIFICADO**

**A LA PONENCIA**

Resultados y ahorro de la construcción de prótesis  
de esófago

*De:*

Orestes N. Mederos Curbelo

Juan C. Barrera Ortega      Carlos A. Romero Díaz

Alexis H. Cantero Ronquillo      José M. Da Costa Fernández

*La que obtuvo la categoría*

**RELEVANTE**

*En el XVI Fórum Provincial*

"LA PATRIA Y EL SOCIALISMO SE HACEN  
COMO LO ESTAN HACIENDO USTEDES"

FIDEL

Ciudad de La Habana, 26 de Noviembre del 2009

  
SECRETARIA EJECUTIVA



**Premio Anual de la Salud 2007**  
**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**



**XXXII CONCURSO PREMIO ANUAL DE LA SALUD 2007**  
**Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana**

**A:** Dr. Orestes N. Mederos Curbel, Dr. Juan C. Barrera Ortega, Dr. Carlos A. Romero Díaz, Dr. Alexis H. Cantero Rodríguez, Dr. Jesús M. Valdés Jiménez y cols.


Por haber obtenido mención con el trabajo:


Resultados obtenidos con la fijación torácica externa  
en el tórax batiente.

*“En el marco de la ciencia, errar es una contingencia natural;  
lo que no cabe admitir es la falta de rigor”*

*Dr.Cs Luis Carlos Silva*

**Dado en Ciudad de La Habana a los 11 días del mes de Septiembre del 2007.**

  
Dr.Cs . Jorge Emilio Fdez-Brito  
Presidente de Tribunal

  
Dr.Cs . Jorge González Pérez  
Rector ISCM-H

# Aval del Tema Cáncer del Pulmón

## INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS ES CIRUGIA TORACICA

### Anexo 1

#### CERTIFICACIÓN DEL APORTE CIENTÍFICO DEL RESULTADO

1. Denominación del resultado: Introducción de los equipos multidisciplinares en cirugía torácica
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Aporte científico y actualidad del resultado: La cirugía torácica y en particular la el cáncer de pulmón es de extrema complejidad, demostrar la importancia del trabajo en equipos para su tratamiento es una labor meritoria
6. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación.



### Anexo 2

#### CERTIFICACIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DEL RESULTADO CIENT- TECNICO

1. Denominación del resultado: Introducción de de los equipos multidisciplinares en cirugía torácica
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Año en que se introdujo en la práctica social: 1994
6. Aporte económico, político o social: Este trabajo permitió el desarrollo de la línea de cirugía torácica en el centro que ha estructurado el trabajo, optimizado la atención en estas afecciones realizando aportes significativos reflejo de mas de 50 publicaciones de artículos en revistas nacionales e internacionales. Tema de tesis doctoral
7. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación





**Premio Fórum de Ciencia y Técnica Municipal 2009**  
**Cancer con Derrame Maligno**



HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO QUIRURGICO "COMANDANTE MANUEL FAJARDO"

**FORUM DE CIENCIA Y TECNICA**  
**2009**

La Comisión Organizadora del Forum otorga el presente certificado a:

**Dr. Orestes Noel Mederos Carbelo**

Por su participación en calidad de: Autor  Asistente

Con el trabajo titulado: *Efectividad del tratamiento del derrame pleural maligno mediante toracocentesis y efusiones de Bleomicina.*

Dado a los 26 días del mes de *Junio* del 2009.



Presidente Comisión Organizadora

## Aval Sobre el Tema Trauma Torácico

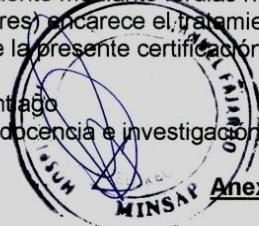
### FIJADOR COSTAL CON COSTILLAS ARTICULADAS EXTERNAS PARA EL TÓRAX BATIENTE

#### Anexo 1

#### CERTIFICACIÓN DEL APORTE CIENTÍFICO DEL RESULTADO

1. Denominación del resultado: Fijador costal con costillas articuladas externas para el tórax batiente
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora : Hospital Comandante Manuel Fajardo
5. Aporte científico y actualidad del resultado: La estabilidad del tórax en el tórax batiente mediante férulas neumáticas (intubación y acople a aspiradores) encarece el tratamiento y aumentan las complicaciones
6. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación

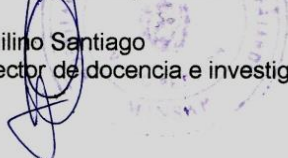


#### Anexo 2

#### CERTIFICACIÓN INTRODUCCIÓN DEL RESULTADO CIENT-TECNICO

1. Denominación del resultado: Fijador costal con costillas articuladas externas para el tórax batiente
2. Relación de autores del resultado y valoración de la participación del Interesado en su obtención: El Dr. Orestes N. Mederos es jefe de la investigación con Drs. Barrera J.C., Romero C, Cantero A
3. Entidad que obtuvo el resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo
4. Entidad introductora del resultado: Hospital Comandante Manuel Fajardo.
5. Año en que se introdujo en la práctica social: 1997
6. Aporte económico, político o social: Fijador construido con el principio de cerclaje externo a costillas artificiales, se ha utilizado con excelentes resultados en 10 enfermos con una estadía hospitalaria de 4 días como promedio y seguimiento ambulatorio, eliminando las estancias en terapia intensiva con ventilación y férulas neumáticas, un día en terapia cuesta 590 hemos aportado un ahorro de \$ 5 900 pesos diarios si tenemos en cuenta que se ahorró 17 días por cada paciente significa un ahorro global de \$ 100 300 pesos, publicado en la Revista Avances Médicos de Cuba. Premio en el Congreso Cirugía 2006. Tema de la segunda tesis doctoral
7. Fecha de la presente certificación: 6 de Enero del 2008

Dr. Aquilino Santiago  
Vicedirector de docencia e investigación



## Aprobacion del Protocolo para el Libro ANIR

DOCTOR, FRANK GRDAZ CALLEJON, VICEDIRECTOR DOCENTE DEL  
HOSPITAL DOCENTE "CMDTE. MANUEL FAJARDO"

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Por medio de la presente Hacemos  
Constar que en el año 1986 fué  
entregado y aprobado por el Consejo  
Científico de la Facultad y el  
Hospital "Manuel Fajardo" el  
Protocolo de Investigación:

"Fijador Costal Externo para el  
diagnóstico del Tórax Batiente",  
dirigido por el Dr. Orestes Mederos  
Curbajo y el mismo se encuentra en el  
libro de Registros de la ANIR del  
Hospital.

Y para que así conste, firmamos la presente en Ciudad de La  
Habana, a los treinta días del mes de Abril del dos mil dos.  
"AÑO DE LOS HEROES PRISIONEROS DEL IMPERIO"

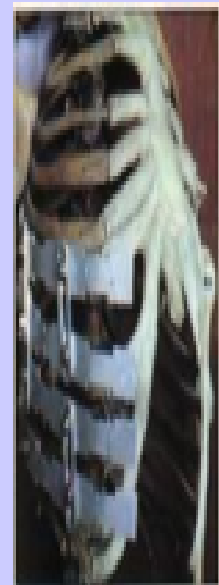
Dr. Frank Grdaz Callejón





viernes 18 de mayo de 2007

**El CIRURED nos ofrece el trabajo de innovación: Fijador costal externo con costillas artificiales articulares para el tratamiento del tórax batiente y el volet external del Dr. Orestes N. Mederos Curbelo, Profesor Titular y Doctor en Ciencias.**



## Premio en el Congreso del ACS 1998



# American College of Surgeons

633 N. Saint Clair St.  
Chicago, IL 60611-3211

Voice: 312/202-5000  
Fax: 312/202-5001

e-mail: postmaster@facs.org  
ACS website: <http://www.facs.org>

### Officers

#### President

Raymond L. Schwartz, MD, FACS  
Rochester, NY

#### President-Elect

George T. Sheeran, MD, FACS  
Chapel Hill, NC

#### First Vice-President

James D. Thompson, MD, FACS  
St. Louis, MO

#### Second Vice-President

Anthony Mancini, MD, FACS  
Boston, MA

#### Secretary

Kathryn D. Anderson, MD, FACS  
Los Angeles, CA

#### Treasurer

Richard A. Noel, MD, FACS  
Richfield, MN

#### Director

Samuel A. Wells, Jr., MD, FACS  
Chicago, IL

#### Consultant to the Director

Paul A. Egan, MD, FACS  
Chicago, IL

#### Comptroller

John N. Ercolani, CPA  
Chicago, IL

### Board of Regents

#### Chair

Robert W. Bender, Jr., MD, FACS  
Nashville, TN

#### Vice-Chair

Paul C. Reiss, MD, FACS  
Dallas, TX

Charles Cantor, MD, FACS  
Tulsa, OK

Paul E. Collett, MD, FACS  
Lincoln, NE

Robert M. Cookson, MD, FACS  
Gainesville, FL

Robert S. Fagan, Jr., MD, FACS  
Atlanta, GA

David E. Hoag, MD, FACS  
Boston, MA

Bernard Largent, MD, FACS  
Tulsa, OK

Edward R. Law, Jr., MD, FACS  
Charleston, SC

Theodore Lowell, MD, FACS  
Provoct, UT

Wingard F. Longo, MD, FACS  
Lubbock, TX

Walter H. McGinn, MD, FACS  
Waukegan, IL

Joseph L. Meares, MD, FACS  
Marion, IN

Donald E. Powers, MD, FACS  
New Hyde Park, NY

Thomas R. Ruster, MD, FACS  
San Francisco, CA

Richard H. Saba, MD, FACS  
Salem, VT

William R. Shwartz, MD, FACS  
Rochester, NY

Samuel A. Wells, Jr., MD, FACS  
Chicago, IL

George W. Wanka, MD, FACS  
Chicago, IL

### Board of Governors

#### Chair

David L. Narwold, MD, FACS  
Chicago, IL

#### Vice-Chair

Henry J. Laws, MD, FACS  
Rochester, NY

#### Secretary

William J. Rosenberger, MD, FACS  
Culpeper, VA

Walt Disney World Dolphin Hotel  
Orlando, Florida

30 October 1998

To whom it may concern:

This is to certify that **Orestes Noel Mederos Curbelo** was a duly registered participant in the 84th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons, held in Orlando, Florida, 25 to 30 October 1998.

Sincerely yours,

(Miss) Marion E. Rapp  
Administrator  
International Liaison Department

MER:kle


*Titled: Stabilization external of the thorax injury*

*Authors: Mederos Curbelo O.N.  
Menchaca Diaz J.L.  
Rodriguez Aldalejo R.  
Barrera Ortega J.C.  
Cantero Ronquillo A.  
Valdes Jimenez J.  
Saa Vidal R.*

FOUNDED BY SURGEONS OF THE UNITED STATES AND CANADA 1913



## Premio Anual Salud Provincial 2007



XXXII CONCURSO PREMIO ANUAL DE LA SALUD 2007  
Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

A: Dr. Orestes N. Mederos Curbel, Dr. Juan C. Barrera Ortega, Dr. Carlos A. Romero Díaz, Dr. Alexis H. Cantero Rodríguez, Dr. Jesús M. Valdés Jiménez y cols.

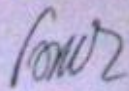
Por haber obtenido menCIÓN con el trabajo:

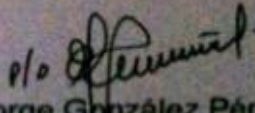
Resultados obtenidos con la fijación torácica externa en el tórax batiente.

*“En el marco de la ciencia, errar es una contingencia natural; lo que no cabe admitir es la falta de rigor”*

*Dr.Cs Luis Carlos Silva*

Concedido en Ciudad de La Habana a los 11 días del mes de Septiembre del 2007.

  
Dr.Cs . Jorge Emilio Fdez-Brito  
Presidente de Tribunal

  
Dr.Cs . Jorge González Pérez  
Rector ISCM-H

# Anexos

## Anexo 1

Presentaciones, publicaciones, cursos recibidos e impartidos por el autor en cirugía torácica.

### I. Tutor o asesor de tesis

- TTR Broncofibroscopía en el cáncer de pulmón. Dr. J. Socarràs.1990
- TTR Cáncer del pulmón. Complicaciones y supervivencia. Dr. S. Alfonso.1992
- TTR Prótesis artesanales para eliminar la disfagia. Dr. J. A. Castellanos.2000
- TTR Manejo escalonado supuraciones pleurales. Dr. B. Bekele 2001
- TTR Aspectos clínicos y quirúrgicos en el neumotórax. Dr. J. Moret 2003
- TTR Resultados Quirúrgicos en el enfisema bulloso. Dr. Kai Cheng Hung 2004
- Asesor DC La esofagectomía trashiatal en Guantánamo. Dr. Félix Santell
- Maestría Neumotórax. Papel de enfermería. Lic. Yanelkis González.
- Maestría Causas y Gérmenes en el empiema pleural. Lic. Lidia Albertini
- Tutor DC Cirugía paliativa en cáncer de esófago Dr. JC Barrera
- Tutor DC Evidencia en la Anastomosis esofágica. Dr. JA Castellanos
- Tutor DC Empiema pleural. Evaluación de un algoritmo de trabajo una década después de su introducción. Dr. CA Romero
- Tutor DC. Soporte Nutricional y calidad de vida en el Cáncer de Esófago y Cardias. C. Oliva Anaya
- Tutor DC Cátedra de Disección y desarrollo de habilidades. Dr. Joel Moret González.
- Asesor TTE La decorticación pulmonar en las supuraciones pleurales. Hospital Universitario Manuel Fajardo. 1995 – 2014. Dr. Alejandro Sotelo



- Asesor TTE Estrategia quirúrgica según evaluación del riesgo en la supuración pleuropulmonar. Dr. Orestes Luís Mederos Trujillo
- Tutor TTE Resultados del tratamiento del Empiema Pleural en edades geriátricas. Dr. Aderinam Olewaswgun

## II. Tesis y monografías como autor

- Especialista I Grado “Tratamiento quirúrgico en el cáncer broncopulmonar”.
- Especialista II Grado “Resección Pulmonar bilateral y simultáneas por esternotomía”
- Doctor en CM Cirugía del cáncer de pulmón. Repercusión de los Grupos Multidisciplinarios.

## III. Presentaciones en Congresos, eventos ANIR y Jornadas Nacionales.

### II Congreso de Cirugía 1982.

- Hernia diafragmática traumática.

### III Congreso Cirugía 1986

- Tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón.

### III Congreso Gastroenterología. 1989

- Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago y cardias.
- Criterio quirúrgico en la acalasia de esófago.

### II Congreso Psicología 1989

- El stress en la resección pulmonar por cáncer.

### II Simposio Internacional de Transplante y Nuevas Tecnologías 1989

- Variaciones anatómicas y preparación del pulmón en el transplante en cerdos.
- Alotransplante ortotópico del pulmón en cerdos.

### IV Congreso de Cirugía. I SILAC 1990

- Morbimortalidad en el tratamiento del cáncer de pulmón.

- Resección pulmonar bilateral simultánea por esternotomía media.
- Morbimortalidad en el tratamiento del cáncer de esófago.

#### Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas 1991

- Síndrome de Boerhave.

#### VII Congreso de Oncología 1995

- Alternativas para eliminar la disfagia en el cáncer de esófago.

#### Jornada Territorial de Cirugía en Occidente 1997

- Estabilizador costal mediante cerclaje AO en el tórax batiente.
- Cirugía torácica. Resultados de tres años de trabajo.
- Empiema pleural. Estudio de 15 enfermos.
- Disfagia severa por cáncer de esófago, posibilidades.

#### Jornada Nacional de Cirugía Plástica 1997.

- Tubo cutáneo de colgajo deltopectoral en la estenosis esofágica.

#### Fórum ANIR 1997

- Estabilizador costal externo.

#### V Congreso de Gastroenterología. 1998.

- Resultados en el cáncer avanzado de esófago y cardias.

#### 84<sup>TH</sup> Annual Clinical Congress en Estados Unidos 1998

- External stabilization of the thoracic injuries.

#### VI Congreso de Cirugía 1999

- Resultado quirúrgico en el cáncer avanzado de esófago y cardias.
- Resultado de 109 resecciones por cáncer de pulmón.
- Organización y resultados de la cirugía torácica en el Hospital.
- Supuraciones pleuropulmonares. Resultado del tratamiento.
- Estabilizador costal externo mediante cerclaje pericostal.

- Dolor post toracotomía. Frecuencia según incisión utilizada.
- Resección pulmonar bilateral y simultánea.

#### II Congreso de Ortopedia 1999

- Utilidad del Cerclaje AO en el tórax inestable.

#### III Congreso SILAC 2000

- Variación del estadiamiento clínico y posquirúrgico en el CPNCP.
- Sobrevida en el CPNCP con relación al estadio.
- Resecciones pulmonares. Morbimortalidad.
- Tratamiento Quirúrgico en el neumotórax y la bulla enfisematosa.
- By pass gástrico isoperistáltico en el cáncer de esófago irresecable.
- Estrategia en el cáncer de esófago torácico y de cardias.

#### Jornada Territorial de Cirugía de Occidente 2001

- Algoritmo de trabajo en el cáncer de esófago y cardias.

#### VII Congreso de Cirugía 2002

- Evolución de la cirugía del esófago y cardias. Estudio de dos décadas.
- Variación del volumen espiratorio forzado y la PO<sub>2</sub> en bulas gigantes unilaterales.
- Hamartoma condroide del pulmón.
- Utilidad de un algoritmo de trabajo en el neumotórax.
- Toracotomía en el anciano.
- Experiencia en el cáncer de esófago en estadios avanzados.
- Repercusión de la nueva clasificación del empiema pleural.

#### Neomocimeq 2002

- Fijador costal externo con costillas articuladas.
- Tratamiento del empiema basado en un algoritmo.

- Cirugía del cáncer de pulmón. Estudio de lesiones resecables.

#### Taller ANIR 2002

- Costillas articuladas en el tratamiento del tórax batiente.
- Prótesis artesanales en el cáncer de esófago irresecable.

#### Jornada Científica de la SILAC. Cienfuegos 2003

- Toracocentesis, pleurotomía, ventana o decorticación en el empiema pleural.
- Gastrostomía o alimentación oral en cáncer de esófago avanzado.
- Reanimación con solución salina hipertónica. Una alternativa en cirugía.
- Carcinoma abscedado del pulmón.

#### Fórum ANIR 2004

- Gastrostomía o alimentación oral en el cáncer de esófago. (Premio)
- Volet esternal tratado con fijación externa. (Premio)

#### VIII Congreso de Cirugía 2004

- Cirugía del cáncer de pulmón. Repercusión de los grupos multidisciplinarios.
- Carcinoma abscedado del pulmón.
- Cirugía de la bulla enfisematosa.
- Neuralgia pos-toracotomía en relación con la incisión quirúrgica.
- Hernia hiatal grande complicada con arritmia. Tratamiento por vía torácica.
- Fístula esofagopleurocutánea. Abordaje directo o exclusión.
- Efectividad de la gastrectomía total en el cáncer de cardias.
- La sutura en el esófago. (conferencia)
- By pass gástrico isoperistáltico en el cáncer de esófago irresecable. (conferencia)
- Prótesis o By pass en el cáncer de esófago y cardias irresecable. (conferencia)
- Empiema pleural basado en la evidencia. (conferencia)

### III Congreso URGRAV 2004

- Toracocentesis, pleurotomía, ventana o decorticación en el empiema pleural.
- Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax.
- Uso de la reanimación con solución salina hipertónica una alternativa en cirugía.
- Volet esternal tratado con fijador externo.

### VIII Congreso de la SILAC. México 2004

- Reducción de volumen pulmonar.

### Neomocimeq 2005

- Neuralgia postoracotomía en relación con la incisión quirúrgica.
- Efectividad de la gastrectomía total en el cáncer de cardias.
- Ventana Torácica con anestesia local.
- Alimentación en el cáncer de esófago irresecable.
- Bulla enfisematosa séptica.
- Epidemiología quirúrgica del neumotórax.
- Estrategia en el cáncer de esófago y cardias.
- Los grupos multidisciplinarios en la calidad de la atención por cáncer del pulmón.
- Morbimortalidad en los pacientes sometidos a resecciones pulmonares.
- Resultados quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias.
- Mesa redonda de supuraciones pleurales. (coordinador)

### IX Congreso de Cirugía 2006

- Resultados con la fijación torácica externa. (Premio "Enrique Echevarria Vaillant")
- Dolor pos-toracotomía, ¿mito o realidad?
- Aspectos clínicos y epidemiológicos del neumotórax.
- Resultados en el tratamiento de la bulla enfisematosa.

- Resultados con los tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago.
- Carcinoma de pulmón abscedado.
- Ventana torácica con anestesia local una alternativa del enfermo grave.
- Resultados del tratamiento del empiema pleural según fases evolutivas.
- Simposium; Manejo de las Supuraciones Pleurales.
- Curso esófago. Conferencia Complicaciones de las esofagectomías.

#### Jornada Internacional del Adulto Mayor 2007

- Segmentectomías pulmonar en enfermos con PF precarias y edad avanzada.
- Valor del índice de disnea y las pruebas funcionales en la evaluación del anciano.
- Ventana torácica con anestesia local una alternativa en el anciano con empiema.
- Conferencia: El gran reto de la cirugía torácica general en el paciente geriátrico.

#### Jornada Provincial de Atención del Paciente Grave 2007

- Conferencia: Fijador costal externo en el tórax batiente. (Premio)

#### Premio Anual de Salud XXXII. 2007

- Resultados con la fijación en el tórax batiente. (Premio municipio) (Mención provincia)
- Derrame paraneumónico al empiema pleural. (Premio municipal)
- El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en geriatría. (Premio municipal)

#### Neomocimeq. I Congreso de Cirugía Torácica (2007)

- Simposium la cirugía torácica y el adulto mayo. Moderador
- Conferencia Historia de la cirugía torácica.
- Utilidad de la técnica de Rutkowski en la Fístula esofagopleurocutánea.

