



REAL ACADÈMIA DE MEDICINA  
I CIÈNCIES AFINES  
DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Salón de Actos del Hospital  
Hospital Mare de Déu dels Liris = Virgen de los Lirios. Alcoy

6 de octubre de 2015

Ingreso de Aniceto Baltasar Torrejón como  
“Académico Correspondiente” de la RAMCV

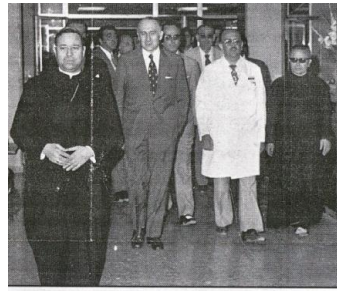
Título de la Conferencia

*Cirugía de un hospital comarcal de la CV.  
Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy*

[abaltasar@coma.es](mailto:abaltasar@coma.es)  
[www.dr Baltasar.es](http://www.dr Baltasar.es)



- Hospital Civil de Oliver. **1877**
  - Mutua Levante
- Sanatorio San Jorge
  - 110 Km a Valencia
  - 60 Km a Alicante



El ministro Lladro de la Fuente, junto con el primer director del "Virgen de los Lirios", José Cruz.



## Apertura oficial del Hospital.....5 de Julio de 1972

194 camas 3 quirófanos

## 1974 Se Jerarquiza el Servicio de Cirugía

- Jefe de Servicio
- Jefe de Sección
- 1er Adjunto. MIR. 1977

Aniceto Baltasar  
 José Tomás  
 Marcelo Bengochea

## Los años oscuros

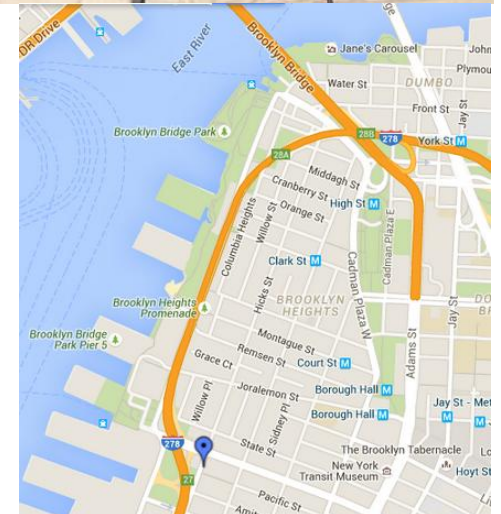


# The Long Island Colleague Hospital Downstate University of SUNY, Brooklyn



Founded in **1858**, introduced the practice of bedside teaching in 1860, and it later became the first U.S. hospital to use **stethoscopes**, **anesthesia** and **nurses teaching**  
**506-bed hospital**

**Polhemus Memorial Clinic** is considered to be the first example of **skyscraper** hospital, anywhere in the world



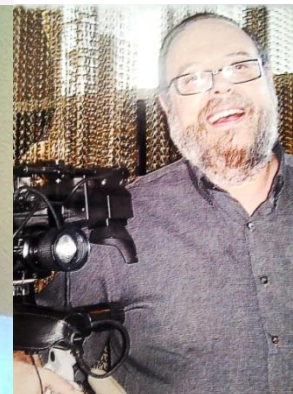
## ¿¿¿¿¿Años oscuros???? 1974-1977

### Los mejores años de mi vida en el hospital de Alcoy

1976. Curso con 2 libros traducidos para enfermeras sobre "Cuidados intensivos quirúrgicos". Diario de 1 hora. Febrero. Apertura de la Primera Unidad de Cuidados Intensivos, con el Dr. Juan del Río y "Dotada" con

- 2 Ventiladores Bennet PR-2.
- 3 Ventiladores **Pulmelec** de 3M (Manufacturas Metálicas Madrid 1974)
- 6 Monitores de EKG, PVC, TA continuay PAP.
- 3 Mantas de hipotermia.
- 6 Colchones antiescara.
- 1 Analizador de gases.
- 1 Osmómetro.
- 1 cardiovisor para insertar marcapasos.
- 1 Medidor de gasto cardiaco por Termodilución con Swan-Ganz.

- 1ª de vías centrales subclavia y yugular (729 en 4 años)
- Abandono de las venotomías en el Servicio de Cirugía.
- 1ª de la Nutrición Parenteral Total (NPT).
- 1er injerto de Dacron aórtico (15 en 3 años)
- 1er bypass femoro-poplíteos (27 en 3 años)
- 1ª utilización del Sistema AEO de osteosíntesis.



# 1986 Ampliación

300 camas y 6 Quirófanos

Centro de Post-grado. Residentes en Medicina Primaria

Solo 3 adjunto salieron del Servicio en 35 años

Dra. Rosa Martínez.

Volvió a su ciudad

Dr. Mario Alonso.

Volvió a su ciudad

Dr Emilio Marcote.

Jefe de Servicio en Vinaroz



## 1990

Ecógrafos

Radiología Intervencionista

UCI

TAC

Hemodiálisis

RMN

Radioterapia. IVO

Residencia en Cirugía. 1 por año. 1er Servicio especializado con residentes





2008

Primeras vías centrales percutáneas en 1974. 729 en 4 años

### **Cirugía Vascul**

1976. Mandriles de Sparks . Hoy abandonado

1978. **Cirugía oncológica y vascular**

1981. **TERE** – Trombo-endarterectomía por eversión

### **Páncreas**

1981. 1ª pancreato-duodenectomía cefálica **preservando píloro**

1982. 1ª **Pancreato-gastrostomía** posterior.

1989. 1ª Pancreato-duodenectomía cefálica **preservando duodeno**

### **Tórax**

1992. 1ª resección por bullas por toracoscopia.

1992. 1er tumor de mediastino por toracoscopia.

1994. 1ª ventana pericárdica por laparoscopia.

1994. 1er tuberculoma por toracoscopia.

1994. Cirugía de ablación parasimpática en la sudoración de miembros superiores

### **Intestino**

1977. **Club de Ostomizados** de Alcoy. Lavados de colostomías

1983. 1ª ileostomías continentes de Kock, intestinales y urinarias.

1998. 1ª suturas continuas monoplaneo.

1995. Programa de TV con “Cuidados de Colostomías” de “En buenas manos” de “Antena 3”

### **Obesidad y Laparoscopia**

**1977.05.21. 1ª DGL en obesidad.**

**1989. 1ª Modificación de la GVA con división y separación vertical**

**1979. 06.13. 1er bypass intestinal por colesterolemia**

**1994.03.21 .1er Cruce Duodenal abierto**

**2000.10.05. 1er Cruce duodenal x LP. Segundo y Segunda publicación mundiales.**

**2002.12.02. 1ª Gastrectomía Vertical Laparoscópica.**

**2004. 1er CDL sin gastrectomía para tratar Diabetes**

**2015.09.01 Cardipexia teres para la hernia de hiato en la GVL**

### **Mama**

1996. Cirugía conservadora.

1994. **Prótesis re-constructoras inmediatas.**

1995. Programa detección precoz del Cáncer de mama. Históricamente el segundo en la Comunidad Valenciana

1996. Cirugía ambulatoria. Programas sin estancia.



# Lavados de colostomía

# NUEVOS HORIZONTES



BOLETIN DE LA ASOCIACION  
ESPAÑOLA DE OSTOMIZADOS

N.º 1 - NOVIEMBRE - 84



## IRRIGACION DE COLOSTOMIAS

1984

A. Baltasar, J. del Rio, G.R. Herrera.  
Hospital INSALUD.-ALCOY

La colostomía, apertura del colon al exterior se puede definir fisiológica-  
el mercado español) que introducida  
menos de 3 cm. impide perforaciones

- José Escrich. Ostomo-terapeuta
- Club de Osteomizados de Alcoy
- 1ª Reunión nacional de Osteomizados

En una encuesta realizada a 140 hospitales nacionales a la cual sólo contestó el 17% (por lo cual no la consideramos totalmente fiable) solamente había un centro que sistemáticamente irrigaba a sus pacientes.

# CUIDADOS DE IRRIGACION DE LA COLOSTOMIA SIGMOIDEA

## IRRIGACION DE COLOSTOMIAS

A. Baltasar, J. del Río, G.R. Herrera.  
HOSPITAL INSALUD - ALCOY.

## COLOSTOMY WASH-OUT

La colostomía, apertura del colon al exterior, se puede definir fisiológicamente como orificio colónico sin esfínter. Los pacientes colostomizados no tienen control voluntario de la defecación, que suele ser espontánea a una bolsa de colostomía que generalmente está llena, comprometiendo su imagen corporal, personal, laboral y su reinserción social.

El anillo magnético de Maclet necesita una selección de pacientes (ni obesos, ni delgados, sin déficit mental y muy colaboradores) por lo cual además de ser técnicamente difícil, no llega a beneficiar ni al 15% de los pacientes.

La técnica de irrigación de colostomías, introducida por W. Patrick Mazier (1) ha revolucionado por su fiabilidad y falta de complicaciones la hasta ahora vituperada técnica de irrigación. Creemos que es responsabilidad del Cirujano, fundamentalmente, y de la enfermera, introducir a los pacientes colostomizados, antes de abandonar el Hospital, en la técnica de irrigación, y hacerles responsables a ellos y a su familia de su correcta aplicación.

El éxito de esta técnica está basado en la Cánula cónica terminal (hoy en el mercado español) que introducida menos de 3 cm, impide perforaciones colónicas y escapes de la irrigación. No existe selección de pacientes ni contraindicaciones.

Pre-operatoriamente se explica al paciente y a su familia, por el médico y por un colostomizado de nuestro Club Local de colostomizados qué es la colostomía, y se les presenta la película de irrigación.

Shu-Wen Jao, MD; Robert W. Beart, Jr, MD; Lois J. Wendorf, RN, ET; Duane M. Ilstrup, MS.

*Permiso para su reproducción de la "Clínica Mayo" y Traducción al español del Dr. A. Baltasar (Jefe del servicio de cirugía del Hospital del Insalud. Alcoy).*

Con permiso para su reproducción de la Revista "Archives of Surgery".

A 270 pacientes con resección abdominoperineal y colostomía sigmoidea operados en la Clínica Mayo, de Rochester, Minnesota, desde los años 1972 a 1982 se les envió un cuestionario, y 223 pacientes lo devolvieron relleno. El 60% de los pacientes eran continentes con la irrigación y el 22% incontinentes con la irrigación. El 18% han dejado de irrigarse por varias razones. La proporción de continentes fué mayor en mujeres, pacientes jóvenes, y pacientes previamente constipados. Una colostomía mal construida puede causar un ángulo agudo, hernia paracolostomía, prolapso de la colostomía, o estenosis y ser causa de fallo de la irrigación.

(Arch. Surg. 1985; 120: 916, 917)

Muchos médicos de EE.UU.

recomiendan la irrigación para limpiar la colostomía sigmoidea y conseguir continencia. En otros países los médicos evitan aconsejar la irrigación por miedo de perforación colónica y utilizan control dietético para controlar las deposiciones. Con los métodos oclusivos, como el anillo magnético de Feustel y Henning o las operaciones obstructivas no pueden predecirse su utilidad y están asociados con complicaciones adicionales de infecciones o fístulas paracolostomía. Por ello estas operaciones no son populares en EE.UU.

Para ver el éxito y las complicaciones de las irrigaciones de colostomía hemos revisado la experiencia posoperatoria de 223 pacientes con colostomías en la Clínica Mayo de Minnesota.