- Resección o tractotomía pulmonar con ligadura vascular selectiva.

#### XIII Congreso AMECA 2008

- Comer o alimentarse en el cáncer avanzado de esófago. Conflicto biopsicosocial
- Alternativa ética para el problema del cáncer no resecable del esófago.
- La nutrición en el cáncer de esófago y cardias. Criterios del grupo de apoyo.
- Efectividad del tratamiento del derrame pleural maligno mediante bleomicina.

#### Premio Anual de Salud. XXXIII. 2008

- Alternativa ética en cáncer del esófago cardias. (Mención Provincial)
- El manejo de las sondas de aspiración pleural. (Mención Municipal)

#### Fórum ANIR 2008

- Alternativa para la alimentación en el cáncer del esófago. (Premio relevante)

#### X Congreso de Cirugía 2008

- Alternativa ética para la alimentación en el cáncer no resecable del esófago.
- La decorticación pulmonar en el empiema pleural.
- Manejo de sondas de aspiración pleural en la Cirugía torácica general.
- Morbilidad del neumotórax persistente y recidivante.
- Complicaciones de las toracotomías.

#### Encuentro Internacional Italia-Cuba. 2009

- Novita in chirurgia. Moderatori

#### Fórum ANIR 2009

- Tratamiento del derrame pleural maligno con bleomicina. (Destacado)
- Resultados y ahorro de la construcción de prótesis. (Relevante Provincia)
- Resultados con la utilización fijador costal externo en tórax batiente. (Relevante)

#### Neomocimeq. II Congreso de Cirugía Torácica 2009

- Simposium Comentarios sobre casos de cirugía torácica general. Moderador
- Corta estadía y seguimiento ambulatorio en el tórax batiente.
- Complicaciones respiratorias después de resecciones pulmonares.
- Manejo de las sondas de aspiración pleural en la cirugía torácica general.
- La Ventana torácica en el anciano con empiema pleural.

#### XI Congreso de Cirugía 2010

- Afecciones quirúrgica del mediastino.
- La decorticación pulmonar en el empiema fase fibrinopurulenta y organizada.
- Caracterización del neumotórax persistente y recidivante.
- Hernioplastia diafragmática con malla COMPOSITE. (video)
- Simposio. Cáncer de esófago (Coordinador) Taller internacional de cirugía torácica.

#### Jornada Cuba-Italia 2010

- Empiema pleural. Enfermedad antigua de vigencia actual. (conferencia)

#### Fórum ANIR 2010

- Tunelizacion de tumores esofágicos con inyectoterapia con alcohol. (Relevante)

#### Jornada científica de Occidente 2011

- Tratamiento de la hernia diafragmática multivisceral con malla Composite. (video)

#### Fórum de especialidades quirúrgicas Hospital Manuel Fajardo 2011

- Hernioplastia diafragmática con malla COMPOSITE. (Video) (Destacado)
- Encuentros de Conocimientos con la utilización de simuladores. ( Video)
- Manejo ético de la disfagia por cáncer de esófago y cardias avanzado. (Video)
- Tórax batiente. Tratamiento con costillas externas articuladas. (Video).
- Manejo quirúrgico de las colecciones agudas y crónicas del pericardio.
- Evaluación del riesgo quirúrgico en la cirugía torácica no cardíaca.
- Ventana torácica pleuro - pulmonar en el enfermo con empiema y ASA IV.
- Neumotórax y bulla rota como manifestación de un carcinoma.

#### Jornada de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana

- Es posible el manejo ambulatorio del tórax batiente. (2012) UCM-H
- Comer o alimentarse en el cáncer avanzado de esófago y cardias. Criterio poblacional y de expertos. (2012) UCM-H

#### **IV. Publicaciones Científicas.**

- HPAF en tórax y abdomen. Rev. Cub Cir. 1985: 24 (3) 253-63.
- Ruptura esplénica intratorácica. Revista 16 de Abril 1985: 24 (116) 36-40.
- Resultados del tratamiento del cáncer de esófago. Rev. Cub. Cir. 1987: 26 (6) 45
- Tratamiento quirúrgico del cáncer broncopulmonar. Rev. Cub Cir. 1988: 27 (4) 27



- Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. Rev. Cub Cir. 1988: 27 (6) 23-30.
- Timolipoma. Aporte de 3 casos. Rev. Cub Cir. 1989: 28 (5) 532-37.
- Criterio quirúrgico en la acalasia esofágica. Rev. Cub Cir. 1989: 28 (6) 580-86.
- Quiste enterógeno (duplicidad esofágica) Rev. Cub Cir. 1989: 28 (6) 658-62.
- Ruptura esplénica intratorácica. Archivos de la Nueva Medicina 1989: 1 (1) 137
- Broncofibroscopía en el cáncer de pulmón. Rev. Cub Cir. 1990: 29 (3) 406
- Mesotelioma pleural fibroso. Rev. Cub Cir. 1990: 29 (4) 420-23
- Lobectomía vs. neumonectomía en el cáncer. Rev. 16 de Abril 1990: 29 (167) 6
- Tumores primitivos del mediastino. Rev. Cub Cir. 1992: 31 (1) 15-21.
- Teratoma quístico del pulmón. Rev. Cirugía Española 1996: 59 (1) 87.
- Implantación de prótesis transtumoral. Rev. Cir. Española 1996: 59 (3) 268.
- Resecciones pulmonares bilaterales simultáneas. Rev. Cir. Española 1996: 59 (4)
- Empiema pleural. Resultados del tratamiento. Rev. Cub Cirugía 1999: 38 (1) 21-2
- Organización y resultados de la cirugía torácica. Rev. Cub Cir. 1999: 38 (1) 36-40.
- Frente al enfisema. Rev. Avances Médicos de Cuba 2000: 21 (7) 32-36.
- Resultados en el cáncer de esófago y cardias. Rev. Cub Onc 2000: 16 (2) 116-19.
- Reducción simultanea del enfisema por esternotomía. Rev. Cub Cir. 2000: 39 (3)
- Mejor calidad de vida en cáncer de esófago. Rev. Avances Médicos 2000: 24 (4)
- Estrategia en el cáncer de esófago no resecable. Rev. Cub Cir. 2001: 40 (2)
- Resecciones pulmonares. Morbimortalidad. Rev. Cub Cir. 2001: 40 (3) 201-4.
- Sobrevida del CPNCP en relación estadio clínico. Rev. Cub Onc 2001: 17 (1) 39-42.
- Variación del estadio clínico y posquirúrgico CPNCP Rev. Cub Onc 2000: 16 (3)

- Estabilizador costal para tórax batiente. Avances Médicos de Cuba 2001: 28 (4)
- Quiste pericárdico gigante en el adulto. Rev. Cub Cir. 2001: 40 (3) 312-4.
- Empiema pleural. Algoritmo Avances Médicos de Cuba 2002: 29 (1).
- By pass isoperistáltico en el cáncer de esófago. Rev. Cub Onc 2001: 17 (2)
- Variación del VEF y la PO<sub>2</sub> en la reducción pulmonar Rev. Cub Cir. 2002: 41 (3)
- Cerclaje pericostal en el tórax batiente. Rev. Cub Cir. 2002: 41 (3) 147-51
- Manejo escalonado en la supuración pleural Rev. Cub Cir. 2002: 41 (3) 141-6.
- Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Rev. Cub Cir. 2002: 41 (3)
- Toracotomía en el anciano. Morbilidad. Rev. Cub Cir. 2003: 42 (2)
- Bocio intratorácico. Es necesaria la esternotomía. Cirugest 2003
- Eventración diafragmática. Rev. Cir. Española. 2004:75(6)364
- Nuevo algoritmo para el neumotórax. Avances Médicos de Cuba 2004:38(2)38
- Toracocentesis, pleurotomía, ventana o decorticación CD URGRAV 2004(UEH13)
- Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax CD URGRAV 2004(UEH39)
- Volet esternal tratado con fijación esternal CD URGRAV 2004(OT49)
- Tratamiento del enfisema bulloso. Avances Médicos de Cuba 2004:40(4)25-28
- Fístula esofagopleurocutánea de tercio medio. Rev. Cub Cir. 2004; 43(2)
- El cáncer de pulmón y los Grupos Multidisciplinarios. Rev. Cub Cir. 2004; 43(3-4)
- Tratamiento del neumotórax espontáneo. Rev. Cub Cir. 2004; 44(1)
- Uso de fijador en la inestabilidad torácica anterior Rev. Cub Cir. 2004; 44(1)
- Infección de una bulla enfisematosa. Arch Cir. Gen Dig, 2005 © Cirugest
- Cáncer de esófago irresecable. Prótesis o tubo gástrico Arch Cir. Gen Dig, 2005

- Empiema pleural, fístula y ventana torácica. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- Ventana torácica con anestesia local Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- Mesotelioma pleural maligno mixto localizado. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- ¿Es necesaria la gastrectomía en el Menetrier? Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- Quiste pleural y dolor torácico Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- Hernia hiatal y trastornos del ritmo cardiaco. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- Tumor carcinoide del mediastino. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- Pericarditis crónica con disnea invalidante. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Cirugest
- Carcinoma abscedado de pulmón. Rev. Cub Cir. 2005, 44(4)
- ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago? Rev. Cub Cir. 2005, 44(4)
- Epidemiología quirúrgica del neumotórax. Rev. Cub Cir. 2005; 44(2-3)
- Efectividad gastrectomía total por cáncer de cardias. Rev. Cub Cir. 2005; 44(2-3)
- Segmentectomías en enfermos con pruebas precarias Rev. Cub Cir. 2005; 44(2-3)
- Revisión cáncer de pulmón. 17/Agosto/2005 <http://www.cirured.sld.cu>
- Empiema pleural. 17/febrero/ 2006. <http://www.cirured.sld.cu>
- Cómo surgió la anestesia. 30/Junio/2005 <http://www.cirured.sld.cu>
- Aspectos del neumotórax. 12 /Noviembre/2005. <http://www.cirured.sld.cu>
- Morbimortalidad en la bulla. 29 /Enero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>
- Manejo moderno del empiema. 10/Febrero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>
- Neumotórax. Manejo escalonado. Avances Médicos de Cuba 2006, 44(6): 3-5
- Dolor postoracotomía. ¿Mito o realidad? Arch Cir. Gen Dig, 2006 Cirugest
- Tratamiento del derrame pleural maligno. Arch Cir. Gen Dig, 2006 Cirugest

- El gran reto de la cirugía torácica en geriatría. Arch Cir. Gen Dig, 2006 Cirugest
- Tractotomía pulmonar y ligadura vascular. Rev. Cub Cir. 2006, 45(1)
- Neuralgia postoracotomía incisión quirúrgica. Rev. Cub Cir. 2006, 45(1)
- Resultados con tubos gástricos y anastomosis cervical Arch Cir. Gen Dig, 2006
- Del derrame pleural al empiema. Rev. Española Cir. Casos Clínicos 2006, 1(2): 2
- Reducción de volumen en enfisema difuso heterogéneo. Arch Cir Gen Dig, 2006
- Valor del índice de disnea y las PF en enfisema Arch Cir. Gen Dig, 2006
- Fijador costal externo tórax batiente. 17/Junio/2006. <http://www.cirured.sld.cu>
- Alimentación cáncer de esófago. 26/Septiembre/2006. <http://www.cirured.sld.cu>
- Nutrición preoperatorio cáncer. 11/Julio/2007. <http://www.cirured.sld.cu>
- El manejo de sondas aspiración pleural en la cirugía Arch Cir Gen Dig 2007
- Neumotórax iatrogénico. Frecuencia y morbilidad Arch Cir. Gen Dig 2007
- Esofagectomía trashiatal. 7/septiembre/2007. <http://www.cirured.sld.cu>
- Causas neumotórax persistente y recidivante. Rev. Cub Cir. 2008, 47(1)
- Morbimortalidad en la bulla enfisematosa Rev. Cub Cir. 2008, 47(1)
- Esofagectomía transhiatal informe histórico Rev. Habanera, 2008; 7,2
- La decorticación pulmonar en el empiema pleural Rev. Cub Cir. 2008, 47(3)
- Incisiones torácicas. 28/Agosto/2008. <http://www.cirured.sld.cu>
- Comportamiento derrame pleural con bleomicina. Rev. 16 de Abril, 2009, 235.
- Toracocentesis Rev. 16 de Abril, 2009, 235.
- Mediastinotomía con sonda y dedo de guante. Rev. 16 de Abril, 2009, 236.
- Sustitución esofágica en octogenario con estenosis por cáustico. Geroinfo 2009, 4, 2.

- Neumotórax y bulla rota manifestación de un carcinoma. Rev. Cub Cir. 2010, 49 (4)
- Efectividad del alcohol para canalizar tumores de esófago. Rev. Cub Cir. 2010, 49 (4)
- Contusión cardíaca y taponamiento tardío. Rev. Cir. Española 2012
- Hernioplastia diafragmática con malla COMPOSITE. Rev. Cir. Española Revista Española de Cirugía 2012 Volumen 90, Número 02
- Necrosis isquémica y cáncer de esófago. Rev. PortalesMedicos.com 2011, VI, 3
- Morbilidad de las afecciones quirúrgicas del mediastino. Rev. Cub Cir. 2011,50, (4) 451-461
- Descompensación diabética y lesión tórax. Rev. PortalesMedicos.com 2011, 1, 6.
- Manejo quirúrgico de las colecciones agudas y crónicas del pericardio. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2013
- Hernias y eventraciones diafragmáticas crónicas, alternativas quirúrgicas. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2013
- Criterio poblacional y de expertos sobre el cáncer de esófago y cardias. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2013
- Tratamiento con fines paliativo en el cáncer de esófago y cardias. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2013
- Soporte Nutricional y calidad de vida en el Cáncer de Esófago y Cardias. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2013
- Neumomostomia con sonda de balón en la supuración pulmonar. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2013
- Toracostomía con resección costal y anestesia local en la supuración pleural. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2013

**V. Libros en que ha participado (Figuras 68, 69 y 70)**

- a. **CIRUGIA** de los Profesores Alejandro García Gutiérrez, Gilberto Pardo Gómez, CD editado por el MINSAP de CUBA 2005, Publicado Editorial de Ciencias Médicas 2006. Capitulo realizado Conducta ante el nódulo del pulmón.
- b. **Conferencias de Servicios Quirúrgicos para Alumnos de Medicina.** Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina Manuel Fajardo. CD editado en formato electrónico por el MINSAP de CUBA 2005. 1987-2005 CEDISAP INFORMATICA PARA LA SALUD. ISBN 959-7158-22-1. Conferencias presentadas Síndrome esofágico y Cáncer del pulmón.
- c. **Cirugía torácica. Comentarios de casos clínico-quirúrgicos.** 2012. ISBN 978-959-212-738-8. Parte I Capítulos en que participó del I al XIV (Temas de actualización). Parte II Capítulos en que participó del I al VI (Temas de discusión de casos)

## VI. Cursos en Cirugía Torácica

### a) Recibidos

- 1984 Cirugía torácica. Nicaragua. Profesor José Llorens
- 1984 Cirugía de esófago. Nicaragua. Profesor Alejandro García Gutiérrez
- 1985 Cirugía del esófago. Segundo Congreso de Gastroenterología.
- 1988 Cirugía del esófago. Hospital Miguel Enríquez)
- 1994 Toracoscopía y cirugía de la estenosis traqueal. V Congreso Cirugía.
- 1998 Actualización en cirugía torácica. Hospital 10 de Octubre
- 1998 General thoracic surgery. 84<sup>TH</sup> Annual Clinical Congress EU
- 1998 Pre and postoperative: Annual Clinical Congress EU
- 1999 Trauma and critical care. Angeles County University of Southern California, EU
- 1998 General thoracic surgery. The University of Alabama at Birmingham, EU
- 1998 Transplantation of lung. The University of Alabama at Birmingham, EU
- 1998 Paediatric surgery. The University of Alabama, EU

- 1998 Gastrointestinal surgery. The University of Alabama at Birmingham, EU
- 1998 Surgical oncology. The University of Alabama, EU
- 1999 General Thoracic Surgery. Mayo Clínic, EU
- 1998 Surgical oncology of the lung. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, EU
- 1998 Surgical oncology oesophagus. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, EU
- 1998 Techniques of video-assisted thoracoscopy. Memorial Sloan-Kettering EU
- 1998 Flexible and rigid bronchoscopes. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, EU
- 2000 Endoscopía (esofagogastroduodenoscopía). Hospital Manuel Fajardo
- 2000 Taller Cirugía en la tercera edad. Hospital Manuel Fajardo
- 2001 Manejo del enfermo quirúrgico grave. Hospital Manuel Fajardo
- 2004 Imagenología en cirugía torácica. Sección de tórax SCC

b) Impartidos

- 1990 Atención al politraumatizado. (Coordinador) (Curso municipal)
- 1990 El trauma generalizado. Prioridades de atención. (Coordinador) (Curso municipal)
- 1996 Generalidades de cirugía. (Coordinador) (Curso municipal)
- 1997 Emergências quirúrgicas. (Coordinador) (Curso municipal)
- 1998 Cirujanización. (Coordinador) (Curso municipal)
- 1998 Actualización en temas de cirugía general. (Coordinador) (Curso municipal)
- 1998 Prioridades en el paciente quirúrgico grave. (Coordinador) (Curso municipal)
- 1999 Controversias en cirugía (Coordinador) (Curso municipal)
- 1999 Manejo del paciente quirúrgico grave. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2000 Actualización en cirugía torácica. (Coordinador) (Curso municipal)

- 2001 Actualización en cirugía esofágica. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2002 Actualización en afecciones quirúrgicas del tórax. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2002 Entrenamiento en técnicas de suturas. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2002 Atención al politraumatizado. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2003 Cirugía esofágica. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2004 La Sutura en Cirugía. La Sutura en Afecciones Esofágicas. (Curso nacional).
- 2004 Curso de Cirugía Torácica (Técnica de By Pass Gástrico). VIII Congreso Cirugía
- 2004 Simposio de Cáncer de Esófago (Prótesis o By Pass). VIII Congreso Cirugía
- 2004 Simposio de Evidencia en Afecciones Torácicas (Empiema). VIII Congreso Cirugía
- 2004 La Sutura en Cirugía (La Sutura en Afecciones Esofágicas). VIII Congreso Cirugía
- 2005 Cuidados pre, peri y postoperatorios en cirugía torácica. (Coordinador) SCC
- 2005 Historia de la cirugía torácica. V Jornada Nacional de Historia
- 2006 Actualización en cirugía. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2006 Cirugía del Esófago (Complicaciones de la esofagectomía). IX Congreso de Cirugía
- 2006 Simposio de Supuraciones Pleurales. (Coordinador) IX Congreso de Cirugía
- 2007 Aspectos especiales del enfermo quirúrgico grave. (Coordinador) (Curso municipal)
- 2007 Supercurso Esofagectomía transhiatal. Cirured.
- 2007 La Sutura en Cirugía torácica general. Curso nacional La Sutura en Cirugía
- 2008 Curso previo Historias de la cirugía. (Coordinador) X Congreso Cirugía
- 2008 Proyecciones de la cirugía en la tercera edad. (Coordinador) Gerontoger
- 2008 Supercurso Incisiones torácicas. Cirured.
- 2008 Curso previo Historias de la cirugía. (Coordinador) XJ Congreso Cirugía



- 2010 Curso previo Pinceladas Históricas de la cirugía. (Coordinador) XI Congreso Cirugía
- 2011 Curso El Rescate de la Historia en Ciencias Médica. Jornada Manuel Piti Fajardo
- 2011 Simposio Particularidades en la atención del cáncer de esófago avanzado.  
Moderador
- 2012 Curso previo El siglo de los cirujanos.
- 2012 Curso previo Manejo práctico de las supuraciones torácicas. Artemisa.
- 2012 Curso previo Infecciones cavitarias. Camagüey.
- 2012 Curso previo Cirugía del esófago. Guantánamo.
- 2012 Curso previo Controversias en cirugía torácica. Guantánamo.
- 2012 Curso previo Cirugía Torácica no cardíaca. Santiago de Cuba.
- 2012 Curso previo La urgencia extrema en trauma de tórax. Isla de la Juventud.

#### **VII. Proyectos de investigación que dirige**

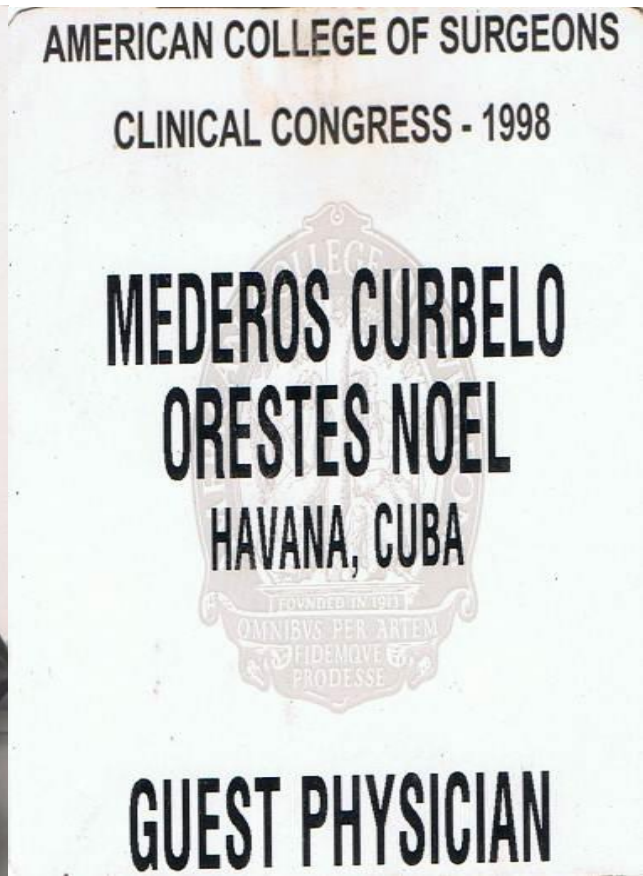
- Cirugía General Torácica.
- Fijador externo para tórax batiente.
- Cáncer de esófago y cardias no resecable. Tratamiento paliativo.
- Manejo de la supuración pleura pulmonar.
- Manejo del enfisema, la bulla y el neumotórax.
- Cáncer del pulmón.