# **Cirugía Vascular**

I REUNION DE LA SOCIEDAD  
VALENCIANA DE ANGIOLOGIA Y  
CIRUGIA VASCULAR

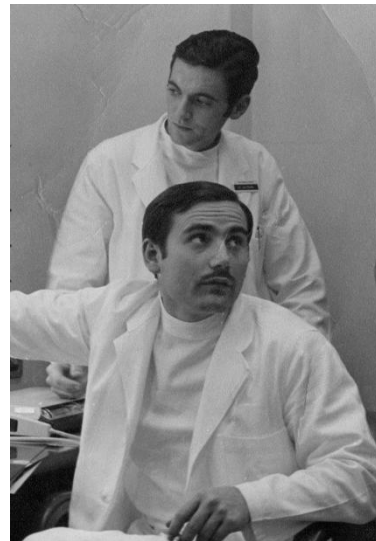
RESUMEN DE COMUNICACIONES



Hospital "Virgen de los Lirios"  
ALCOY (Alicante)  
28 de Octubre de 1988



Luis Rojas Marcos  
Escritor  
Psiquiatra de Bellevue  
Gerente de Hospitales  
Públicos de NYC



Juan Matesanz  
1er Jefe de Cirugía Vascular  
Hospital Clínico de Madrid

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

"PRINCIPES DE ESPAÑA"

SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

HOSPITALET DE LLOBREGAT - BARCELONA

26 al 30 marzo 1979

DIPLOMA de asistencia

Dr. *A. Baltasar Torrejon*

Dr. Josep Capdevila

ASOCIACION MEDICO-QUIRURGICA  
ALCOY

Marzo de 1.981

MUTUALIDAD DE LEVANTE

"EXPLORACION VASCULAR NO INVASIVA"



CONGRESO DEL CAPITULO ESPAÑOL DEL COLEGIO  
INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

Hospital Provincial de Madrid 10, 11 y 12, Noviembre, 1983

[C.V-26] **TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-BIFEMORAL POR EVERSION**  
**A. Baltasar, M. Bengochea, C. Escrivá, G. R. Herrera y C. Aracil.**  
*Alicante.* Video film U-MATIC, 22 minutos.

IRRIGACION DE COLOSTOMIAS

Video 12'

ILIOSTOMIA CONTINENTE DE KOCK

Video 15'

GASTRECTOMIAS CON APARATOS DE AUTOSUTURAS. Video Betamax

[C.V-23] **ANEURISMAS PERIFERICOS MULTIPLES**

**A. Baltasar, G. Pérez, J. del Río, E. Marcote y G. R. Herrera**  
*Alicante.*

[C.V-26] **TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-BIFEMORAL POR EVERSION**  
**A. Baltasar, M. Bengochea, C. Escrivá, G. R. Herrera y C. Aracil.**  
*Alicante.*



XV CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA  
ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

MADRID, 8, 9 y 10 de Noviembre de 1984

Dr. B. NARBONA ARNAU  
PROFESOR JEFE CIRUGIA  
HOSPITAL PROVINCIAL

Colegio  
Télefon  
VALE

DR.D.A.BALTASAR TORREJON  
C/ Cid, 61  
ALCOY (ALICANTE)

Valencia, 14 de Noviembre de 1984

Fdo.: B. Narbona

Mi querido amigo:

Muchas gracias por tu colaboración con  
moderador y mi felicitación en nombre, por supuesto d



## Esculapio de Oro







**TROMBO-  
ENDARTERECTOMIA  
RETROGRADA POR  
EVERSION (T.E.R.E.)  
AORTO-BIFEMORAL**

***RETROGRADE  
THROMBOENDAR-  
TERECTOMY BY  
AORTO-BIFEMORAL  
EVERSION***

Drs. A. Baltasar, G.R. Herrera  
Servicio de Cirugía General. Hospital Insalud.  
Alcoy (Alicante) España

# ENDARTERECTOMIA POR EVERSION EN ENFERMEDAD OCLUSIVA ILIOFEMORAL CRONICA

1986

MARCOTE VALDIVIESO E.; BALTASAR TORREJON A.  
HOSPITAL INSALUD "VIRGEN DE LOS LIRIOS" DE ALCOY

TOSHIO INAHARA (OREGON-USA) DESCRIBIO EN 1962 ESTA TECNICA COMO ALTERNATIVA AL BY PASS PROTÉSICO Y A LA ENDARTERECTOMIA TRADICIONAL A CIEGAS. EL ACCESO COMBINADO PROPORCIONA UNA MOVILIZACIÓN DEL SECTOR ILIOCELOENTERO FEMORAL, PREVIA DIVISION DE LA A.F.C. Y COLATERALES SUBINGUINALES. LA EVERSION DEL SEGMENTO ENTERO PERMITE UNA COMPLETA Y PERFECTA ENDARTERECTOMIA, INCLUYENDO LAS FIBRAS MUSCULARES LISAS CIRCULARES DE LA MEDIA.

LA MORBIMORTALIDAD Y LA PERMEABILIDAD A LARGO PLAZO ES SIMILAR AL BY PASS PROTÉSICO. TIENE LA VENTAJA DE UTILIZAR MATERIAL AUTOLOGO Y LA NULA INCIDENCIA DE INFECCION Y SOBRE LA ENDARTERECTOMIA CLASICA. EL COMPLETO CONTROL DE LIMPIEZA DE LA NEOTINTINA.



1 EXPOSICION DEL DIVISION TRANSVERSAL DE LA AFC TRIPODE FEMORAL A NIVEL DE SU BIFURCACION Y PASO AL ABDOMEN

2 ATEROMA HASTA LA MITAD DE LA AIE

3 EVERSION DE LA ADVENTICIA DE FORMA RETROGRADA EXPONRIENDO EL

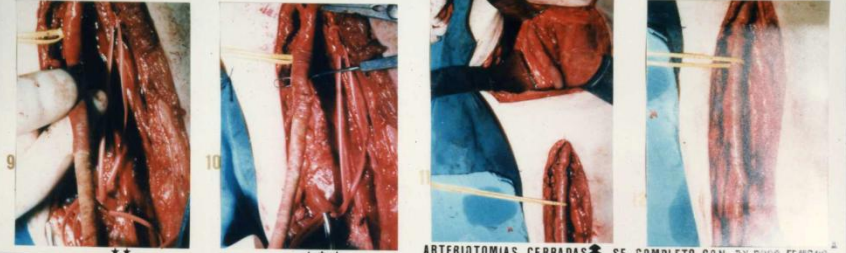
4 ARTERIOTOMIA ILIACA LONGITUDINAL OPUESTA A LA HIPOGASTRICA Y EXTRACCION DEL RESTO DEL ATEROMA ILIACO EXTERNO.



5 EVERSION DEL EJE FEMORO-ILIACO EXTERNO A TRAVES DE LA ARTERIOTOMIA LONGITUDINAL Y LIMPIEZA DE SU PARED.

6 VUELTA DEL VASO A SU POSICION ORIGINAL Y CIERRE DE LA AIC.

7 SECCION DE LA AFS A 15 CM. Y ENDARTERECTOMIA POR EVERSION DE LA MISMA SEPARANDO LA ADVENTICIA DEL ATEROMA A NIVEL DE LA ELASTICA EXTERNA, AYUDADA POR PINZA, DEDO O ESPATULA.



9 ARTERIOTOMIAS CERRADAS SE COMPLETA CON BY-PASS FEMORO-POPITEO

10

11

12

SE PRESENTA UN PACIENTE CON UNA OBSTRUCCION TOTAL DE LA AIE Y AFS IZQUIERDA Y MUY POBRE AIF AL NIVEL DE LE EFECTUO T.E.R.E. ILIACA Y DE 15 CM. DE LA AFS CON BY PASS SAFENO FEMOROPOPITEO.



VIDEO-REVISTA DE CIRUGIA VRC 4 (1) 1987

TROMBO-  
ENDARTERECTOMIA  
RETROGRADA POR  
EVERSION (T.E.R.E.)  
AORTO-BIFEMORAL

RETROGRADE  
THROMBOENDAR-  
TERECTOMY BY  
AORTO-BIFEMORAL  
EVERSION

Dra. A. Baltasar, G.R. Herrera  
Servicio de Cirugía General Hospital Insalud,  
Alcoy (Alicante) España

# FISTULA AORTO-ENTERICA SECUNDARIA 1985

HOSPITAL DEL INSALUD DE ALCOY

MARCOTE VALDIVIESO E.; BALTASAR TORREJON A.



FISTULA AORTO DUODENAL SECUNDARIA



ES UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE EN LA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA AORTICA (0,5 AL 2%).

EL TRAUMATISMO MECANICO REITERADO DE LA PROTESIS SOBRE EL INTESTINO, ASI COMO LA INFECCION LOCAL SON LAS CAUSAS MAS FRECUENTES, SE LOCALIZAN EN EL DUODENO (80%).

DOLOR DE ESPALDA, FIEBRE, MELENAS Y ANEMIA SUELEN PRECEDER A LA HEMORRAGIA EXANGUINANTE.

LA OPERACION IDEAL CONSISTE EN LA REVASCULARIZACION EXTRA-ANATOMICA, LA EXCISION DE LA PROTESIS INFECTADA Y EL CIERRE INTestinal CON DESCOMPRESION, ADEMAS COBERTURA ANTIBIOTICA.



LIBERACION DEL DUODENO



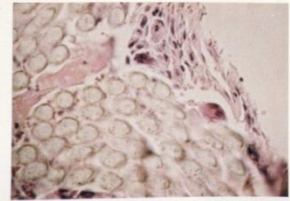
CIERRE DUODENAL



BY-PASS AXILO-FEMORAL



EXCISION DE PROTESIS



INFECCION DE INJERTO

LA INCIDENCIA HA DISMINUIDO CON EL USO DE MATERIAL MONOFILAMENTO PARA LAS SUTURAS. LA SUPERPOSICION DE EPIPLON Y EL USO PROFILACTICO DE ANTIBIOTICOS.

## REVASCULARIZACIÓN COMBINADA AORTO-ILIACA E INTESTINAL DOBLE

E. MARCOTE VALDIVIESO\*, A. BALTASAR, FACS\*\*, F. ARLANDIS\*

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DEL SERVICIO VALENCIANO DE SALUD. «VIRGEN DE LOS LIRIOS», ALCOY (ALICANTE)