#### **Resumen Principales aspectos del desarrollo profesional en cirugía torácica**

- A. Artículos científicos publicados 193, en el tema de cirugía torácica 106.
- B. Libros publicados donde ha escrito temas de cirugía torácica 3.
- C. Trabajos de Cirugía Torácica premiados en Jornadas, Fórum y Congresos 132.

- D. Premios nacionales o provinciales ANIR, Premio Salud 2, SCC 3, Premios en fórum de base o municipales 22, Premios internacionales 3, Beca internacional en Estados Unidos, Premio Congreso de Orlando 1998, Premio al ser nombrado miembro del Colegio de Cirujanos Americanos) .
- E. Tesis y Monografías personales en Cirugía Torácica 3.
- F. Tesis de terminación de la residencia, maestrías y doctorados como tutor o asesor 17.
- G. Oponente en tesis de doctorado 6.
- H. Proyectos de investigación en cirugía torácica culminados 6.
- I. Cursos en Cirugía Torácica, recibidos 23, impartidos 46.
- J. Sociedades científicas que pertenece
- Sociedad Cubana de Cirugía. Miembro Titular (1998), Honor (2006)
  - Miembro Fundador de la SILAC (1986) y de la AMECA (1994)
  - Premio International Guest Scholars of ACS (1998)
  - Fellow of American College of Surgeons (FACS) (2001)
  - Vocal de la sección de Cirugía Torácica SCC (Desde 2002)
  - Secretario de la Sección de Informática SCC (Desde 2002)
  - Presidente de la Sección de Historia de la Cirugía (Desde 2013)
  - Miembro de la Junta de Gobierno SCC (2008)
  - Miembro de la Asociación Latinoamérica del Tórax (ALAT) (2004)
  - Miembro de la Federación Latinoamericana de Cirujanos (FELAC) (2004)
  - Fellow of The American Thoracic Society (2005)
  - Miembro correspondiente de la Asociación Española de Cirugía (2006)
  - Miembro de la Sociedad Cubana de Atención al Paciente Crítico (2007)

Anexo 2  
Beca del Colegio de Cirujanos Americanos (ACS)



Sociedad Cubana de Cirugía  
Sección de Cirugía Torácica.



Primera Junta Directiva Año 2003

- Presidente: Antonio Ríos Rodríguez. (Hospital Gustavo Aldereguía)
- Secretario: Dr. Manuel Cepero Nogueira (CIMEQ)
- Vocales:

Dr. Armando Leal Mursulí (Hospital Miguel Enríquez)

Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo (Hospital Manuel Fajardo)

Dr. Oscar Suárez Savio (CIMEQ)

Dr. Albio Ferraz (Hospital Hermanos Ameijeiras)

Dr. Eddy Frias Méndez (Hospital Calixto García)

El 25 de Noviembre 2004 se reestructura la junta directiva que queda conformada

- Presidente: Dr. Manuel Cepero Nogueira (CIMEQ)
- Secretario: Dr. Armando Leal Mursulí (Hospital Miguel Enríquez)
- Vocales:

Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo (Hospital Manuel Fajardo)

Dr. Oscar Suárez Savio (CIMEQ)

Dr. Sixto Corona (Hospital Hermanos Ameijeiras)

Dr. Eddy Frias Méndez (Hospital Calixto García)

Anexo 4: Primeras actividades científicas de la sección de Cirugía torácica año 2004.

<b>Fecha</b>	<b>Sede</b>	<b>Tema</b>
Ene-04	CIMEQ	Historia de la Cirugía Torácica
Abr-04	CIMEQ	Imagenología Torácica
Jul-04	CIMEQ	La endoscopia en el diagnóstico y estadiamiento de afecciones torácicas
Oct-04	CIMEQ	Técnicas quirúrgicas en cáncer de pulmón
Ene-05	CIMEQ	Cuidados perioperatorios en Cirugía Torácica
Abr-05	CIMEQ	Cirugía de las afecciones pulmonares no tumorales
Jul-05	CIMEQ	Cirugía del Esófago
Oct-05	CIMEQ	Cirugía de Mínimo Acceso Torácica

## Anexo 5

### Entrega de CD de la Sección de Cirugía Torácica



Estimado Profesor

Como parte del trabajo de docencia continuada que hemos desarrollado en nuestra sección, hemos editado un CD con los cursos de postgrado y simposios de cirugía torácica general presentados en las actividades científicas de la sección y el último Congreso de Cirugía efectuado en la Habana. Es nuestro objetivo realizar esta entrega como un justo reconocimiento al trabajo desempeñado por ustedes al frente de la Sociedad Cubana de Cirugía, cumpliendo con un acuerdo de la última reunión de la Junta Directiva de la Sección de Cirugía Torácica efectuada en el hospital CIMEQ el sábado 22 de septiembre del 2005.

Cordialmente

Junta Directiva de la Sección de Cirugía Torácica

## Anexo 6

Primeros Representantes de la Sección de Cirugía Torácica en los diferentes capítulos.  
Noviembre 2003.

Pinar del Río Dr José Álvarez Carvajal (Hosp Abel Santamaría)

Isla de la Juventud Dr Hugo Fuornier Carvajal (Hosp Héroes Del Valle)

Matanzas Dr Guillermo Fundora Madruga (Hosp Faustino Pérez)

Villa Clara Dr Eddy Sierra Enrique

Cienfuegos Dr Noel Lazaro Castillo García (Hosp Gustavo Aldereguía)

Sancti Spiritu Dr Orlando Rodríguez Martínez (Hosp Camilo Cienfuegos)

Ciego De Ávila Dr Fidel Raul Valdez Leyva (Hosp Roberto Rodríguez)

Camaguey Dr Manuel Cesar Fontes Maestre (Hosp Amalia Simoni)

Holguín Dr Jose Francisco Bonet Espinosa

Granma Dr Carlos Manuel Sánchez Rivas (Hosp Carlos Manuel De Cespedes)\_Dr Carlos  
Manuel Neyra Rodríguez (Hosp Celia Sánchez Manduley)

Santiago de Cuba Dra Ana María Nazario Dolz

Guantanamo Dr Félix Santeel Odio

Anexo 7  
Cursos Congreso Previos del Congreso Cirugía 2010.

<b>CURSO</b>	<b>CAPITULO</b>	<b>SEDE</b>	<b>CORDINADOR</b>
1. Hemorragias digestiva alta	Pinar del Río	Hosp. Abel Santamaría 15-16 Octubre	Dr. Lázaro Yera, Dr. Raúl Castro Participantes 40
2. Órganos a trasplantar	C. Habana	Hosp. CIMEQ 22 de Octubre	Dr. Simeón A. Collera Rodríguez Participantes 30
<b>3. Historias de la cirugía</b>	<b>C. Habana</b>	<b>CSO Otto Perellada 25 Septiembre</b>	<b>Dr. Orestes Noel Mederos Participantes 30</b>
4. La cirugía endocrina	C. Habana	CSO Otto Perellada 25 Septiembre	Dr. Manuel Fuentes Rodríguez Participantes 30
5. Actualización en cirugía de la mama	Las Villas	Hosp. Alnardo Miliam 15-16 Octubre	Dr. Alexis Cantero, Dra. Silvia O. Glz Participantes 50
6. La Seguridad del paciente quirúrgico	Camagüey	Univ. De Camagüey. 5-6 Octubre	Dr. Ramón Romero Sánchez Participantes 30
7. Cirugía del cáncer gástrica	Granma	Hosp. Celia Sánchez 8-9 Octubre	Dr. Roberto Aguirre Fernández Participantes 30
<b>8. Cirugía del esófago</b>	<b>Guantánamo</b>	<b>Hosp. Agustino Neto. 16 Octubre</b>	<b>Dr. Félix Santell Odio Participantes 35</b>
<b>9. Actualización en cirugía pulmonar</b>	<b>S. de Cuba</b>	<b>Hosp. Saturnino Lora. 21-23 Septiembre</b>	<b>Dr. Luís Rodríguez, Dr. Ramón Glz Participantes 25</b>
10. Cirugía herniaria avanzada en la reparación protésica	S. de Cuba	Hosp. Juan B. Zayas 8-10 Septiembre	Dr. José M. Goderich, Dr. Elvis Pardo Participantes 30

**Nota** Marcado en negrita los cursos con temas de cirugía torácica

Cursos Previos 2012 del Congreso Cirugía 2013.

<b>CURSO</b>	<b>FILIAL</b>	<b>SEDE</b>	<b>CORDINADOR</b>
1. Selección de Órganos a trasplantar	Habana	CIMEQ 13 de Octubre	MSc Dr. Simeón A. Collera Dr. José A. Copo Jorge PARTICIPANTES 30
2. Consideraciones bioéticas sobre el	Habana	Hospital Universitario Hermanos Ameijeiras 15 de Noviembre	Dr. C. Domingo Pérez PARTICIPANTES 50



enfermo terminal			
<b>3. Tratamiento quirúrgico en el cáncer de esófago.</b>	<b>Habana</b>	<b>Hospital Universitario Dr. Enrique Cabrera 6 de Noviembre</b>	<b>Dr. A. Jiménez Carrazana PARTICIPANTES 30</b>
4. Cirugía convencional y ambulatoria en el adulto mayor	Habana	Hospital Universitario Dr. Enrique Cabrera 19 de Octubre	Dr. C Nicolás Cruz García Dr. Pedro López Rodríguez PARTICIPANTES 30
5. Cirugía Hepática (Hígado metastático)	Habana	Hospital Universitario Hermanos Ameijeiras 15 de Noviembre	Dr. José A. Copo Jorge PARTICIPANTES 30
6. Cuidados Paliativos en la especialidad de cirugía general	Habana	Hospital Universitario Julio Trigo 26 de Octubre	MSc Dr. Carlos Díaz Mayo <b>PARTICIPANTES 30</b>
7. Nutrición y Sepsis en el Paciente Quirúrgico Grave	Habana	Hospital Universitario Manuel Fajardo 24 de Noviembre	MSc Dr. Carlos Oliva Anaya Dr. C Ramón Romero PARTICIPANTES 30
<b>8. El siglo de los cirujanos</b>	<b>Habana</b>	<b>Centro Convenciones de Cojimar 1 de Diciembre Acto resumen de los cursos previos</b>	<b>Dr. C Orestes N. Mederos PARTICIPANTES 50</b>
<b>9. La urgencia extrema en trauma de tórax</b>	<b>Isla de la Juventud</b>	<b>Hospital Universitario Héroes de Baire 24 al 27 de Octubre</b>	<b>MSc Dr. Ivan Portuondo PARTICIPANTES 60</b>
<b>10. Manejo práctico de las supuraciones torácicas</b>	<b>Artemisa</b>	<b>Hospital Universitario de San Cristóbal 19 de Octubre</b>	<b>MSc Dr. Horlirio Ferrer MSc Dr. Carlos Romero Dr. C Orestes N. Mederos PARTICIPANTES 25</b>
11. Estrategias en la cirugía del colon y otros aspectos de interés.	Mayabeque	Hospital Universitario Leopoldito Martínez 12 de Noviembre	MSc Dr. Jorge E. Lopez PARTICIPANTES 30
12. Manejo integral de los pacientes con Infección del Sitio Operatorio	Mayabeque	Hospital Universitario Leopoldito Martínez 16 de Noviembre	MSc Dr. Osvaldo Barrios PARTICIPANTES 30
13. Sangramiento Digestivo Alto	Matanzas	Hospital Universitario Faustino Pérez 23 y 24 de Octubre	Dr. C Lázaro Yera Abreu PARTICIPANTES 50

14. Avances actual en el manejo de la cirugía de mama	Matanzas	Hospital Universitario Faustino Pérez 19 y 20 de Octubre	MSc Dr. Alexis Cantero Ronquillo PARTICIPANTES 50
<b>15. Infecciones cavitarias</b>	<b>Camagüey</b>	<b>Hospital Universitario Manuel Ascunce 16 y 17 de Octubre</b>	<b>Dr. C Ramón Romero MSc Dr. Carlos Oliva Dr. José Luís Reguero PARTICIPANTES 30</b>
<b>16. La Cirugía de la hiperhidrosis</b>	<b>Ciego de Ávila</b>	<b>Hospital Universitario Dr. Antonio Luaces 4 al 6 de Octubre</b>	<b>Dr. Rigoberto Curbelo MSc Dr. Aisel López PARTICIPANTES 30</b>
17. Escalas pronósticas en el manejo de la Hemorragia Digestiva Alta	Las Tunas	Hospital Universitario Dr. Ernesto Guevara 12 de Octubre	Dr. Roberto Cobiellas <b>PARTICIPANTES 30</b>
<b>18. Afecciones del Esfínter esofágico inferior</b>	<b>Granma</b>	<b>Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley. 22 al 26 de Octubre</b>	<b>MSc Dr Nisaver Estevez PARTICIPANTES 30</b>
<b>19. Actualización en el diagnóstico y conducta en el trauma de torax y abdominal</b>	<b>Granma</b>	<b>Hospital Universitario Carlos Manuel de Céspedes y del Castillo 12 al 16 de Noviembre</b>	<b>MSc Dr Manuel Perez PARTICIPANTES 30</b>
20. Cirugía en el adulto mayor. Necesidad de la geriatrización de los servicios quirúrgicos.	Holguín	Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin 8, 9 y 10 de Noviembre	Dra. C Yasmín Rodríguez PARTICIPANTES 40
<b>21. Cirugía del esófago</b>	<b>Guantánamo</b>	<b>Hospital Universitario Agustino Neto. 29 de Septiembre</b>	<b>Dr. Félix Santell Odio PARTICIPANTES 30</b>
<b>22. Controversias en cirugía torácica</b>	<b>Guantánamo</b>	<b>Hospital Universitario Agustino Neto. 28 de Septiembre Acto de inicio de los cursos previos</b>	<b>Dr. Guido Leyva Dr. C Orestes N. Mederos Dr. Félix Santell Odio PARTICIPANTES 30</b>
<b>23. Cirugía Torácica no cardíaca</b>	<b>Santiago de Cuba</b>	<b>Hospital Universitario Saturnino Lora 16 al 20 de Octubre</b>	<b>Dra. Ana María Nazario Dr. Ramón González PARTICIPANTES 25</b>
24. Hernias de la pared abdominal	Santiago de Cuba	Hospital Universitario Juan Bruno Zayas 23 al 26 de Octubre	Dr. C José M. Goderich MSc Dr. Elvis Pardo Olivares <b>PARTICIPANTES 25</b>

**Nota:** Marcado en negrita los cursos con temas de cirugía torácica

**Periódico Venceremos** Guantánamo (Redacción Digital Venceremos)

## **Inician hoy por Guantánamo cursos previos a Cirugía 2013**

**Por Lilibeth Alfonso Martínez**

28 de septiembre de 2012, 08:45 a.m.

Guantánamo (Redacción Digital Venceremos) -Hoy, a las nueve de la mañana, se inauguró en el Aula Magna del Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto, de esta ciudad capital, los primeros cursos académicos del país previos al XII Congreso Internacional **Cirugía 2013**, cuyas sesiones finales se efectuarán del 4 al 7 de marzo del año próximo en el Palacio de las Convenciones de la Habana.

Las controversias en la cirugía torácica y la cirugía del esófago serán los sendos temas de los cursos que concluirán mañana en Guantánamo, y contarán con la presencia de los miembros de la Junta de Gobierno de la Sociedad Cubana de Cirugía Doctor en Ciencias Orestes Noel Mederos Curbelo, Asbel Vicente de la Cruz y el guantanamero Félix Santell Odio.

El primer tema tendrá como objetivo la atención a los pacientes con una afección quirúrgica torácica, como el abordaje de las infecciones de la pleura y el pulmón, y el uso de la videotoracoscopía, en tanto sobre el esófago se intercambiará alrededor del tratamiento quirúrgico de las afecciones malignas y benignas en ese órgano del sistema digestivo.

Mederos Curbelo explicó a **Venceremos** que la decisión de la Junta de iniciar las actividades del Congreso por la provincia responde “al trabajo mantenido en la atención al paciente con afecciones quirúrgicas del tórax, y en particular del esófago, expresado no sólo por sus resultados médicos, también por la constancia en la oferta de cursos académicos relacionados con la atención de pacientes con afecciones de ese órgano”.

Las sesiones guantanameras de **Cirugía 2013** se dedicarán a la memoria de Alejandro García Gutiérrez, Profesor de Mérito y Doctor en Ciencias de renombre internacional en la cirugía de esófago nacido en Guantánamo, y a los profesores fundadores de la docencia

aquí Abelardo Urgellés Martínez y Dr. Fernando Gómez Amador fallecidos; Paulino Four Rodríguez, Ángel Piris Monblant y Servio Tulio Cintra Brook, en activo.

Desde hoy hasta el 1 de diciembre de este año, se deben desarrollar 24 cursos en la mayoría de las provincias del país con la participación de más de 900 especialistas, a los cuales se suman otras seis sesiones de intercambio profesional el 3 de marzo, vísperas de la magna cita, a la cual asistirán delegados e invitados de Cuba y el mundo.

Durante las últimas sesiones del Congreso internacional **Cirugía 2013** , también se desarrollará el Simposio de la Federación Latinoamericana de Cirugía Profesor **Lázaro Quevedo Guanche In Memoriam**, lo que prestigia aún más la cita, que en esta edición hará énfasis en la formación educativa, en tanto propicia el intercambio de experiencias y la actualización de las técnicas quirúrgicas.

## **Cursos previos en que participo el autor en el 2012**

### **A. La Urgencia Extrema en Trauma de Tórax**

Auspiciado: SCC / Trauma, Cirugía Torácica, Filial Isla de la Juventud  
Coordinador Dr. Iván Portuondo Avalos [ivanport@infomed.sld.cu](mailto:ivanport@infomed.sld.cu)

Plazas 50

Fecha 24-27 de octubre de 2012

Sede: Hospital Universitario "Héroes del Baire"

#### **Claustro académico:**

- Dr. C. Rómulo Soler Vaillant. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II grado en Cirugía General. Profesor Titular.
- Dr. C. Orestes Noel Mederos Curbelo. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II en Cirugía General. Profesor Titular
- Dr. Iván Portuondo Avalos. Especialista de II en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

#### **Programa Científico:**

1. Evaluación y pronóstico del traumatizado.
2. Traumatismo torácico.
3. Hipovolemia. Fluidoterapia en el Trauma Torácico.
4. Cirugía de control de daños.
5. Tórax batiente.
6. Trauma de corazón y grandes vasos.

### **B. Controversias en cirugía torácica**

Auspiciado: SCC / Sección de Cirugía Torácica / Filial Guantánamo

Coordinador:

Dr. Guido Leyva [guido@infosol.gtm.sld.cu](mailto:guido@infosol.gtm.sld.cu)

Dr. C Orestes Noel Mederos

Dr. Félix Santell Odio

Sede Hospital Universitario Agustino Neto

Fecha: Viernes 28 de Septiembre del 2012 (Acto de inicio de los cursos previos)

Plazas 30

#### **Claustro Académico:**

- Dr. Félix Santell Odio
- Dr. René Guibert Veranes

- Dr. C Orestes Noel Mederos Curbelo
- MSc Dr. Asbel Vicente de la Cruz
- MSc Dr. Rafael Moro Vela

### **Programa Científico:**

- Tumor del cardias. Criterios según la zona Z.
- Neumotórax espontáneo. Pleurotomía o videotoracostomía.
- Empiema pleural. Ventana o decorticación.
- Absceso del pulmón. Tratamiento médico o quirúrgico.
- Vigencia o no de la utilización del colon como sustituto.
- Tórax batiente

### **C. Cirugía del esófago**

Auspiciado: SCC / Sección de Cirugía Torácica / Filial Guantánamo

Coordinador:

- Dr. Félix Santell Odio [santell@infosol.gtm.sld.cu](mailto:santell@infosol.gtm.sld.cu)

Sede Hospital Universitario Agustino Neto

Fecha: Sábado 29 de Septiembre del 2012

Plazas 35.

### **Claustro Académico:**

- Dr. Félix Santell Odio
- Dra. Ibis Figueras Hechavarria
- Dra. Lucia Caenegie Squire
- Dr. José Paulino René Machado
- Dr. René Guibert Veranes

### **Programa Científico:**

- Historia de la Cirugía del Esófago.
- Aspectos Clínicos, Estadificación del Cáncer del Esófago.
- Anatomía y Linfáticos del Esófago.
- Esofagoscopia diagnóstica y terapéutica en las afecciones del Esófago.
- Instrumentales y Equipos para la cirugía de mínimo acceso del Esófago.
- Técnicas Videotoracoscópicas en las afecciones del Esófago.
- Esofagocoloplastia

- Sustituciones Esofágicas con Estómago, Yeyuno y Colon en las afecciones esofágicas.