\* ADJUNTO DE CIRUGÍA

\*\* JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA

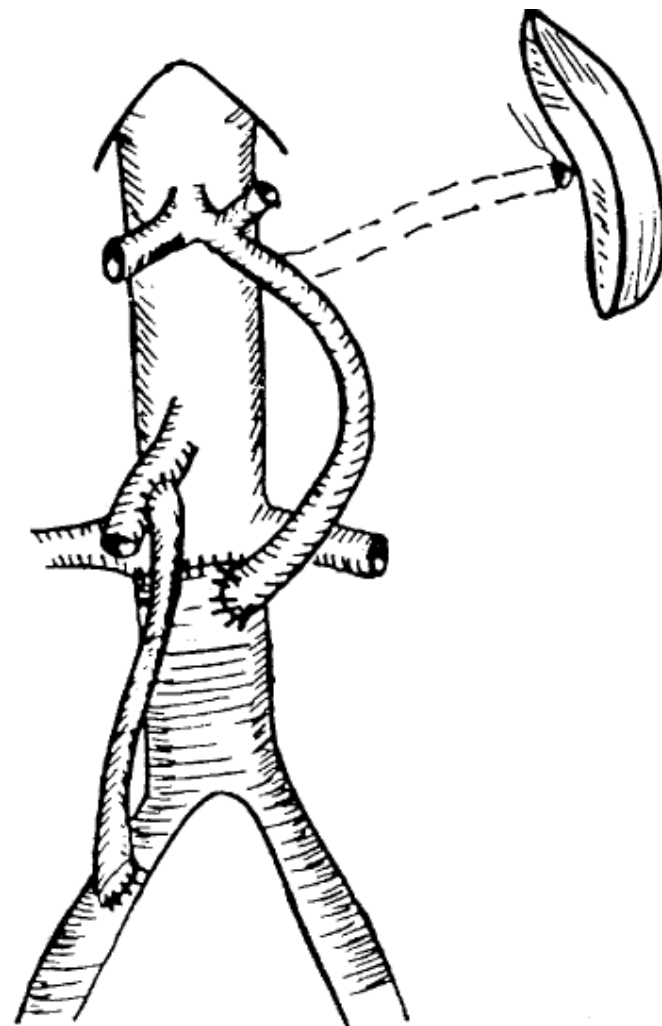
### RESUMEN

Se presenta un caso de isquemia mesentérica crónica (IMC) por una obstrucción arterioesclerótica parcial del tronco celíaco y completa de ambas mesentéricas, asociada a una oclusión aorto-iliaca. Se practica la revascularización de las extremidades mediante la colocación de un injerto aorto-bifemoral de Dacron y la intestinal a través de dos bypass retrógrados desde el injerto aórtico infrarrenal, uno *in situ* hacia la arteria esplénica movilizada, y el otro, autólogo, con vena safena hacia la arteria mesentérica superior. Sobrevive a los 12 años.

Se destaca el incremento de la utilización

del eco-Doppler en la valoración inicial de pacientes con posible angina intestinal y valor de la arteriografía, fundamentalmente aortograma lateral. Actualmente se prefieren las técnicas de *bypass* (ya sea *in situ*, con material protésico o safena interna) para lograr una revascularización completa, que ofrece un índice de recurrencia a largo plazo del 10 %.

Palabras clave: Isquemia mesentérica crónica. Cirugía de las arterias viscerales. *Bypass* aorto-esplénico. *Bypass in situ*. *Bypass* aorto-mesentérico. Revascularización intestinal completa. Arterioesclerosis.



# Aneurisma de la arteria carótida interna extracraneal

E. Marcote Valdivieso\*, F. Arlandis Félix\*, A. Baltasar, FACS\*\* y M. Palop Herreros\*\*\*

\*Médico adjunto. \*\*Jefe del Servicio de Cirugía. \*\*\*Médico adjunto. Servicio de Otorrinolaringología.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital del Servicio Valenciano de Salud Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

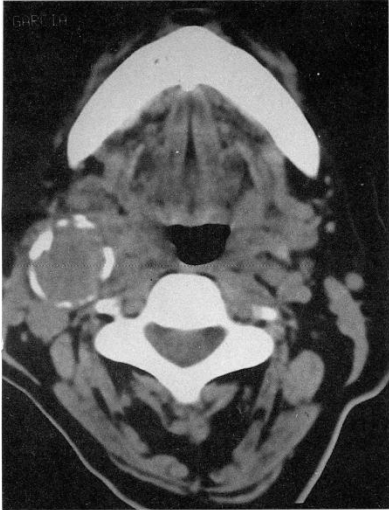


Fig. 1a. Masa cervical con calcificación periférica que se realza con contraste.



Fig. 1b. Aneurisma sacular de carótida interna extracraneal acompañado de un gran bucle preaneurismático.



Fig. 2a. Disección de aneurisma carotideo.



Fig. 2b. Reconstrucción carotídea término-terminal.



PREMIO ASOCIACION ESPAÑOLA  
DE VIDEO-CIRUGIA

III CONGRESO NACIONAL  
VALENCIA, JUNIO 1993

ANEURISMA DE CAROTIDA INTERNA

DRES. BALTASAR A., BENGOCHEA M., MARCOTE E., MIRO J., ARLANDIS F.,  
SERRA C., MARTINEZ R., CIPAGAUTA J.L.

WRC

11(1): 15-24, 1994  
ENERO - Feb



A. Baltasar, E. Marcote, F. Arlandis, R. Martínez, C. Serra,  
L. A. Cipagauta  
Servicio de Cirugía. Hospital "Virgen de los Lirios". Alcoy  
(Alicante). España

▶ ANEURYSM OF THE INTERNAL  
CAROTID ARTERY

**Key words:** Aneurysm. Pathology of the extracranial internal carotid artery. Cervical aneurysm. Arteriosclerosis. Supraaortic DIVAS. Ligature of the carotid.

▶ C I M A M A A D V

▶ ANEURISMA DE CAROTIDA  
INTERNA

**Palabras clave:** Aneurisma. Enfermedad de arteria carótida interna extracraneal. Aneurisma cervical. Arterioesclerosis. DIVAS supraaórtico. Reconstrucción carotídea.

▶ D E C I M A A E N I

Atención Primaria.

Vol. 10. N.º 8, 15 de noviembre 1992

# Aneurisma de aorta abdominal

---

**J. J. Blanquer\***, **M. Rapa\***, **A. Adam\***, **P. Ortola\***, **C. Aracil\*\***, **A. Baltasar\*\*\***  
**y E. Marcote\*\*\*\***

Servicio de Cirugía y Programa de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy (Alicante).