#### **D. Cirugía de Tórax no cardiaca**

Auspiciado: SCC / Sección de Cirugía Torácica / Filial Santiago de Cuba

Sede Hospital Universitario "Saturnino Lora Torres"

Fecha 15 al 20 de Octubre 2012

Coordinadores

Dra. Ana María Nazario Doltz [nazario@medired.scu.sld.cu](mailto:nazario@medired.scu.sld.cu)

Dr. Ramón González Couso [couso@medired.scu.sld.cu](mailto:couso@medired.scu.sld.cu)

Total de Plazas: 25 para todas las Provincias.

#### **Claustro Académico:**

- Dr. Ramón González Couso
- Dra. Ana María Nazario Doltz
- Dra. Karina Muguercia Sarracén
- Dr. C. Orestes Mederos Curbelo
- Dr. C. Miguel E. García Rodríguez
- Dr. Modesto Matos Tamayo

#### **Programa científico:**

- Tumores del mediastino.
- Perioperatorio en Cirugía del tórax.
- Enfermedades quirúrgicas del timo.
- Aspectos Histopatológicos en el Cáncer de Pulmón.
- Tumores de la pared torácica. Dr. Ramón González Couso.
- Estadificación del cáncer de pulmón.
- Tratamiento por etapas del cáncer de pulmón.
- Cáncer de esófago.

#### **Actividad práctica**

- Presentación y Discusión de los casos (Sala de Hospitalización)
- Disección de hilio pulmonar y estaciones ganglionares en bloques cardiopulmonares de cadáver. (En la Morgue)
- Cirugía Pulmonar en vivo. Vídeotoracoscópica y Cirugía Pulmonar Abierta.

## **E. Manejo práctico de las supuraciones torácicas**

Auspiciado: SCC / Sección de Cirugía Torácica / Filial Artemisa

Coordinador:

MSc Dr. Horlirio Ferrer Robaina [horlirio@infomed.sld.cu](mailto:horlirio@infomed.sld.cu)

MSc Dr. Carlos Romero Díaz [cromero@infomed.sld.cu](mailto:cromero@infomed.sld.cu)

Dr. C Orestes N. Mederos Curbelo [noemed@infomed.sld.cu](mailto:noemed@infomed.sld.cu)

Plazas 25

Sede Hospital Universitario Comandante Pinares de San Cristóbal

Fecha: 19 de Octubre del 2012

### **Claustro Académico:**

- MSc Dr. Horlirio Ferrer Robaina
- MSc Dr. Carlos Romero Díaz
- Dr. C Orestes N. Mederos Curbelo
- MSc Dr. Juan Carlos Barrera Ortega

### **Programa Científico:**

- Lesiones sépticas de la pared torácica.
- Mediastinitis. Prevención y manejo evolutivo.
- Manejo práctico y escalonado del empiema pleural.
- Absceso del pulmón. Alternativas según las etapas.

## **F. El siglo de los cirujanos, su repercusión en Cuba**

Auspiciado: SCC / Sección Ética, Educación Médica, Endocrino, Mama, Hernias, Cirugía Torácica, Hígado, páncreas y vías biliares, Cirugía Digestiva, Nutrición, Infecciones e Informática/ Filial Habana

Coordinadores

- Dr. C Orestes N. Mederos Curbelo [noemed@infomed.sld.cu](mailto:noemed@infomed.sld.cu)
- Dr. Eduardo Molina Fernández [edmolina@infomed.sld.cu](mailto:edmolina@infomed.sld.cu)

Plazas 50

**Sede** Centro de Convenciones de Cojimar

**Fecha** sábado 1 de diciembre del 2012 (Acto resumen de los cursos previos)

### **Claustro Académico:**



Dr. C Orestes Noel Mederos Curbelo	Dr. C Manuel Fuentes Rodríguez
MSc Dr. Carlos Romero Díaz	Dr. Evelio Guerra Pereda
MSc Dr. Roberto Del Campo Abad	MSc Dr. Lino León Chiong
MSc Dr. Juan Carlos Barrera Ortega	Dr. Eduardo Molina Fernández
MSc Dr. Alexis Cantero Ronquillo	Dr. Carlos Morejón Pozo
Dr. José Manuel Da Costa	MSc Dr. Osdrelis Rodríguez
MSc Dr. Juan Antonio Castellanos	Dr. Joel Moret Gonzáles
MSc Dr. Carlos Oliva Anaya	Dr. Juan Carlos García Sierra
Dr. Raúl Mustafá García	Dr. Saúl Sanler

**Programa científico:**

Módulo 1 Desarrollo de la Cirugía Científica

- a. Avances Científicos esenciales. Labrar un camino a la Cirugía
  - Avances en Anatomía, Fisiología y Patología. Dr. Carlos Oliva Anaya
  - Control de la hemorragia. Dr. Carlos Morejón Pozo
  - Antisepsia. Dr. Roberto Del Campo Abad
  - Anestesia. Dr. Osdrelis Rodríguez Vargas
- b. La génesis de la Cirugía
  - Creación de los Reales Colegios de Cirugía. Dr. Juan Carlos García Sierra
  - John Hunter convierte la cirugía en ciencia. Dr. Carlos Romero Díaz
  - Enseñanza de la Cirugía y la unificación de médicos y cirujanos. Dr. Saúl Sanler
  - Impacto de la cirugía Alemana Dr. Eduardo Molina Fernández
- c. La Cirugía de cavidades.

Cirugía Digestiva

- Cristiano Albert Theodor Billroth 1829-1894. Dr. Joel Moret Gonzales
- Johannes von Mikulicz-Radecki 1850-1905. Dr. Alexis Cantero Ronquillo
- William Stewart Halsted 1852-1922. Dr. Juan Carlos Barrera Ortega

Cirugía Endotorácica

- Ernst Ferdinand Sauerbruch 1875-1951 Dr. C Orestes Noel Mederos
- CS Beck y DJ Larrey. Dr. Juan Antonio Castellanos
- G Farina y L. Rehn Dr. Raúl Mustafá García

Cirugía Endocrina

- Theodor Kocher 1847-1917. Dr. C Manuel Fuentes Rodríguez
- Frank H Lahey 1880-1953. Evelio Guerra Pereda
- Harvey Cushing. Dr. Lino León Chiong

### Módulo 2 Albores de la Cirugía Cubana

- Una visión médica desde la época de la colonia española. Dr. Alejandro Sotelo
- Evolución del campo quirúrgico hasta el siglo XIX Dr. Mauricie Padrón Rodríguez
- El renaciente siglo XIX. Dr. Orlando De La Paz Mora
- Enseñanza de la cirugía en hospitales-escuelas durante el siglo XX y Fundación de la Sociedad Cubana de Cirugía. Dr. Orestes Luís Mederos Trujillo.
- Impacto de personalidades célebres en la Escuela Cubana. Dr. Leonardo Arias

### **G. Infecciones Cavitarias**

Auspiciado: SCC / Sección de Infecciones / Sección de Nutrición / Sección de Cirugía Torácica / Filial Camagüey

Coordinadores:

- Dr. C Ramón Romero Sánchez. [rromero@finlay.cmw.sld.cu](mailto:rromero@finlay.cmw.sld.cu)
- MSc Dr. Carlos Oliva Anaya [anaya@infomed.sld.cu](mailto:anaya@infomed.sld.cu)

Plazas 30

Sede: Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey

Fecha: 6 y 7 de Febrero 2013 Hora de comienzo: 9am cada día

### **Claustro Académico:**

- Dr. C Ramón Romero Sánchez.
- Dr. C Orestes Noel Mederos Curbelo.
- Dr. C Miguel García Rodríguez.
- Dr. C Ariel Varela Hernandez.
- Dr. C Gretel Mosquera Betancourt.
- Dr. Carlos Oliva Anaya.
- Dr. Zenén Rodríguez Fernández.
- Dr. Carlos Alberto Romero Díaz.
- Dr. José Luís Reguero Muñoz.

- Dra. Sarah Lopez

**Programa científico:**

- 1- Actualidad en infecciones quirúrgicas. Prof. Ramón Romero.
- 2- Nutrición en el paciente séptico. Prof. Carlos Oliva Anaya
- 3- Anestesia en el paciente séptico grave. Prof. Sarah López
- 4- Absceso del pulmón. Prof. Orestes N. Mederos.
- 5- Protocolo de actuación ante una Mediastinitis. Prof. Carlos Romero.
- 6- Empiemas. Manejo actual. Prof. Orestes N. Mederos.
- 7- Abscesos hepáticos. Conducta actual. Miguel García
- 8- Abscesos intra-abdominales y retroperitoneales. Prof. Carlos Romero.
- 9- Enfermedad inflamatoria pélvica ¿Tema cirujanos? Prof. Ramón Romero.
- 10- Peritonitis postoperatorias. Prof. Miguel García
- 11- Infección intracraneal. Prof. Ariel Varela y Gretel Mosquera
- 12- La cirugía video asistida en las infecciones cavitarias. Prof. José Luís Reguero
- 13- Complicaciones frecuentes del paciente quirúrgico. Prof. Zenén Rodríguez

## Anexo 10

Categoría asistencial, docente y científica de los participantes como autores en el libro  
Cirugía Torácica. Comentarios de Casos Clínico-Quirúrgicos

Doctor en Ciencias Médicas	9
Máster en Ciencias	7
Diplomados	10
Investigador Titular	3
Profesor Titular o Consultante	14
Profesor Auxiliar	16
Profesor Asistente	4
Especialista de II Grado	34
Especialista de I Grado	10

**Título:** [Cirugía torácica. Comentarios de casos clínico-quirúrgicos](#)

**Autor:** Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo

**Edición:** Ing. Mayra Valdés Lara

**Diseño:** DI. José M. Oubiña González

**ISBN** 978-959-212-738-8

**Año:** 2012



### CIRUGÍA TORÁCICA. Comentarios de casos clínico-quirúrgicos

Tomar el *Cirugía* constituye un arma indispensable para el estudiante de pregrado en su rotación por la estancia de cirugía. Esta es para el alumno la concreción de todo el saber adquirido en la carrera de Medicina, en la que deberá aplicar las habilidades teóricas y prácticas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y, sobre todo, lo esencial que debe conocer un médico para su labor como médico de familia: dispensar, diagnosticar y remitir a los pacientes quirúrgicos, así como practicar procedimientos elementales de cirugía.

La presente edición se basa en el clásico de *Cirugía* que has consultado, durante décadas, varias generaciones de médicos. Por estas razones, esta obra es indispensable para satisfacer los objetivos de la asignatura y preparar adecuadamente al futuro doctor en su labor dentro de la comunidad. Los autores han actualizado, por las circunstancias actualizadas de la enfermedad a partir de un riguroso examen clínico, del protocolo que debe seguirse en cada caso y, por supuesto, abarca en el tratamiento quirúrgico. Señalan de manera marcada aquellos procedimientos que son peligrosos para la vida del paciente, las urgencias médicas y cómo actuar en cada caso; pero lo más importante, la labor preventiva que debe realizar el médico desde el consultorio en la Atención Primaria de Salud.

En esta oportunidad, *Tomar el Cirugía* se ajusta a las necesidades del programa docente, a partir de una síntesis y organización más adecuada del contenido, que se complementa con ilustraciones, tablas, algoritmos diagnósticos y terapéuticos. También se incluye la bibliografía existente que puede consultar los estudiantes en un momento.

Se honra al profesor Alejandro García Gutiérrez, que con su gigantesco trabajo y vasta experiencia facilitó la colección del libro que sirvió de base para esta selección y quien nos se encuentra ya. Importante ha sido la labor realizada por el doctor Gilberto Pardo Gómez, profesor de elevado prestigio y de inmensa experiencia en el trabajo docente, asistencial e investigativo, quien también es autor de la obra mencionada, junto con el resto del colectivo de autores, todos ellos expertos en la práctica de esta especialidad.

Orestes Noel Mederos Carbelo

CIRUGÍA TORÁCICA. Comentarios de casos clínico-quirúrgicos

# CIRUGÍA TORÁCICA

## Comentarios de casos clínico-quirúrgicos

Orestes Noel Mederos Carbelo



www.sld.cu/sitios/ecimed



Editorial Ciencias Médicas

## **Texto de contraportada**

### **Cirugía Torácica. Comentarios de Casos Clínico Quirúrgicos**

Las afecciones médicas que afectan la región anatómica del tórax son generalmente graves y muchas de ellas encuentran su solución en terapéuticas quirúrgicas. El desarrollo de las ciencias médicas a mediados del siglo XIX y primera parte del siglo XX permitieron el progreso de la cirugía torácica, mejorando aún más sus resultados con el incremento de la evaluación preoperatoria del riesgo quirúrgico, la introducción de los suturadores mecánicos y el tubo endotraqueal de doble luz, el desarrollo de los antimicrobianos, la integración de los grupos multidisciplinarios y el apoyo de las unidades de atención al enfermo grave.

La obra Cirugía Torácica. Comentarios de casos clínico-quirúrgicos está concebida en 20 capítulos divididos en dos partes, la primera: “Actualizaciones en cirugía torácica general” agrupa 14 capítulos temas importantes para esta especialización quirúrgica y la segunda: “Comentarios de casos clínico-quirúrgicos”, distribuidos en seis capítulos, muestra el análisis clínico-quirúrgico individualizado de 100 enfermos que permite acercar al lector a la variedad y complejidad de las afecciones quirúrgicas torácicas, estando avalada toda la información por un amplio claustro académico pertenecientes a 11 hospitales universitarios del país.

Orestes Noel Mederos Curbelo. Doctor en Ciencias Médicas, Especialista de I y II Grado en Cirugía, Profesor e Investigador Titular, Máster en Formación Didáctica para Profesionales de la Salud, Diplomado en Bioética Clínica. Miembro de la Junta de Gobierno de la SCC. Vocal de la Junta Directiva de Cirugía Torácica y Secretario de la Sección de Informática. Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Cirugía. Miembro de las sociedades American College of Surgeons (FACS), Asociación Latinoamérica del Tórax (ALAT), Federación Latinoamericana de Cirujanos (FELAC), American Thoracic Society (ATS). Ha publicado 185 artículos en revistas médicas nacionales e internacionales, de ellos 102 en temas de cirugía torácica, miembro del colectivo de autores del libro Cirugía, texto básico de la especialidad. Autor de algoritmos de trabajo en neumotórax, bulas enfisematosas, supuraciones de pleura y pulmones, cáncer de pulmón y esófago. Creador de un dispositivo para el tratamiento del tórax batiente y una estrategia para eliminar la disfagia en el cáncer avanzado de esófago y cardias con

ahorros económicos al sustituir importaciones, lo cual ofrece mejor calidad de vida al enfermo. Ha obtenido premios en Fórum de Ciencia y Técnica, Jornadas y Congresos

# **Bibliografía**



1. Mederos CON, Leal MA., Barreras OJC, Olivera SO. El cáncer del pulmón y la creación de los Grupos Multidisciplinarios de cirugía torácica. Revista Cubana de Cirugía 2004; 43(3-4) <http://bvs.sld.cu/revistas>
2. Saa V R, Mederos CON, Barreras OJC, Menchaca OJC. Organización y resultados de la cirugía torácica en el Hospital Manuel Fajardo. Revista Cubana de Cirugía. 1999: 88 (1) <http://bvs.sld.cu/revistas>
3. Saa VR, Mederos CON, Barreras OJC Afecciones quirúrgicas de esófago y cardias. Estudio de dos décadas. Revista Cubana de Cirugía 2002: 41 (3) 135-40. <http://bvs.sld.cu/revistas>
4. Romero DC, Mederos Curbelo ON, Barreras Ortega JC, Valdés J. JM, Cantero Ronquillo A. Resecciones pulmonares. Morbilidad. Revista Cubana de Cirugía. 2001; 40 (4): 268-71 <http://bvs.sld.cu/revistas>
5. Romero DC, Mederos CON, Revilla RVJ., Cantero RA, Del Campo AR, Dolor postoracotomía. ¿Mito o realidad? Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Abr 10 © Cirugest 2006-04-10.htm, <http://www.cirugest.com/revista>
6. Revilla VR, Mederos CON, Barrera OJC, Valdés JJ, Cantero RA, Romero DCA Neuralgia postoracotomía con relación a la incisión quirúrgica. Revista Cubana de Cirugía 2006, 45(1) <http://bvs.sld.cu/revistas>
7. Revilla VR., Mederos CON, Barrera OJC., Romero D, Cantero RA, Del Campo A R, Toracotomía en el anciano. Morbilidad. Revista Cubana de Cirugía 2003; 42(2) <http://bvs.sld.cu/revistas>
8. Mederos CON, Del Campos AR, Barreras OJC El manejo de sondas aspiración pleural en la cirugía torácica general. Revista Arch Cir Gen Dig 6 Ago 2007. © Cirugest 2007-08-06.htm <http://www.cirugest.com/revista>
9. Anaya OA., Mederos CON, Barreras OJC Nutrición preoperatorio del cáncer de esófago. Sección Conferencias. Miércoles 11/Julio/2007. <http://www.cirured.sld.cu>
10. Mederos CON, Barreras OJC Incisiones torácicas. Sección Supercurso. Viernes, 28/Agosto/2008. <http://www.cirured.sld.cu>
11. Mederos CON, Del Campos AR, Barreras OJC, Romero DC., Cantero RA., El gran reto de la cirugía torácica no cardíaca en edades geriátricas. Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 May 29 © Cirugest 2006-05-29.htm <http://www.cirugest.com/revista>

12. Barreras OJC, Moret GJ, Mederos CON., Valdez JJ., Romero DC., Cantero RA, Revilla RV Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax. CD URGRAV 2004(UEH39) <http://www.sld.cu/eventos/sium/2004>.
13. Barreras OJC, Moret GJ. Mederos CON., Valdez JJ., Romero DC., Cantero RA. Tratamiento del neumotórax espontáneo en nuestro medio Revista Cubana de Cirugía. 2005; 44(1) <http://bvs.sld.cu/revistas>
14. Moret GJ, Barreras OJC, Mederos CON., Valdez JJ., Romero DC., Cantero RA, Revilla RV. Epidemiología quirúrgica del neumotórax. Experiencias y resultados en el hospital Manuel Fajardo (1988-2003) Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3) <http://bvs.sld.cu/revistas>.
15. Moret G J, Barreras O. JC, Mederos C. O. N., Valdez Aspectos clínicos y quirúrgicos del neumotórax. Sección de Tesis. Sábado 12 /Noviembre/2005. <http://www.cirured.sld.cu>
16. Da Costa FJM. Mederos CON, Sierra GJC. Neumotórax iatrogénico. Frecuencia y morbilidad. Revista Arch Cir Gen Dig17-Ago-2007. ©Cirugest 2007-08-17.htm <http://www.cirugest.com/revista>
17. Moret G J, Barreras OJC, Mederos CON., Valdez JJ., Romero DC., Cantero RA, Revilla R. V Nuevo algoritmo de tratamiento para una enfermedad frecuente: El neumotórax. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:38(2)38-40
18. Moret GJ, Barreras OJC, Mederos CON., Valdez JJ., Romero DC., Cantero RA, Revilla RV Neumotórax. Enfermedad frecuente de manejo escalonado. Revista Avances Médicos de Cuba 2006, 44(6): 3-5
19. Cheng Hung K., Barrera OJC, Mederos CON, Valdés JJ., Cantero RA, Romero DC. Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar buloso. Revista Avances Médicos de Cuba 2004:40(4)25-28
20. Cheng Hung K., Barrera OJC, Mederos CON Morbimortalidad en la bula enfisematosa. Tutor. Sección de Tesis. Lunes 29 /Enero/2005 <http://www.cirured.sld.cu>
21. Cheng Hung K., Barrera OJC, Mederos CON, Valdés JJ., Cantero RA, Romero DC. Morbilidad y mortalidad en la cirugía de las bulas enfisematosas. Revista Cubana de Cirugía 2008; 47(1) <http://bvs.sld.cu/revistas>
22. Mederos CON., Barreras OJC, Cantero RA, Romero DC. Chen Hung K.C Variación del volumen espiratorio forzado y presión de oxígeno en reducción del volumen

- pulmonar en bulas gigantes unilaterales Revista Cubana de Cirugía 2002;41(3):152-5, <http://bvs.sld.cu/revistas>
23. Bernot RD, Mederos ON, Leal A, Ramírez HE, Peraza SE. Resecciones bilaterales y simultáneas por esternotomía media. Revista Española de Cirugía 1996; 59 (11): 355-7.
  24. Chen Hung KC., Barreras OJC., Mederos CON., Del Campo AR., Valdés JJ., Cantero RA., Romero DC. Reducción del volumen pulmonar en el enfisema difuso heterogéneo. Arch Cir Gen Dig 2006-09-25.htm <http://www.cirugest.com/revista>
  25. Chen Hung K.C., Barreras OJC., Mederos CON., Del Campo AR., Valdés JJ., Cantero RA., Romero DC. Valor del índice de disnea y las pruebas funcionales en el enfisema buloso y difuso. Revista Arch Cir Gen Dig, 2006 Oct,30©Cirugest 2006-09-25.htm <http://www.cirugest.com/revista>
  26. Bernot RD, Mederos C.O Leal MA, Resecciones pulmonares bilaterales simultáneas por esternotomía. Revista Española de Cirugía 1996: 59 (4) 355-57.
  27. Leal MA, Ramírez E, Mederos C.O, Frente al enfisema. Cirugía Torácica. Revista Avances Médicos de Cuba 2000: 21 (7) 32-36
  28. Leal MA, Llorens J, Ramírez E, Mederos C.O Reducción simultanea del enfisema pulmonar por esternotomía. Revista Cubana de Cirugía 2000: 39 (3) 195-203 ,<http://bvs.sld.cu/revistas>
  29. Bekele JB, Mederos CON., Valdés JJ, Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA. Manejo escalonado en la supuración pleural Revista Cubana de Cirugía. 2002;41(3):141-6, <http://bvs.sld.cu/revistas>
  30. Mederos CON., Del Campo AR, Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA, Hung Chang KC, Mederos TOL. Ventana torácica con anestesia local. Alternativa en el enfermo grave con empiema pleural. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 21 © Cirugest. 2005-03-21.htm <http://www.cirugest.com/revista>
  31. Bekele JB, Mederos CON., Valdés JJ, Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA Tratamiento del empiema pleural basado en un algoritmo de trabajo. Revista Avances Médicos de Cuba 2002: 29 (1) 28-30.
  32. Valdés JJ, Mederos CON., Barrera OJC, Saa VR, Menchaca DJL, Cantero RA Empiema pleural. Resultados del tratamiento en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Empiema pleural. Revista Cubana de Cirugia. 1999;38(1):21-5., <http://bvs.sld.cu/revistas>

33. Mederos CON., Guerra E, Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA, Del Campo AR, Hung Chang KC, Mederos TOL. Empiema pleural, fístula bronco-pleuro-cutánea y ventana torácica. Arch Cir. Gen Dig, 2005-Mar-28©Cirugest 2005-03-28.htm. . <http://www.cirugest.com/revista>
34. Mederos CON., Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA. Toracocentésis, pleurotomía, ventana o decorticación en el empiema. CD URGRAV 2004(UEH13) <http://www.sld.cu/eventos/sium /2004>.
35. Mederos COM, Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA. La decorticación pulmonar en el empiema pleural. Revista Cubana de Cirugía. 2008, 47(3) <http://bvs.sld.cu/revistas>
36. Mederos COM. Barreras OJC, Empiema pleural. Enfermedad antigua de vigencia actual. Sección Conferencias. Viernes 17 de febrero del 2006. Cirured,
37. Bekele JB., Barreras OJC, Mederos COM Manejo quirúrgico moderno del empiema. Sección de Tesis. Viernes 10/Febrero/2005 Cirured, <http://www.cirured.sld.cu>
38. Mederos COM, Romero DC, Cantero RA, Moret GJ Del derrame pleural paraneumonico al empiema. Revista Española Cirugía, Casos Clínicos 2006, Volumen 1(2): 2-5)
39. Mederos CON, Barrera OJC, Castellanos GJA, Mederos TOL, Oluwasegun AA. Toracostomia con resección costal y anestesia local en la supuración pleural Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
40. Mederos CON, Barrera OJC, Romero CD, Mederos TOL, Oluwasegun AA. Neumomostomia con sonda de balón en la supuración pulmonar Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
41. Saa VR, Mederos CON, Barrera OJ, Rodríguez HT, Martín GL. Implantación de prótesis transtumoral en el cáncer de esófago irresecable. Revista Española de Cirugía. 1996; 59(3): 94-5.
42. Barrera OJC, Mederos CON, Menchaca DJL, Romero DCA, Cantero RA, Valdez JJ. Resultados quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias. Revista Cubana de Oncología. 2000; (16): 116-9. <http://bvs.sld.cu/revistas>
43. Romero DC, Barrera OJ, Mederos CON, Cirugía oncológica. Mejor calidad de vida e cáncer de esófago. Revista Avances Médicos de Cuba 2000: 24 (4) 50-51
44. Barrera OJC, Mederos CON, Romero DCA. Cantero RA, Menchaca DJL, Castellano JA. Estrategia en el cáncer de esófago torácico y cardias irresecable. Revista Cubana de Cirugía. 2001; 40(2):119-122. <http://bvs.sld.cu/revistas>

45. Mederos CON, Barrera OJC, Romero DCA, Cantero RA. Fístula esofagopleurocutánea de tercio medio. Abordaje directo o Derivación. Revista Cubana de Cirugía 2004; 43(2) <http://bvs.sld.cu/revistas>
46. Barreras OJC, Mederos CON, Romero DCA, Cantero RA, Del Campo ARJ, Valdés JJ, Cáncer no resecable de esófago y cardias. ¿Prótesis o tubo gástrico? Arch Cir. Gen Dig. 2005/02/2005-01-24.htm. <http://www.cirugest.com/revista>
47. Mederos CON, Barrera OJC, Romero DCA, Menchaca DJL, Cantero RA. Bypass gástrico tubular isoperistáltico (Postlethwait) en el cáncer de esófago irresecable. Revista Cubana de Oncología. 2001; 17(2): 135-7. <http://bvs.sld.cu/revistas>
48. Mederos CON, Leal MA., García GA, Barrera OJC., Valdés JJ., Romero DCA., Cantero RA., Adefna PR., Castellano JA. ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(4). <http://bvs.sld.cu/revistas>
49. Mederos CON, Barrera OJC, Romero DCA Resultados quirúrgicos con tubos gástricos y anastomosis cervical en el cáncer de esófago Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Jul 10 © Cirugest <http://www.cirugest.com/revista>
50. Barrera OJC, Mederos CON Alimentación oral en el cáncer de esófago y cardias. Sección Actualización. Martes 26/Septiembre/2006. Cirured) <http://www.cirured.sld.cu>
51. Barrera OJC, Mederos CON, Da Costa FJM, Fernández, Gigato D A Efectividad del alcohol absoluto para canalizar los tumores irresecables de esófago. Revista Cubana de Cirugía 2010, 49, 4, <http://bvs.sld.cu/revistas>
52. Mederos CON, Barrera OJC, Necrosis isquémica en pie derecho. Manifestación paraneoplásica de un cáncer avanzado de esófago. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com 2011, VI, 3
53. Olivera SO, Mederos CON, Leal MA., Díaz MC Esofagectomía transhiatal informe histórico de un caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas del ISCM-H, 2008; 7,2 <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/presentacion.htm>
54. Bernot RD., Mederos CON., Leal MA. Criterio quirúrgico en el tratamiento de la acalasia esofágica. Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (6) 580-86, <http://bvs.sld.cu/revistas>
55. Bernot R.D., Mederos CON., Leal MA. Quiste enterógeno (duplicidad esofágica) Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (6) 658-62, <http://bvs.sld.cu/revistas>

56. Mederos CON, Del Campo R, Barrera OJC, Cantero RA Romero DCA Hernia hiatal grande y trastornos del ritmo cardiaco. Revista Arch Cir Gen Dig, 2005 May 23 © Cirugest) <http://www.cirugest.com/revista>
57. Mederos CON, Barrera OJC, Santell OF, Da Costa FJM, Romero DC Sustitución esofágica en octogenario con estenosis por cáustico. Red Cubana de Gerontología y Geriatría. Revista Geroinfo 2009, Vol. 4, No. 2.
58. Oliva Anaya CA, Mederos CON, Barreras OJC, Romero DCA, Castellanos GJA. Soporte Nutricional y calidad de vida en el Cáncer de Esófago y Cardias. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
59. Barreras OJC, Mederos CON, Da Costa FJM, Romero DCA, Castellanos GJA. Tratamiento con fines paliativo en el cáncer de esófago y cardias Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
60. Barreras OJC, Mederos CON, Santiago AG, Mederos TOL, Palacios P, Eguea GC. Criterio poblacional y de expertos sobre el cáncer de esófago y cardias Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
61. Mederos CON, Leal MA, Díaz MM, Bernot RD, Álvarez VP, Agüero BN. Tratamiento Quirúrgico del cáncer broncopulmonar. Revista Cubana de Cirugía. 1988, 27 (4).
62. Gutiérrez CJ, Mederos CON, Bernot RD, Leal MA. Lobectomía VS Neumonectomía en el tratamiento del cáncer de pulmón. Revista 16 de Abril 1990, 29, (167)
63. Mederos CON, Barreras OJC, Pascual CHC, López PL. Variación del estadiamiento clínico y el post quirúrgico en el CPNCP. Revista Cubana de Oncología. 2000: 16 (3). , <http://bvs.sld.cu/revistas>
64. Mederos CON, Saa VR, Cantero RA, Barreras OJC. Sobrevida del CPNCP sometidos a cirugía en relación al estadio clínico. Revista Cubana de Oncología. 2001: 17 (1). , <http://bvs.sld.cu/revistas>
65. Mederos CON, Barreras OJC, Revisión sobre el cáncer de pulmón. Sección Conferencias. Martes 17/Agosto/2005, Cirured, <http://www.cirured.sld.cu>
66. Mederos CON, Barrera OJC, Romero DCA, Cantero RA. Segmentectomía pulmonar en el enfermo con pruebas funcionales precarias. Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3) , <http://bvs.sld.cu/revistas>
67. Mederos CON, Del Campo R, Tratamiento del derrame pleural maligno mediante Toracocentésis y efusiones de bleomicina. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2006 Abr 24 © Cirugest <http://www.cirugest.com/revista>

68. Mederos TOL, Reyes BM, Moya HY, Mederos CON, Comportamiento del derrame pleural maligno tratado con bleomicina. Artículo. Revista 16 de Abril, 2009, 235. <http://www.16deabril.sld.cu>
69. Delgado PA, Mederos TOL, Reyes BM, Mederos CON Toracocentesis un procedimiento que debemos conocer. Habilidad Práctica. Revista 16 de Abril, 2009, 235. <http://www.16deabril.sld.cu>
70. Castellanos GJA, Mederos CON, Barrera OJC, Romero DCA, Mederos TOL. Tratamiento paliativo con abrasión química de los derrame pleurales malignos Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
71. Mederos CON, Barrera OJC, Guerra PE, Da Costa FJM. Neumotórax y bulla enfisematosa gigante rota como manifestación inicial de un carcinoma. Revista Cubana Cirugía 2010, 49, 4, <http://bvs.sld.cu/revistas>
72. Mederos CON, Albaladejo R, Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA, Valdés JJ. Estabilizador para tórax batiente. Revista Avances Médicos de Cuba. 2001:8(28)54.
73. Mederos CON, Albaladejo R, Barreras OJC, Romero DC, Cantero RA, Valdés JJ. Cerclaje pericostal en el tórax batiente con construcción de costillas externas artificiales. Revista Cubana de Cirugía. 2002, 41(3): 147-51, <http://bvs.sld.cu/revistas>
74. Mederos CON, Barrera OJC, Valdés JJ, Cantero RA, Romero DCA. Uso de fijador externo en la inestabilidad de la pared torácica anterior. Revista Cubana de Cirugía 2004, 44(1) , <http://bvs.sld.cu/revistas>
75. Mederos CON, Barrera OJC, Valdés JJ, Cantero RA, Fijador costal externo para el tratamiento del tórax batiente. Sección Innovaciones. CIRURED, sábado 17/junio/2006 Fijador costal, <http://www.cirured.sld.cu>
76. Mederos CON, Barrera OJC, Valdés JJ, Cantero RA, Fijador costal externo con costillas artificiales articulares para el tratamiento del tórax batiente y el volet esternal. Página central de Infomed. Viernes 18/mayo/2007, <http://www.sld.cu>
77. Barreras OJC, Romero DC, Mederos CON, Valdés JJ. Reanimación con solución salina hipertónica, una alternativa en Cirugía Revista Cubana de Cirugía 2005; 44(2-3), <http://bvs.sld.cu/revistas>
78. Barreras OJC, Romero DC, Mederos CON, Valdés JJ. Nuestro método de reanimación con solución salina hipertónica Sección Innovaciones. Sábado 7/Julio/2007. Cirured, <http://www.cirured.sld.cu>

79. Barreras OJC, Romero DC, Mederos CON, Valdés JJ Uso de la reanimación con solución salina hipertónica una alternativa en cirugía CD URGRAV 2004, <http://www.sld.cu/eventos/sium/2004>
80. Mederos CON, Barrera OJC, Valdés JJ, Cantero RA, Romero DCA. Tractotomía pulmonar con ligadura vascular selectiva en un hemotórax masivo por fragmento costal libre. Revista Cubana de Cirugía 2006; 45 (1), <http://bvs.sld.cu/revistas>
81. Mederos CON, Barrera OJC, Molina FE, Castellanos JA, Mederos Trujillo OL Hernioplastia diafragmática con malla COMPOSITE. Revista Española de Cirugía 2012 Volumen 90, Número 02
82. Francia RL, Mederos CON, Del Campo AR, García SJC, Villafranca HO. Contusión cardiaca y taponamiento tardío de un mes de evolución. Revista Española de Cirugía 2012 CIRES-09-392R1
83. Romero DC, Mederos CON, Barrera OJC, Castellanos JA, Molina FE. Hernias y eventraciones diafragmáticas crónicas, alternativas quirúrgicas. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
84. Bernot RD., Mederos CON., Leal MA, Rivas TO Timolipoma. Aporte de 3 casos. Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (5) 532-37.
85. Bernot RD., Mederos CON., Leal MA. Quiste enterógeno (duplicidad esofágica). Revista Cubana de Cirugía 1989: 28 (6) 658-62.
86. Peraza S. E.; Mederos CON.; Sandoval PL., Bernot RD. Tumores primitivos del mediastino. Revista Cubana de Cirugía 1992: 31 (1) 15-21.
87. Mederos CON, Menchaca JL, Barreras O. J. C., Cantero RA. Quiste pericárdico gigante en el adulto. Revista Cubana de Cirugía 2001: 40 (3) 312-4, <http://bvs.sld.cu/revistas>
88. Mederos CON., Del Campo A. R., Barreras O. J. C., Romero D. C., Cantero R. A. Bocio intratorácico. Es necesaria la esternotomía. Revista Arch Cir Gen Dig, 2003 Dec 09 © Cirugest. <http://www.cirugest.com/revista>
89. Mederos CON., Del Campo A. R., Barreras O. J. C., Romero D. C., Valdés J.J., Cantero R. A Eventración diafragmática e hipotrofia pulmonar del adulto. Revista Española de Cirugía. 2004:75(6)364.
90. Cantero RA, Mederos CON, Romero DC, Del Campo A. R, Millán SR., Quiste pleural y dolor torácico. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mayo 16 © Cirugest. <http://www.cirugest.com/revista>



91. Mederos CON., Del Campo A. R., Cantero R A., Millán S. R., Barreras O. J. C., Pena Y.G., Gamboa F. L., Mederos T. O. L. Tumor carcinoide del mediastino. Revista Arch Cir. Gen Dig, 2005 Agosto 22 © Cirugest. <http://www.cirugest.com/revista>
92. Mederos CON, Del Campo ARJ., Cantero RA, Millán S.R., Barrera OJC, Peña Y. G., Gamboa LF., Mederos TOL. Pericarditis crónica fibrosa provocando disnea invalidante tratada mediante pericardiectomía. Revista Arch Cir Gen Dig, 2005 Ago 29 © Cirugest <http://www.cirugest.com/revista>
93. Mederos CON, Barrera OJC, Villafranca HO, Gómez GL, Mederos TOL Morbilidad de las afecciones quirúrgicas del mediastino. Revista Cubana de Cirugía. 2011,50, (4) 451-461 <http://bvs.sld.cu/revistas>
94. Mederos CON, Barrera OJC, Calderón CW, Gonzáles MO, Mederos TOL Manejo quirúrgico de las colecciones agudas y crónicas del pericardio. Revista Cubana de Cirugía. En prensa 2012
95. Llera Domínguez G de la, Rabell Hernández S, Valls Martín A, Menéndez Guerrero A. Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento. Rev. Cubana Cirugía 1996; 35(2):115-26.
96. Le´ Clerc N J, Calas R A, Azcano G N, Rodríguez R N. Fijación torácica externa con varillas metálicas en el tórax batiente. Rev. Cubana Cirugía 1998; 37(2):104-9.
97. Navarro M J, Gallego J, Gómez J, Fuentes R. Fijador externo para el tratamiento del volet costal. Rev. Cubana Cirugía 1997; 37(3):183-91.
98. Larrea M, García Gutiérrez A, Rabell S. Tórax batiente. Método de tratamiento. Rev. Cubana Cirugía 1980; 19(5):453.
99. Martínez CJ, Peña HE, Rodríguez RJ, Méndez CR. Fijación del tórax batiente con alambres de Kirschner. Rev. Cubana Cirugía 2000; 39(2)124-30.
100. Iglesias Pérez O. Rosales Olivera H; Reina Moreno C; Llapiz Salazar R., Aguirre Fernández E. Traumatismo torácico bilateral. A propósito de un caso. Rev. Cubana Cirugia 2002; 41(3) :201-5
101. García Gutiérrez A, Torres Pérez O, Álvarez Villar JA, Aliño Bustaba O, Escoto Jach CM. Lesiones del tórax en los politraumatizados. Estudio particular de las lesiones del esqueleto torácico. Rev. Cubana Cirugía 1983;(5):405-24.
102. Vega Abascal LA, Garrido González A. Suspensión Costal con Alambres de Kirschner en el Tórax Batiente. Correo Científico Médico de Holguín 2006;10(3)
103. José Oriol Costa Lamazares. Variante técnica en el tratamiento de la herida traumática torácica y volet costal. Revista de Ciencias Médicas la Habana 2007; 13 (2)

104. Fleitas Pérez O, Lezcano González K, Aragón Palmero L, Curbelo Pérez R. Fractura esternal y tórax batiente tratado con fijación torácica externa. A propósito de un caso. Mediciego

# **Repositorio de Figuras**



Figura 1: Hallazgos arqueológicos con secuelas de una trepanación.



Figura 2: Caballo de Troya.



Figura 3: Hipócrates.



Figura 4: John Hunter.



Figuras 5 y 6: Médico del siglo XV y XVI.



Cirujano siglo XIV

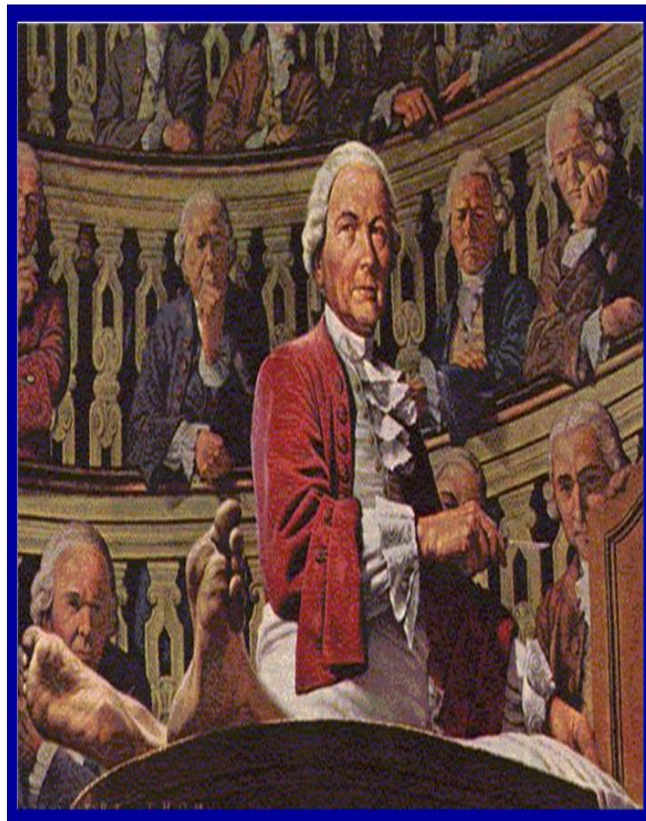
Figuras 7, 8 y 9:  
Cirujano siglo XVI

Cirujano siglo XVII





Figuras 10: Hermann Boerhaave.



Figuras 11: Giovanni Batista Morgagni.



Figuras 12: Saliceto Ambrosio Paré.



Figuras 13 K. Von Rokitansky





Figura 14: Theodor Billroth



Figura 15: William Stewart Halsted



Figura 16: Johannes von Mikulicz-Radecki.

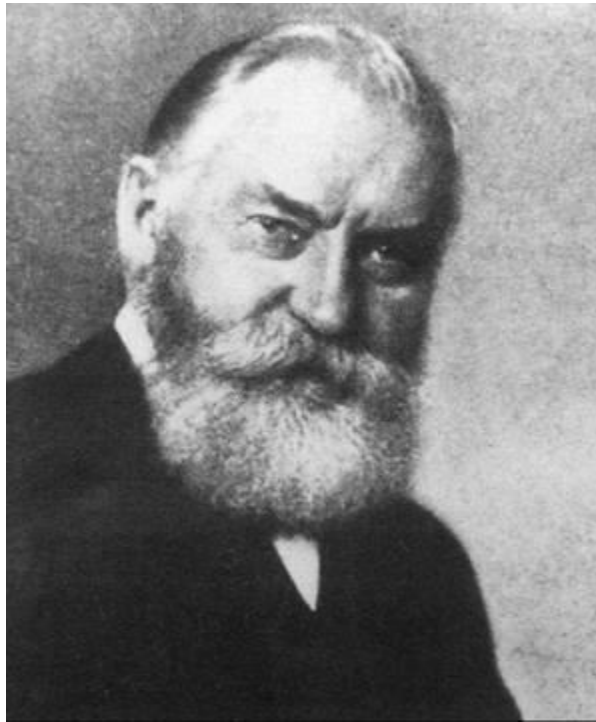


Figura 17: Vincenz Czerny.

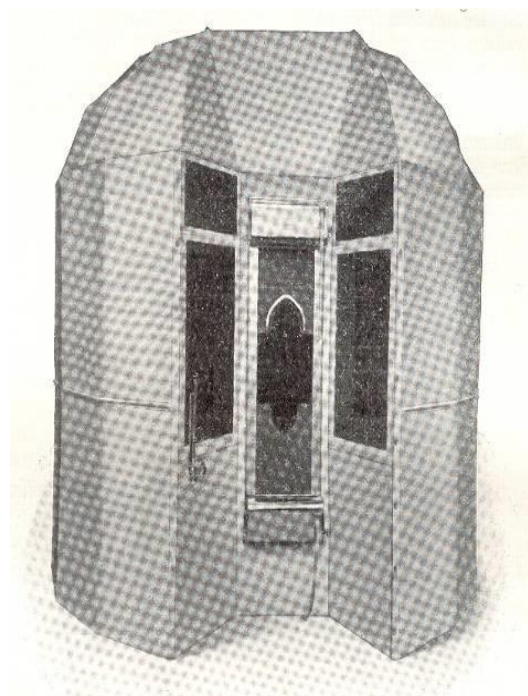


Figura 18 y 19: Ernst Ferdinand Sauerbruch y la Cámara subatmosférica.