---

**Cirugía vascular agresiva ablativa  
y reconstructiva para reseccionar  
en bloque tumores malignos**

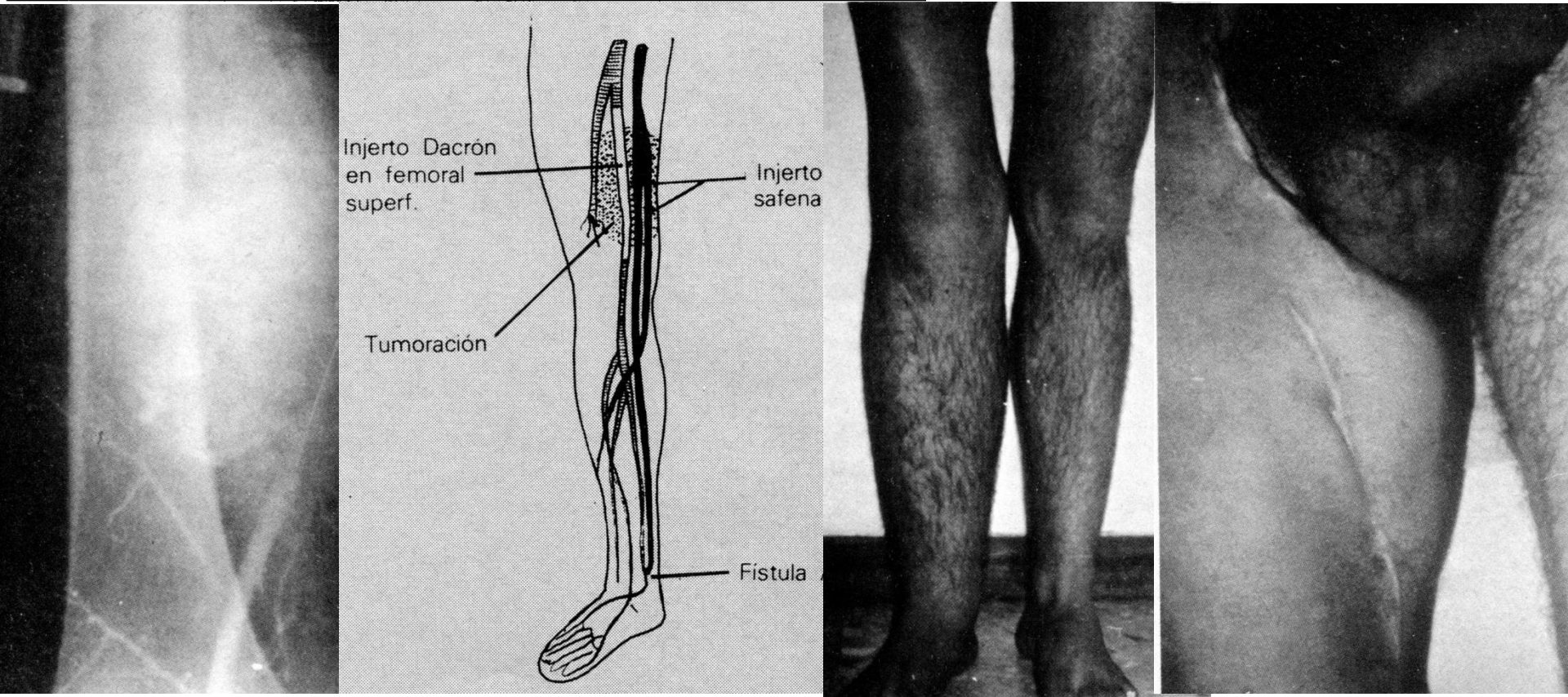


# Un caso de cirugía vascular reconstructiva para salvar una extremidad inferior con un sarcoma

Publicado en RQE  
REVISTA QUIRURGICA ESPAÑOLA  
Vol. 7 - Núm. 6 - NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1980

A. BALTASAR \*, C. ESCRIVA \*\* y E. MARCOTE \*\*

Residencia Sanitaria «Virgen de los Lirios». Alcoy. Servicio de Cirugía General  
(Dr. A. Baltasar)



17-08-1978

# RESECCIÓN DE AORTA ABDOMINAL POR DISGERMINOMA RETROPERITONEAL METASTÁSICO

A. BALTASAR, FACS\*, E. MARCOTE\*\*, J.J. BARNÉS\*\*\*, M. BENGOCHEA\*\*

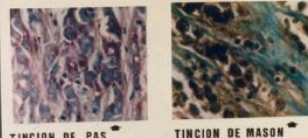
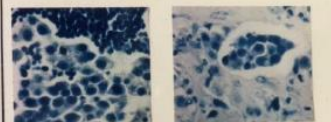
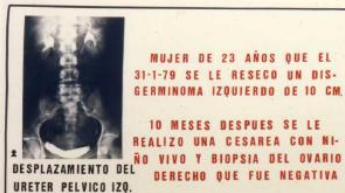
C.T.V. Volumen 5, n.º 4/87

HOSPITAL INSALUD. VIRGEN DE LOS LIRIOS. ALCOY. ALICANTE.

## NEFRECTOMIA Y RESECCION AORTICA POR METASTASIS RETROPERITONEAL DE UN DISGERMINOMA

HOSPITAL DEL INSALUD DE ALCOY

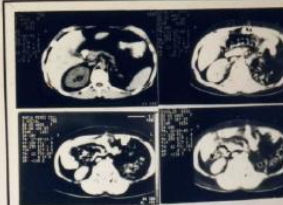
BALTASAR TORREJON A; MARCOTE VALDIVIESO E;  
BENGOCHEA CANTOS M; BARNES MARCO J.



EN MARZO DE 1981 SE PRESENTA CON UNA TUMORACION INDOLORA DE 8 MESES DE EVOLUCION QUE SE EXTIENDE EN RETROPERITONEO DESDE DIAFRAGMA IZO, A PELVIS MENOR DE 22 CM DE LONGITUD LA BIOPSIA TRANSPERITONEAL CONFIRMA EL DIAGNOSTICO DE DISGERMINOMA



RECIBE 2 CICLOS DE QUIMIOTERAPIA CON VIMBLASTINA, BLEOMICINA Y CISPLATINO Y POSTERIORMENTE RADIOTERAPIA, LLEGANDO A UNA REMISION PARCIAL QUEDANDO UNA MASA RESIDUAL DE 55 CM EN RETROPERITONEO IZQUIERDO QUE INFILTRA EL CONTORNO AORTICO



EN EL DISGERMINOMA ESTA RECOMENDADA LA CIRUGIA DE RESCATE CUANDO EL TRATAMIENTO RADIO Y QUIMIOTERAPICO HA DEJADO RESTO DE ENFERMEDAD.

29-4-82

# Reconstrucción vascular en la cirugía oncológica radical

A. Baltasar (FACS)\*, F. Arlandis\*\*, R. Bou\*\*, J. del Río\*\*, R. Martínez\*\*, L.A. Cipagauta\*\*, C. Serra\*\* y E. Marcote\*\*\*

\*Jefe de Servicio. \*\*Médico adjunto. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

\*\*\*Jefe del Servicio de Cirugía. Hospital de Vinaroz. Castellón.

## CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 58, Octubre 1995, Número 4

### Resumen

Los tumores de partes blandas afectan ocasionalmente a los vasos circundantes. Para llevar a cabo una cirugía oncológica radical curativa, en ocasiones es posible y necesario resear los vasos adyacentes y concluir la intervención con una reconstrucción apropiada.

Se presentan 5 pacientes con estas características. Tres de ellos tenían sarcomas de partes blandas, dos en retroperitoneo y uno en

### VASCULAR RECONSTRUCTION IN RADICAL CANCER SURGERY

Soft tissue tumors occasionally involve the neighboring vessels. When performing curative radical surgery in cancer patients, it is sometimes possible and necessary to resect the adjacent vessels and complete the procedure with proper reconstruction.

Five such cases are presented. Three of the patients had soft tissue sarcomas, two in retroperitoneum and the third in lower extremity. The patients with retroperitoneal sarcomas underwent

Han obtenido el “**PRIMER PREMIO AL MEJOR VIDEO**” en el

### VI CONGRESO DE LA SECIR

Celebrado en Plasencia durante los días 26 y 27 de marzo de 1988, presentando la COMUNICACIÓN:

“**CIRUGIA ONCOLOGICA RADICAL “ITERATIVA” CON DOBLE RECONSTRUCCION VASCULAR EN SARCOMA RETROPERITONEAL**”

SECIR- Sociedad Extremeña de Cirugía

### VCR 1999



Dres.: R. Martínez-Castro\*; F. Arlandis\*; A. Baltasar\*\*, C. Serra\*, L. Cipagauta\*, R. Bou\*  
\* M. Adjunto de Cirugía General y Digestiva; \*\* Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital “Virgen de los Lirios”. Alcoy. Alicante.

te-  
as,  
nd

► **RECONSTRUCCIÓN VASCULAR POR SARCOMAS RETROPERITONEALES (III)**

**Palabras Clave:** Sarcomas retroperitoneales, reconstrucción vascular, cirugía oncológica radical.

► INTRODUCCIÓN



# American College of Surgeons

---

55 East Erie Street  
Chicago, IL 60611-2797

Voice: 312/664-4050  
Fax: 312/440-7014

e-mail: [postmaster@facs.org](mailto:postmaster@facs.org)  
ACS website: <http://www.facs.org>

## *Officers*

November 27, 1996

### *President*

Murray, MD, FACS  
Syracuse, NY

### *President-Elect*

Schwartz, MD, FACS  
Rochester, NY

### *First Vice-President*

Bermann, MD, FACS  
Cleveland, OH

### *Second Vice-President*

Wises, Jr., MD, FACS  
New York, NY

### *Secretary*

Anderson, MD, FACS  
Los Angeles, CA

### *Treasurer*

Neel III, MD, FACS  
Rochester, MN

### *Director*

A. Ebert, MD, FACS  
Chicago, IL

### *Comptroller*

Aniceto Baltasar, MD, FACS  
Hospital Insalud  
Alcoy Alicante,  
Spain

Dear Doctor Baltasar:

The Committee on Medical Motion Pictures has recommended that your videotape entitled Radical Oncologic Surgery with Vascular Reconstruction, which was shown at the Motion Picture Exhibition during the 1996 Clinical Congress, be included in the American College of Surgeons/U.S. Surgical Corporation Educational Library.



# American College of Surgeons

55 East Erie Street  
Chicago, IL 60611-2797

Voice: 312/664-4050  
Fax: 312/440-7014

e-mail: [postmaster@facs.org](mailto:postmaster@facs.org)  
ACS website: <http://www.facs.org>

## *Officers*

### **President**

Murray, MD, FACS  
Syracuse, NY

### **President-Elect**

hwartz, MD, FACS  
Rochester, NY

### **st Vice-President**

rmmann, MD, FACS  
Cleveland, OH

### **rd Vice-President**

es, Jr., MD, FACS  
New York, NY

### **Secretary**

lerson, MD, FACS  
Los Angeles, CA

### **Treasurer**

leel III, MD, FACS  
Rochester, MN

### **Director**

Ebert, MD, FACS  
Chicago, IL

### **Comptroller**

N. Brodson, CPA  
Chicago, IL

## *Board of Regents*

### **Chairman**

hwartz, MD, FACS

March 3, 1997

Aniceto Baltasar, MD, FACS  
Hospital Insalud  
Alcoy Alicante, Spain

Dear Doctor Baltasar:

We have received the completed Videotape Information Form and abstract and your videotape entitled Repeated Oncologic and Vascular Surgery for Recurrent Retroperitoneal Sarcoma which will be reviewed by the Committee on Medical Motion Pictures.



Dres.: R. Martínez Castro\*, F. Arlandis\*, A. Baltasar\*\*, C. Serra\*,  
L. Cipagauta\*, R. Bou\*  
\* M. Adjunto de Cirugía General y Digestiva; \*\* Jefe de Servicio  
de Cirugía General y Digestiva.  
Hospital "Virgen de Col Lisor"  
Alicante. España.