Figura 20: Wilhem K. J. Denk.



Figuras 21: Hans Christian Jacobeous



Figuras 22, 23 y 24: Louis Pasteur, Joseph Lister, Alexander Fleming.



Figura 25: E. D. Churchill.



Figura 26: Evarts Ambrose Graham. .

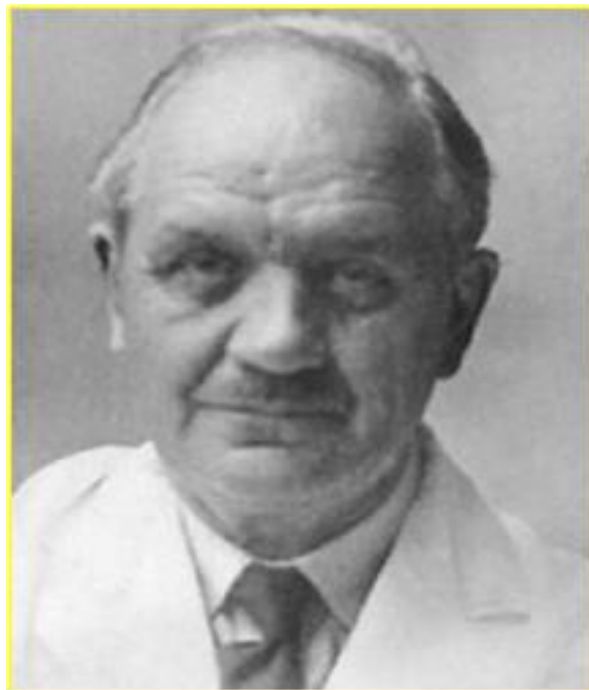


Figura 27: L. Elloesser.





Figura 28: Mark Ravitch.



Figuras 29: René Jacinto Laennec.



Figuras 30: Joel D. Cooper.



Figuras 31: Mark Orringer.



Figura 32: Eugenio Torroella Mata.



Figura 33: Hospital Reina Mercedes.





Figura 34: Raimundo García Menocal.



Figura 35: Hospital San Felipe el Real o San Felipe.



Figura 36: Hospital Universitario Manuel Fajardo.



Figura 37: Hospital Universitario Calixto García

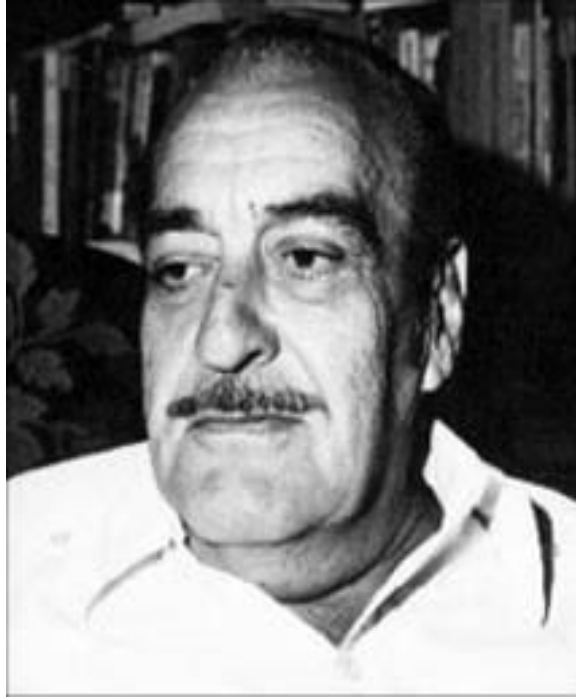


Figura 38: José Antonio Presno Albarrán



Figura 39: Alejandro García Gutiérrez



Figura 40: Roberto Guerra Valdés

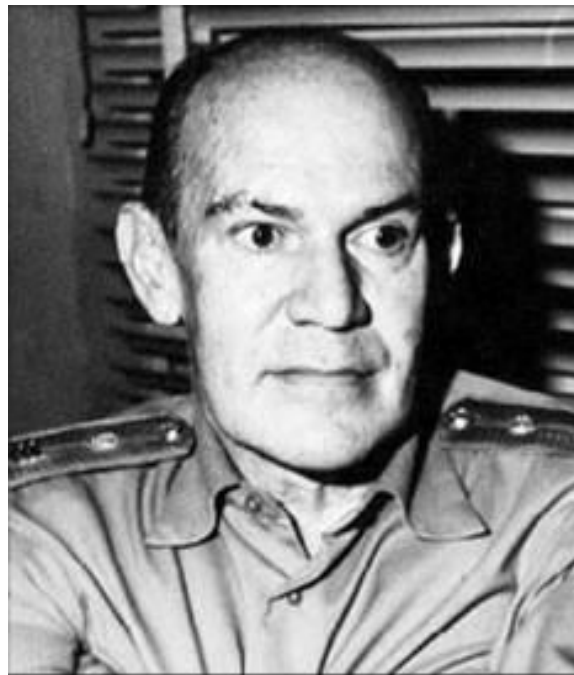


Figura 41: Eugenio Torroella Martínez-Fortún



Figura 42: Abdo Hernández



Figura 43: Emilio Camayd



Figura 44: Hospital Universitario Hermanos Ameijeiras



Figura 45: Hospital Universitario Miguel Enríquez





Figura 46: INOR



Figura 47: Hospital Universitario Amalia Simoni

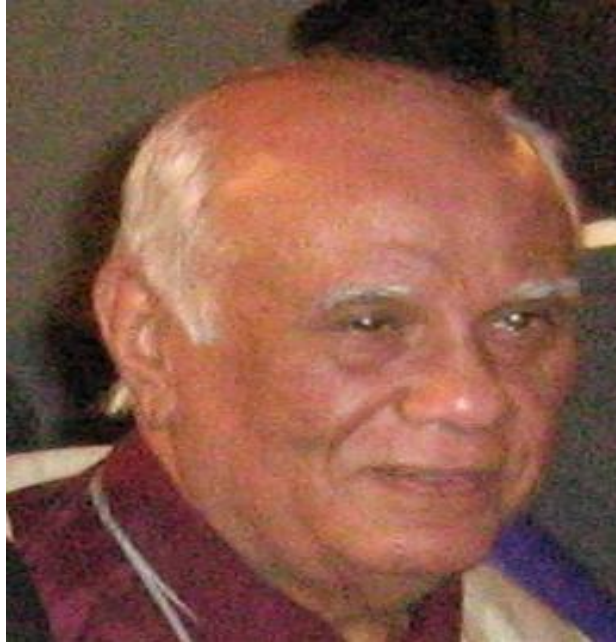


Figura 48: Sixto Corona Mancebo



Figuras 49 y 50: Selman Houssein-Abdo y Edy Frías Méndez





Figura 51: Benito Sainz Menéndez



Figura 52: Armando Leal Mursuli



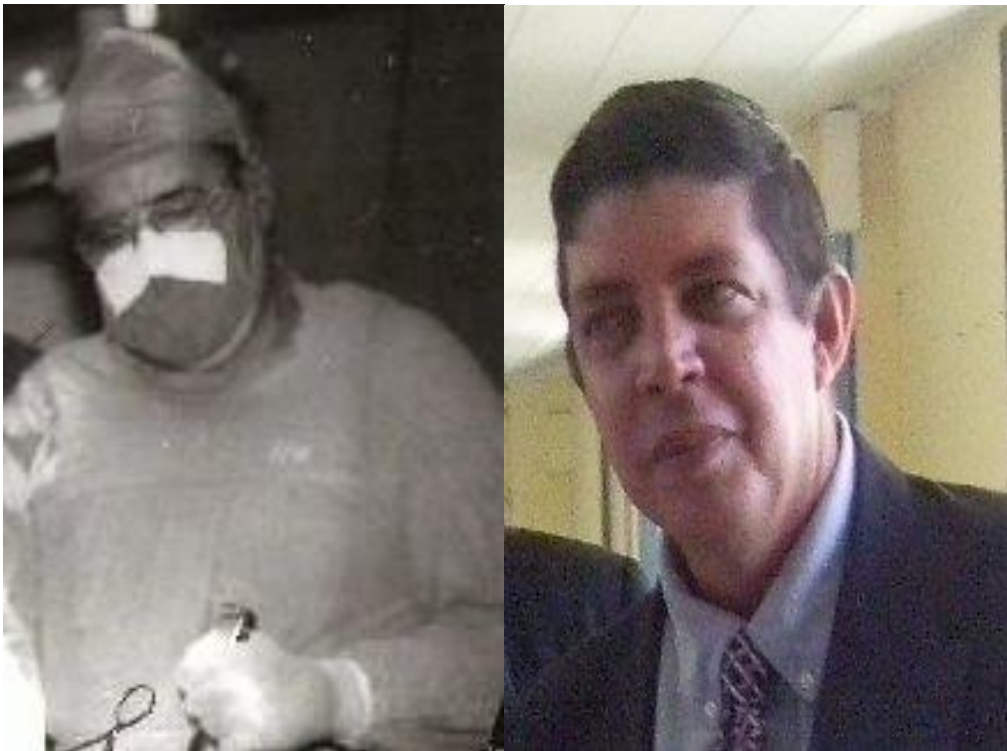
Figuras 53 y 54: Rómulo Soler y Roberto Méndez Catusuz



Figura 55: Carlos Díaz Mayo



Figura 56: Orestes Noel Mederos



Figuras 57 y 58: Raúl Saa Vidal y Juan Carlos Barrera Ortega



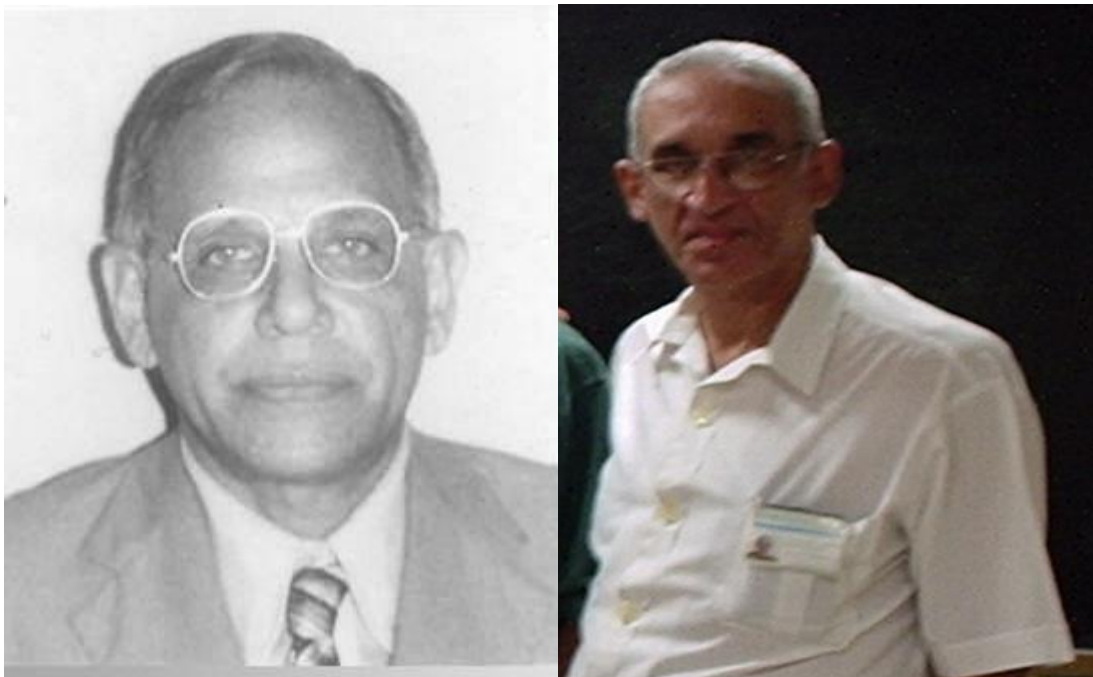
Figuras 59 y 60: Alexis Cantero y Carlos Romero



Figuras 61 y 62: José Manuel Da Costa y Juan Antonio Castellanos



Figura 63: Reynaldo Jiménez Prendes



Figuras 64 y 65: Luís Rodríguez Sánchez y Rogelio Maletá Robaina

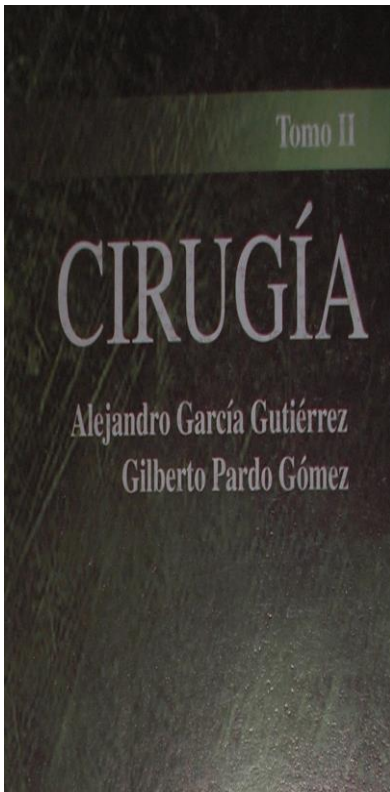




Figura 66: Bárbaro De Armas



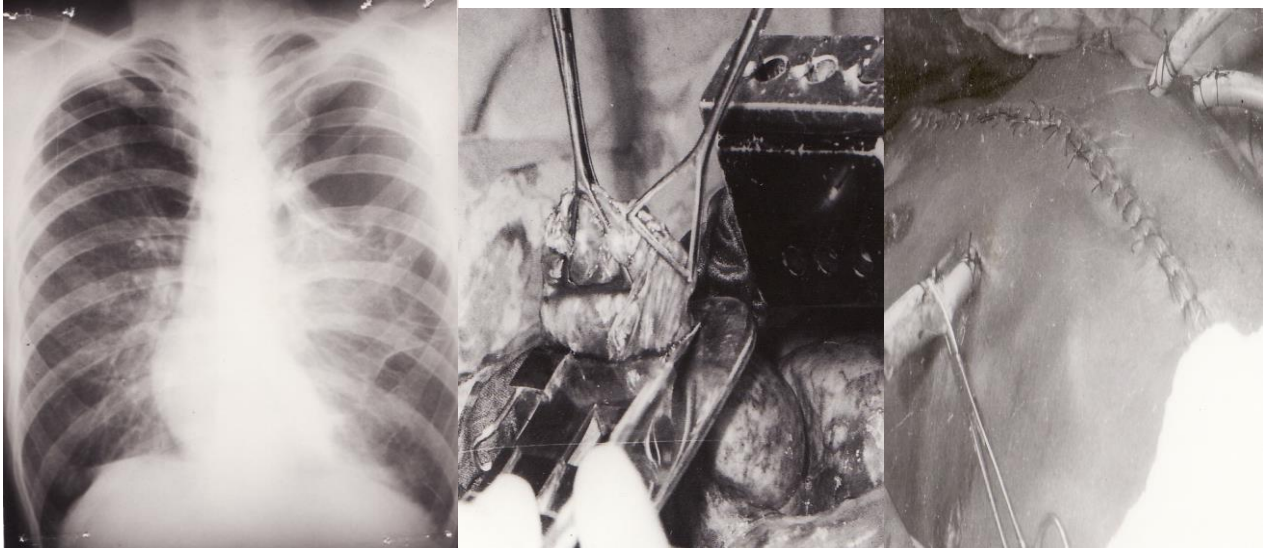
Figura 67: Félix Santel Bárbaro Odio



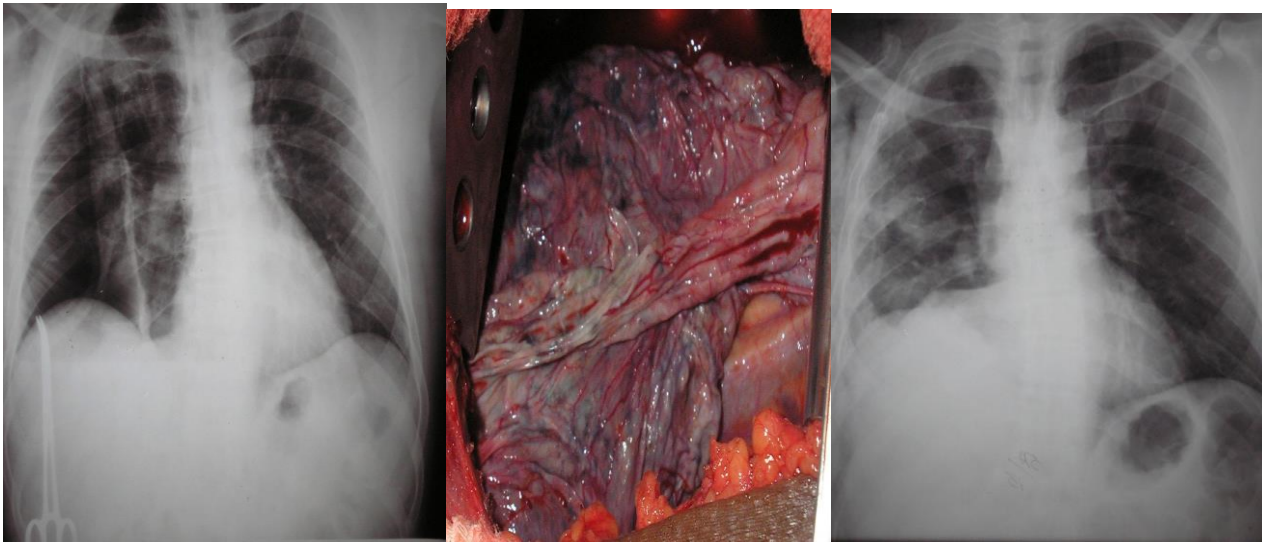
Figuras 68, 69 y 70: Libro de Cirugía, CD Conferencias para estudiantes de medicina y Libro de Cirugía Torácica

# **Repositorio de Imágenes Personales de Casos Atendidos**

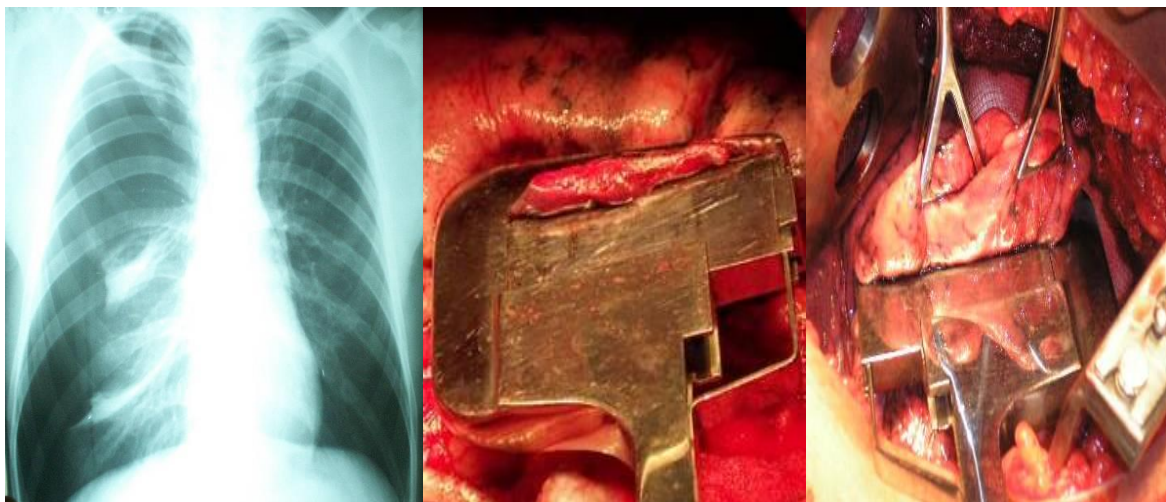




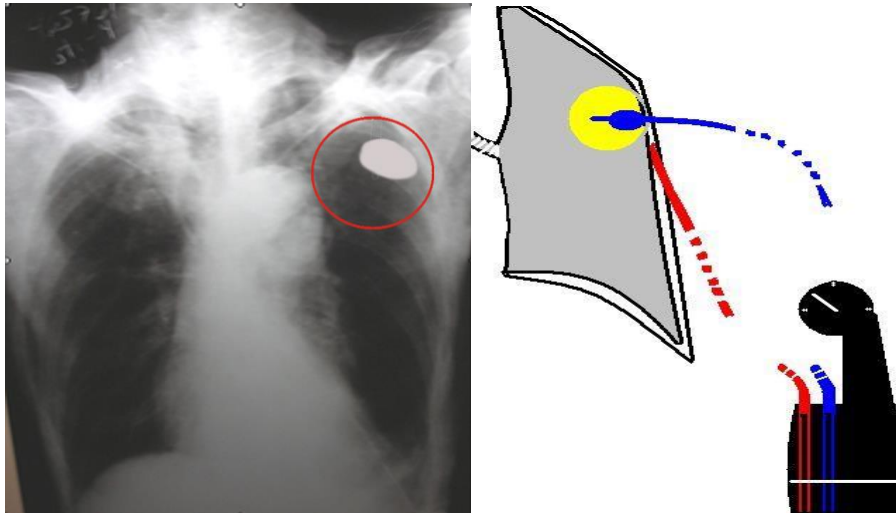
**Reseccion pulmonar bilateral y simultánea estancia en el Hospital Miguel Enríquez**



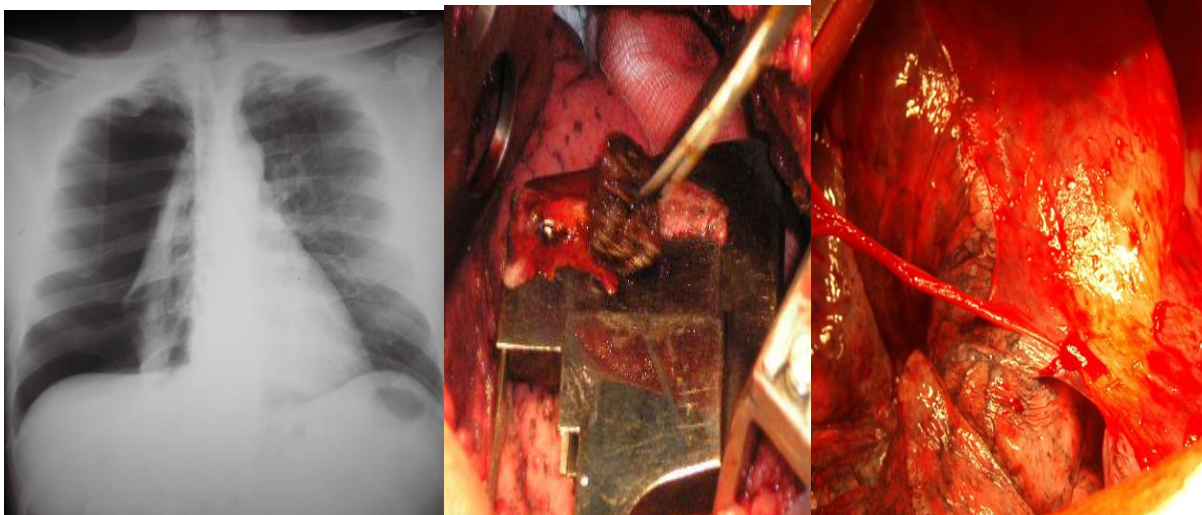
**Bulla enfisematosa rota y cáncer con reseccion quirúrgica**



**Reducción de volumen pulmonar. Enfisema pulmonar difuso heterogéneo sin bulla**



**Bulla en un anciano con estado precario tratada con una sonda de balón**

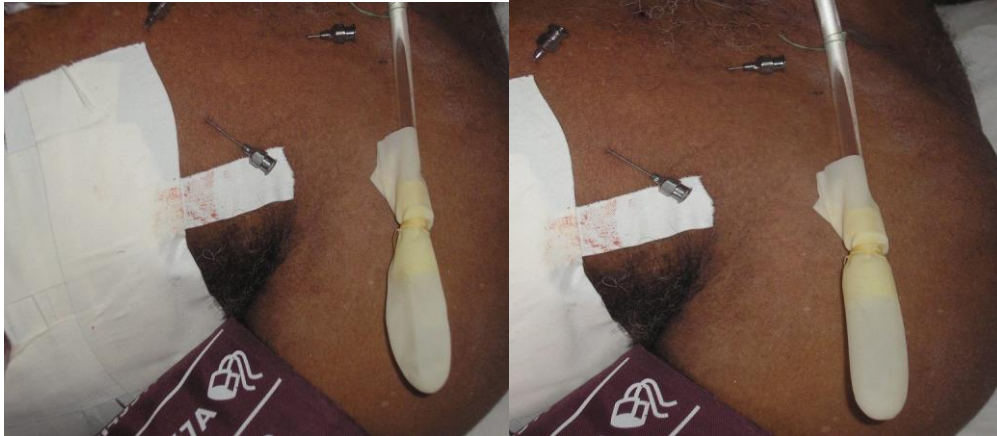


**Neumotórax con vesícula subpleural rota. Reseccion y pleurectomía pulmonar**

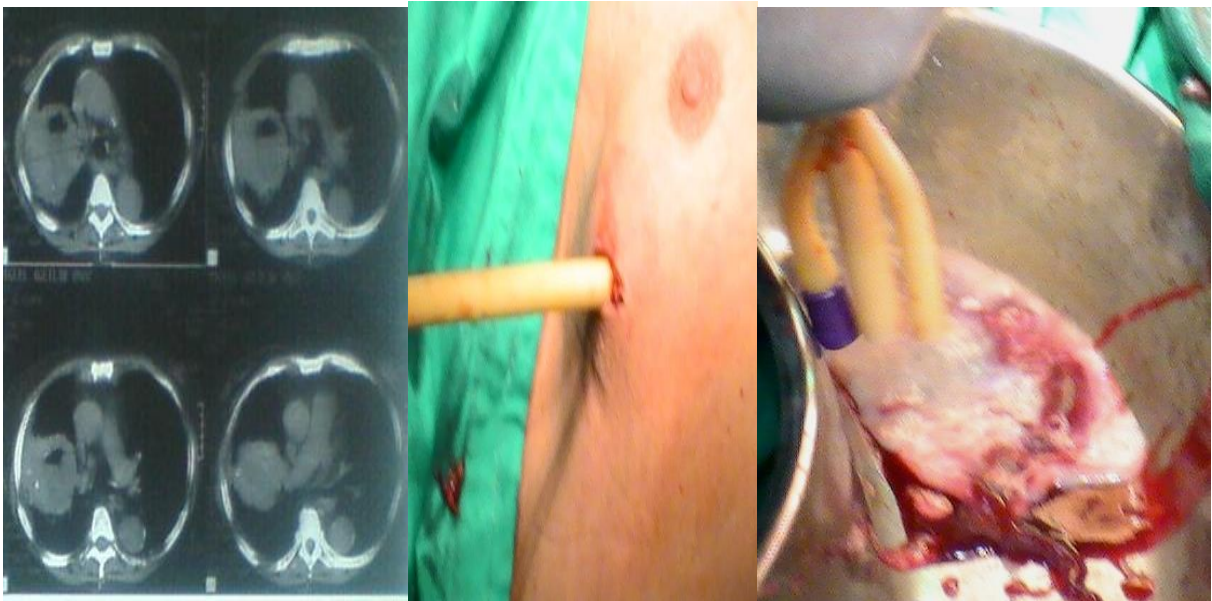


**Bulla séptica tratada con sonda de balón**

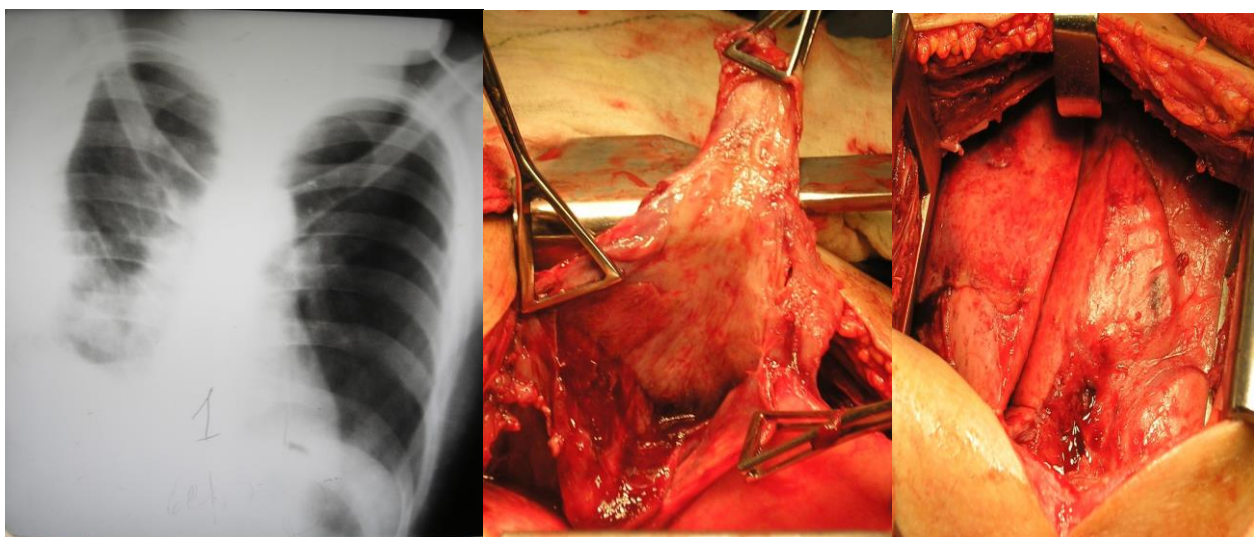




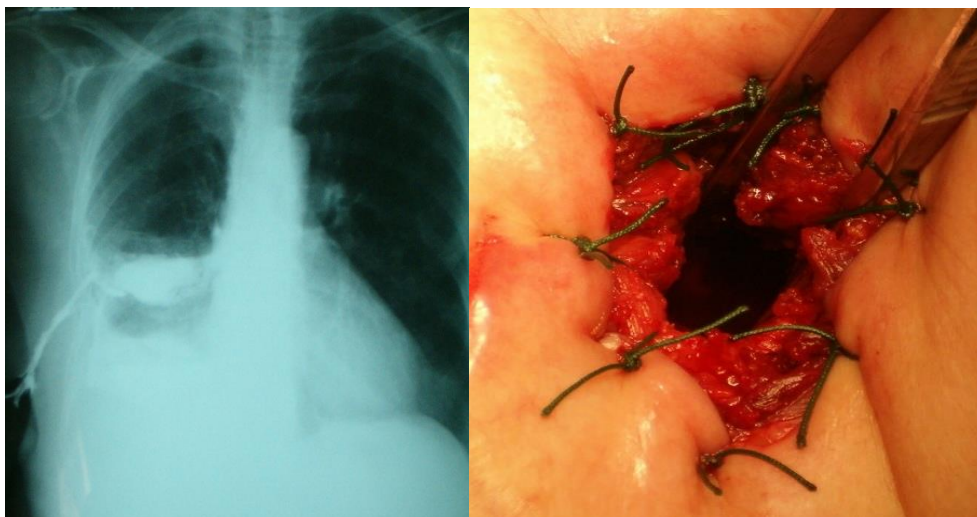
**Enfisema mediastinal tratado con dedo de guante**



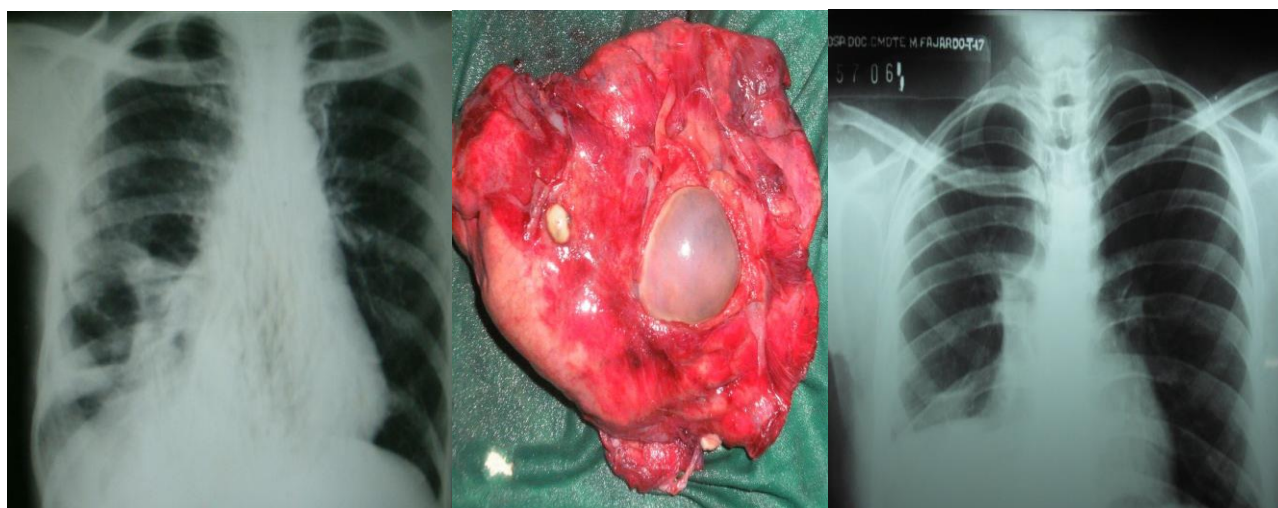
**Absceso de pulmón tratado con sonda de balón de tres ramas**



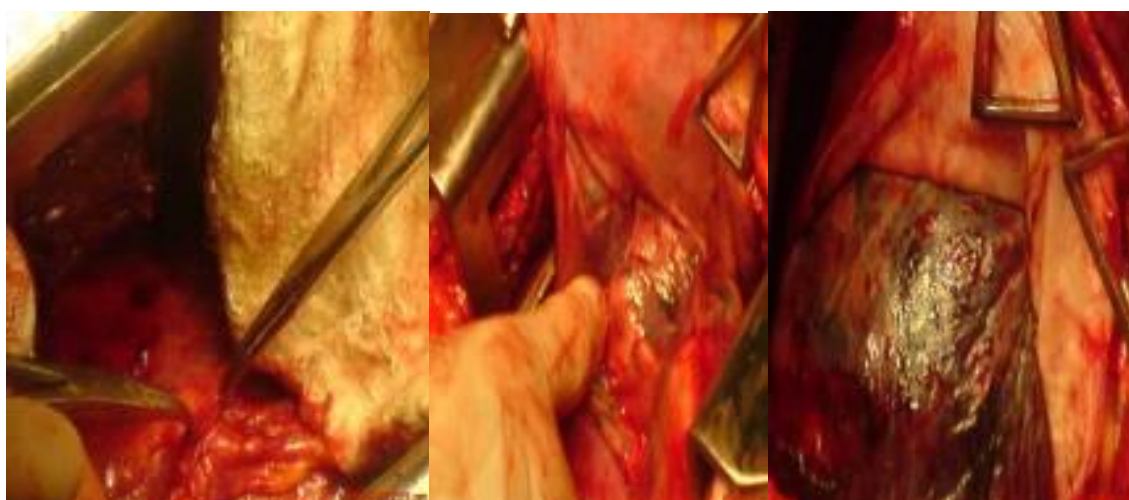
**Empiema en la fase organizada con decorticación realizada**



**Empiema y fístula bronquial de tercer orden tratado con ventana pleuro-cutánea**

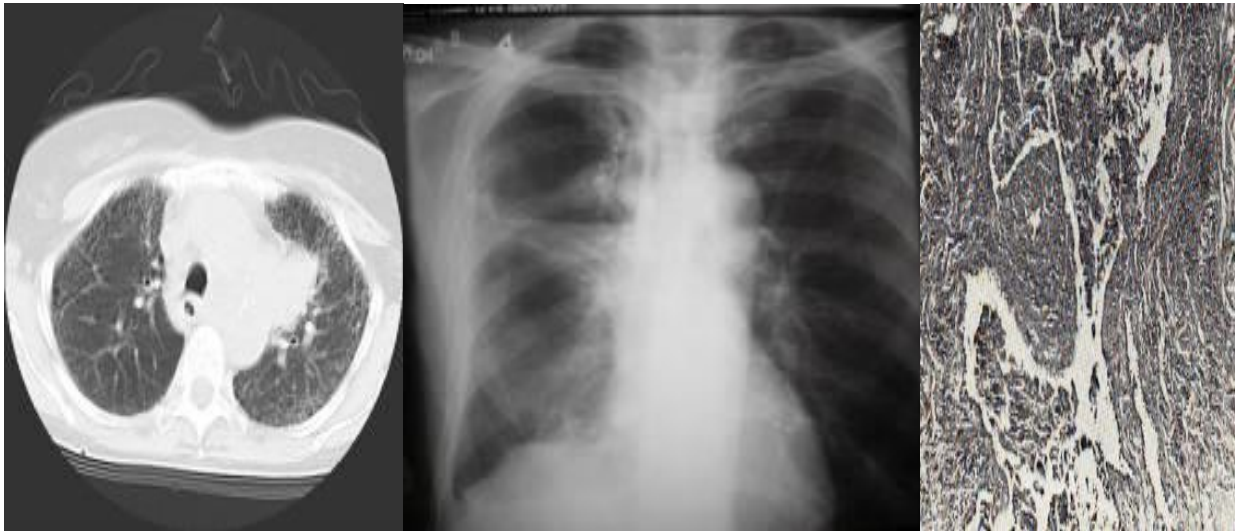


**Absceso del pulmón y lobectomía**



**Decorticación clásica con liberación del pulmón atrapado**





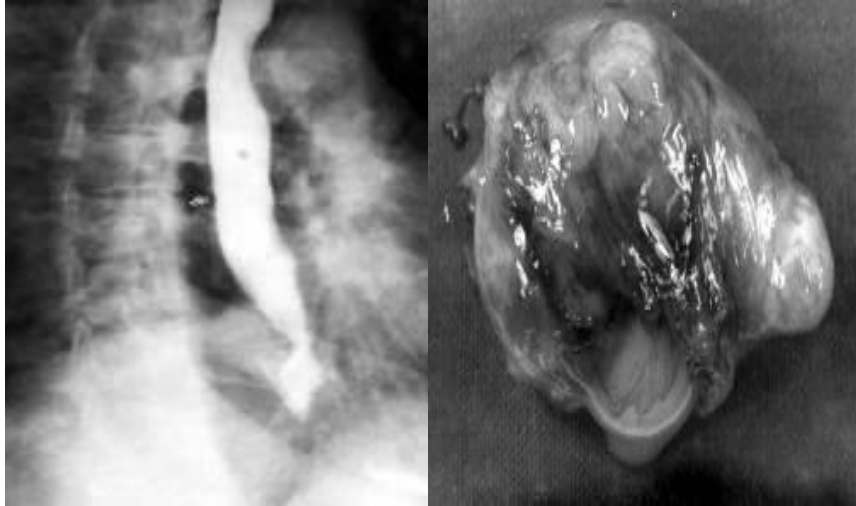
**Bronquiectasia y reseccion pulmonar**



**Arritmia y hernia hiatal grande técnica Belsey Mark IV**



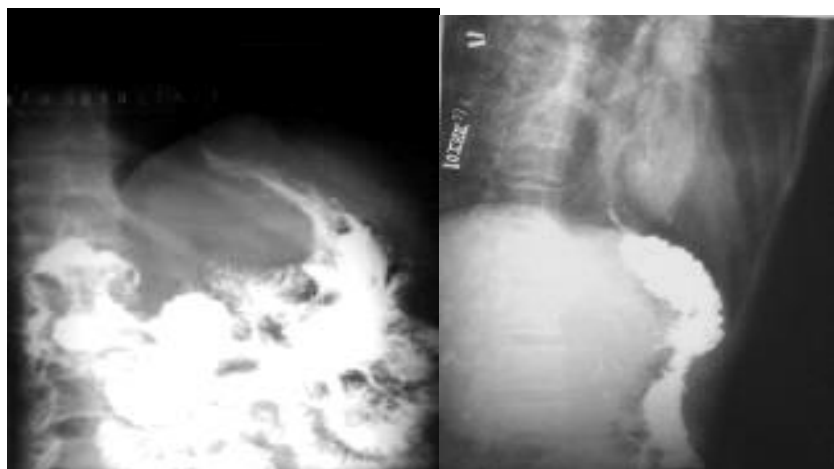
**Absceso pulmonar por dolichomegacoele**



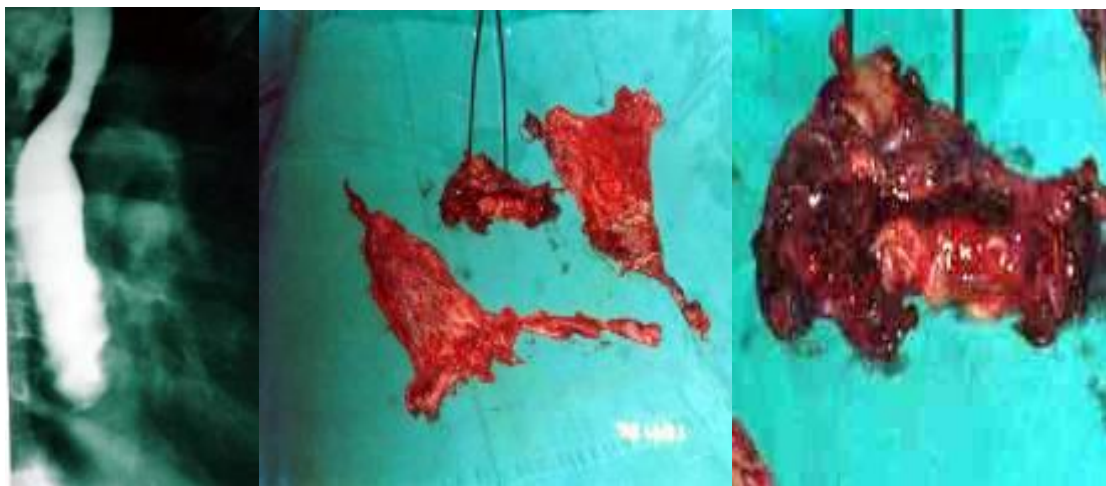
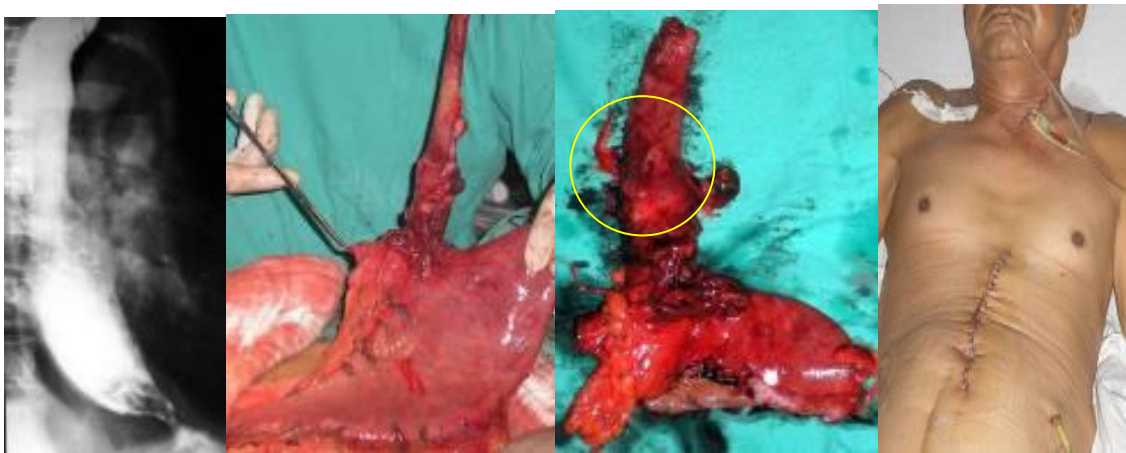
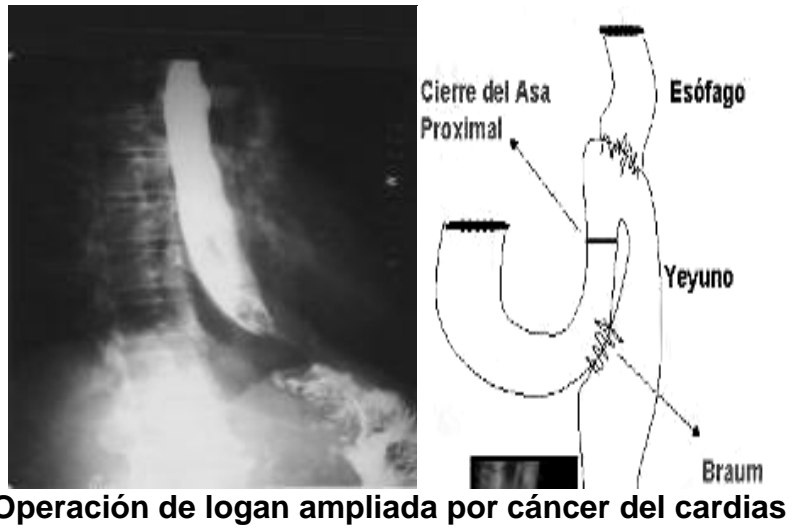
**Quiste enterógeno y disfagia**



**Esofagogastroplastia por cáustico en un longevo**



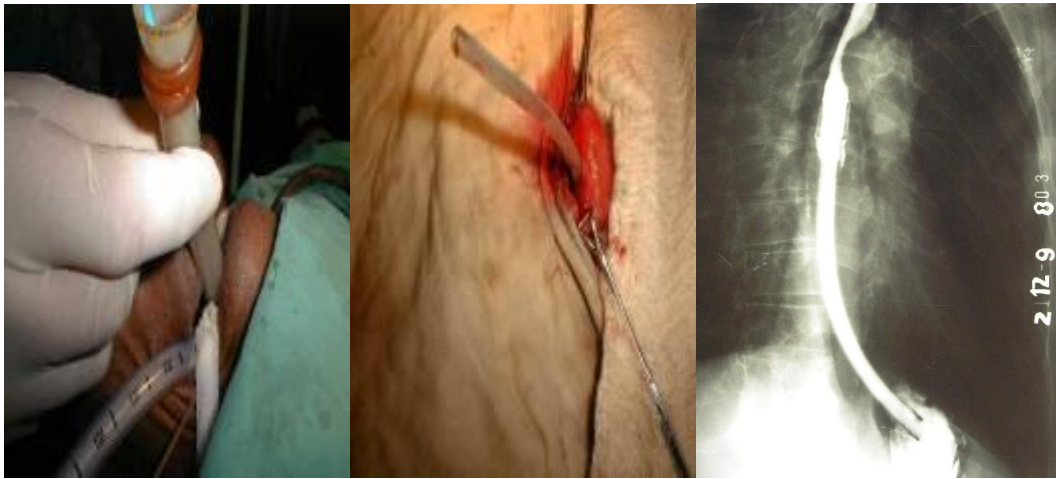
**Gastrectomía total por enfermedad de Menetrier.**







**Fístula esofágica postneumonectomía y disfagia.**

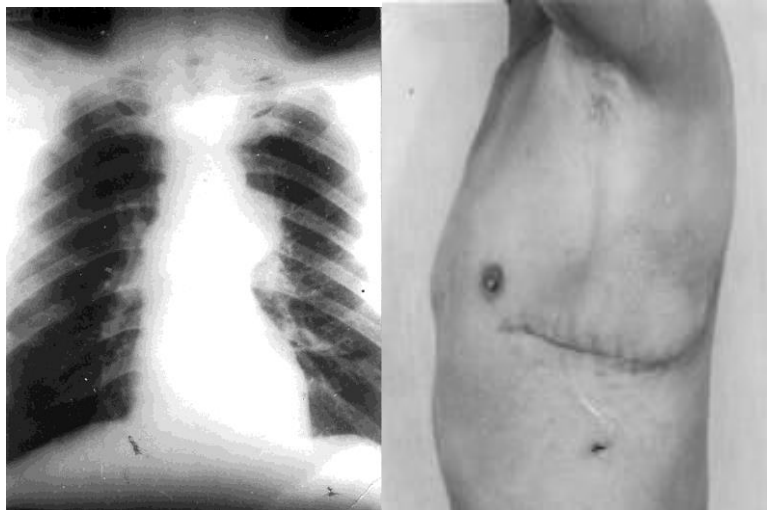


**Prótesis esofágicas artesanales**



**Uso del alcohol en el cancer avanzado de esófago**





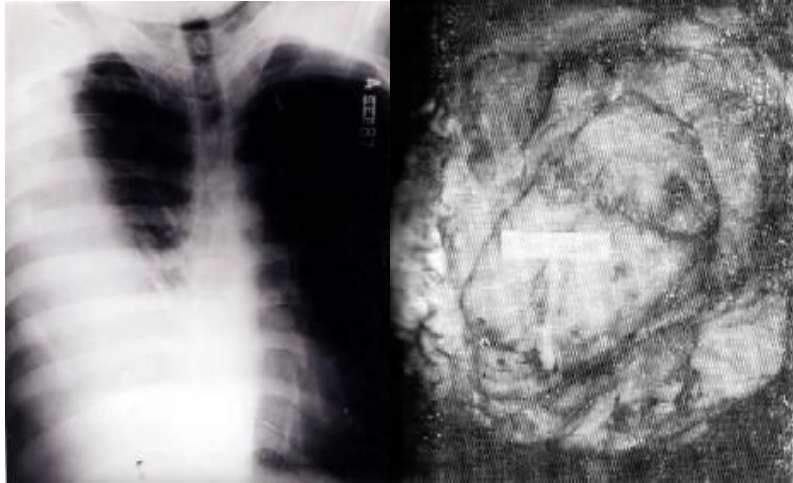
**Teratoma quístico del pulmón**



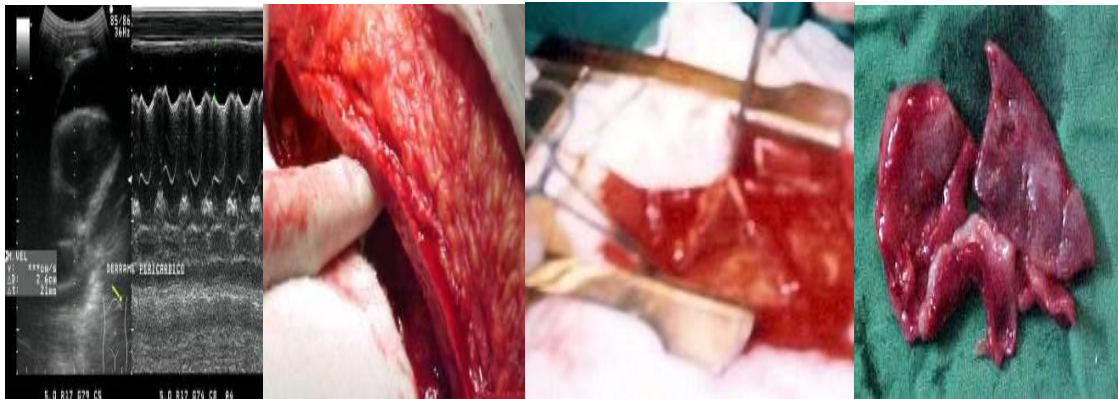
**Tumor Pancoast Tobias**



**Tumor carcinoide del mediastino**



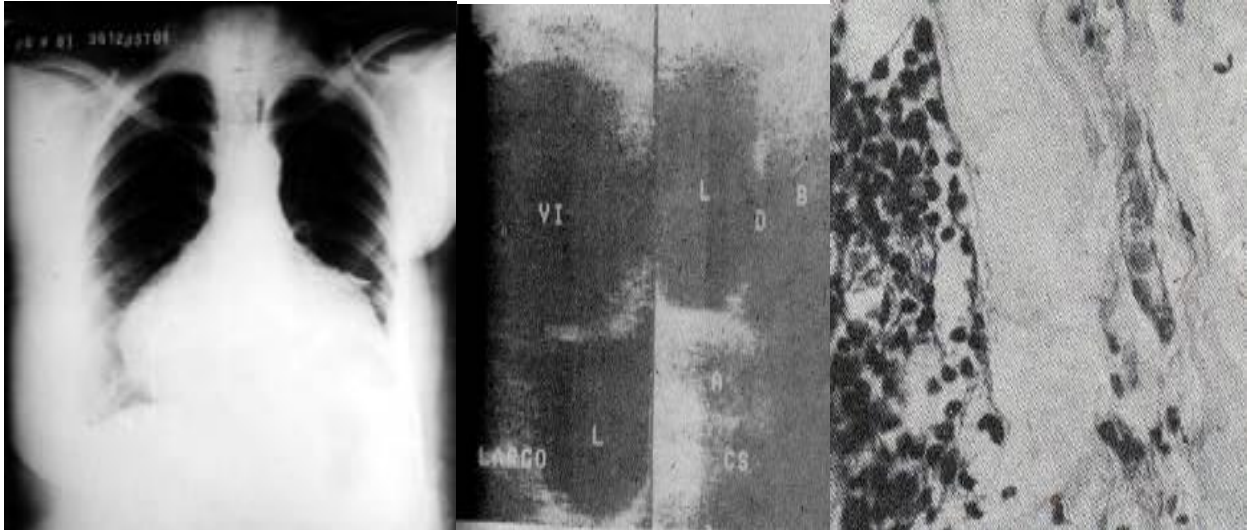
**Timolipoma del mediastino**



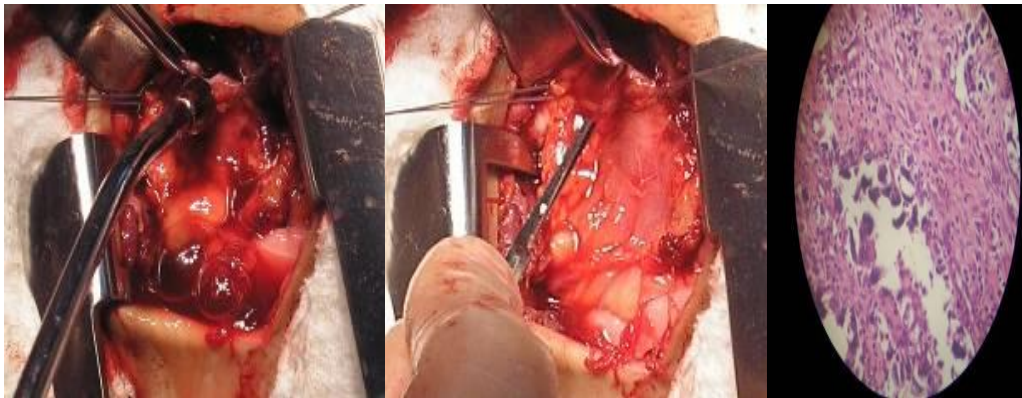
**Pericarditis crónica fibrosa**



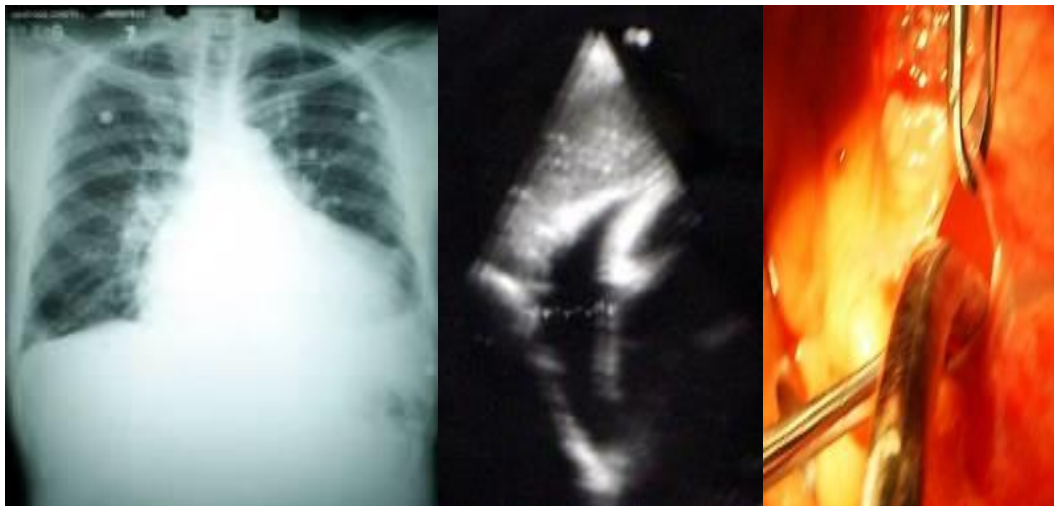
**Quiste pericárdico celómico en el adulto**



**Pericarditis húmeda crónica inespecífica**

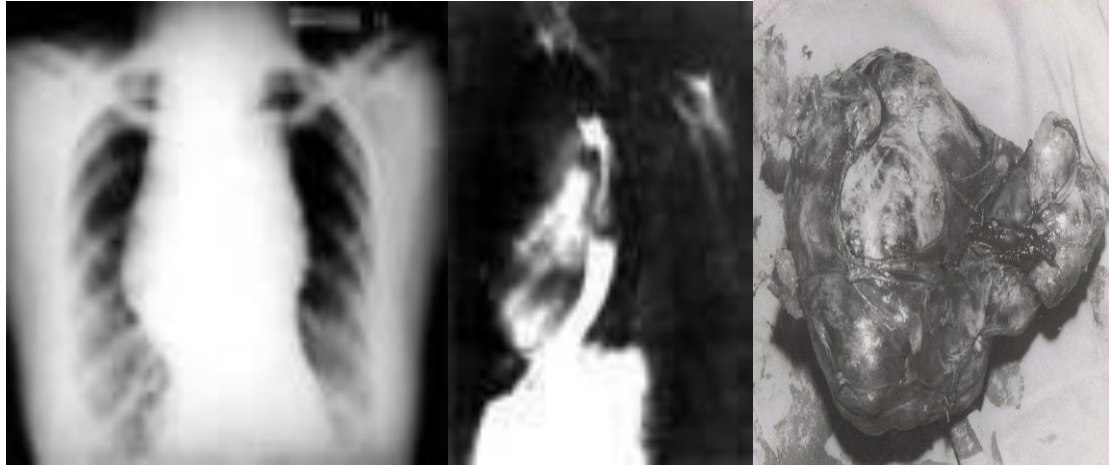


**Mesotelioma difuso con toma pericárdica y Ventana**

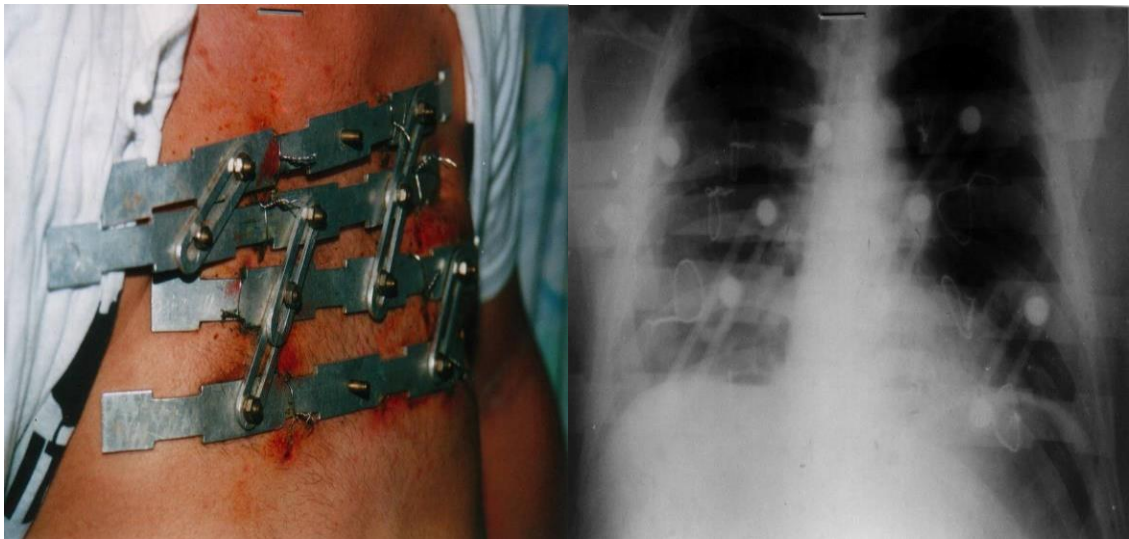


**Pericarditis aguda y taponamiento cardíaco**





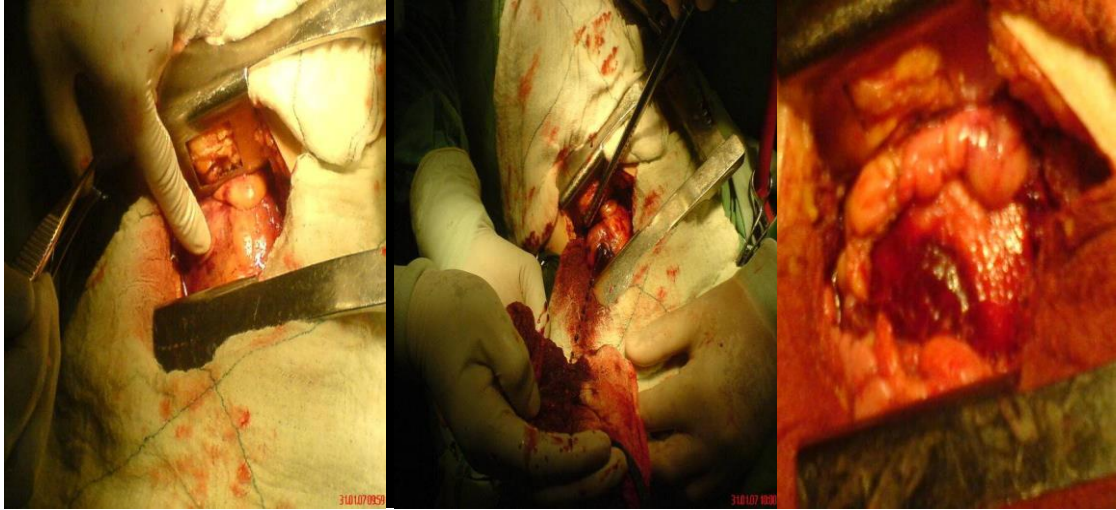
**Bocio endotorácico verdadero**



**Inestabilidad torácica anterior con volet esternal y fijador**



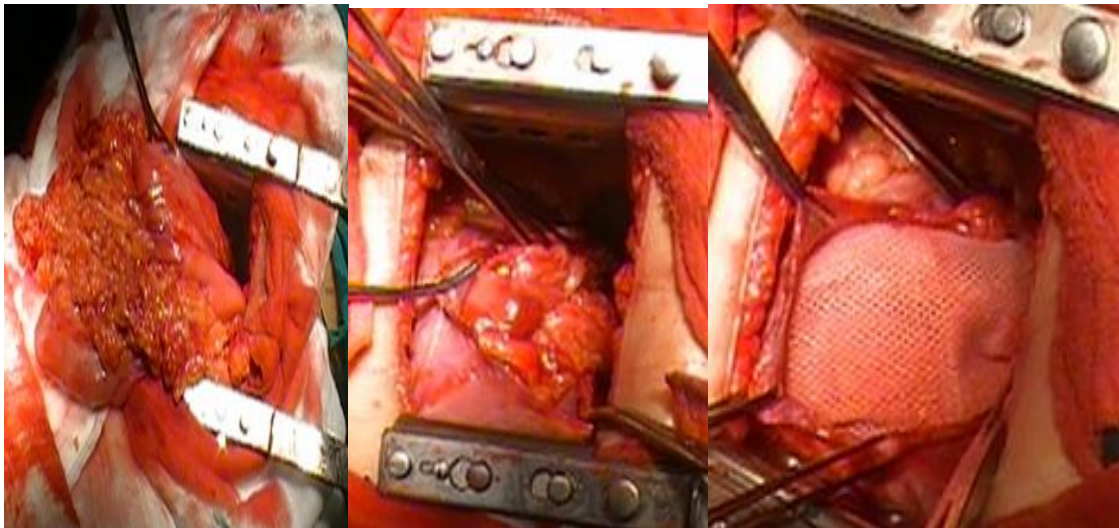
**Volet costal primer prototipo fijador costal externo**



**Contusión cardíaca y taponamiento tardío**



**Herida transfixiante del tórax sin lesión visceral**



**Hernia diafragmática traumática tratada con malla COMPOSITE**