► **VASCULAR RECONSTRUCTION IN  
RETROPERITONEAL SARCOMAS**

*Key Words: Retroperitoneal sarcomas, vascular reconstruction, radical oncological surgery.*

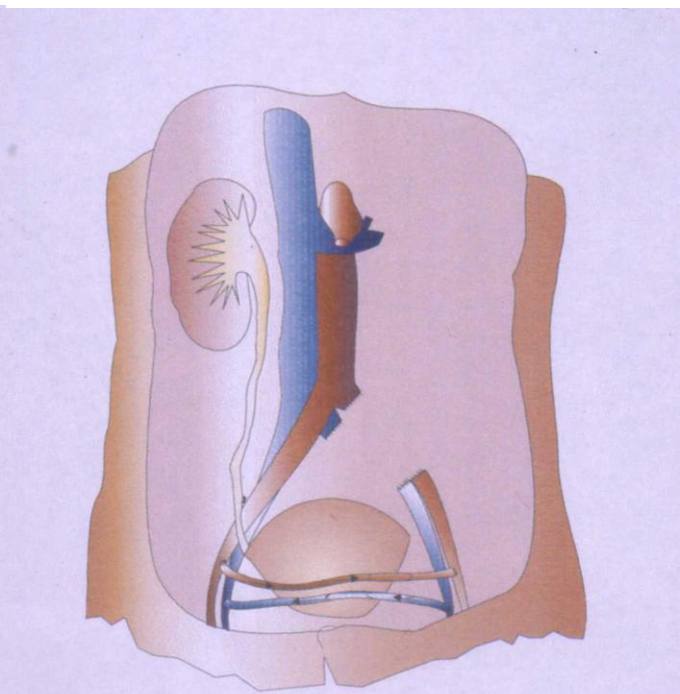
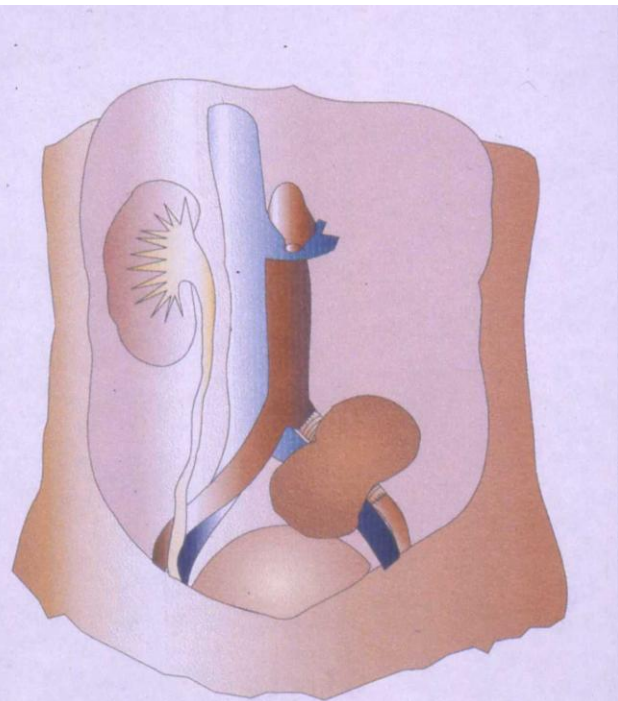
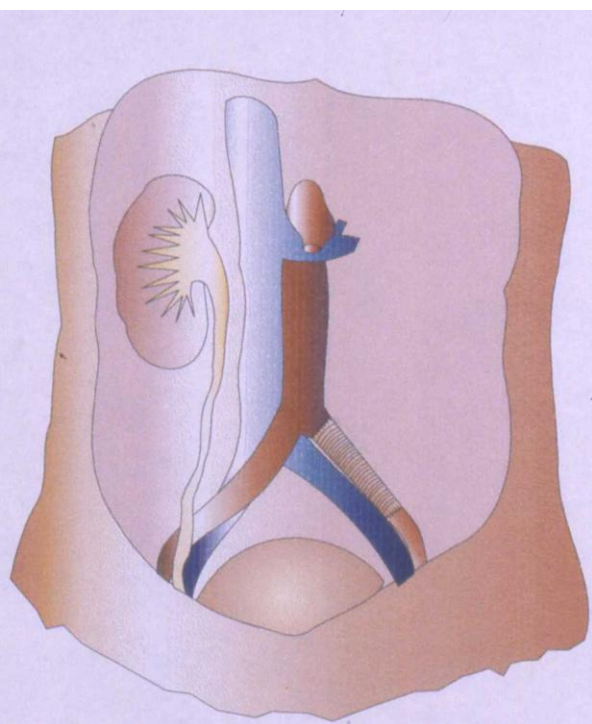
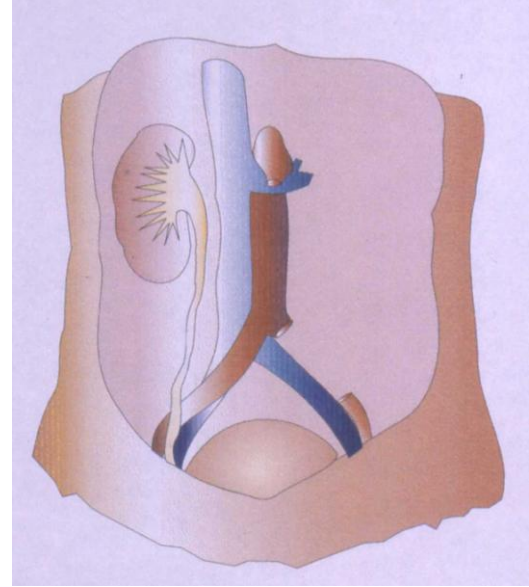
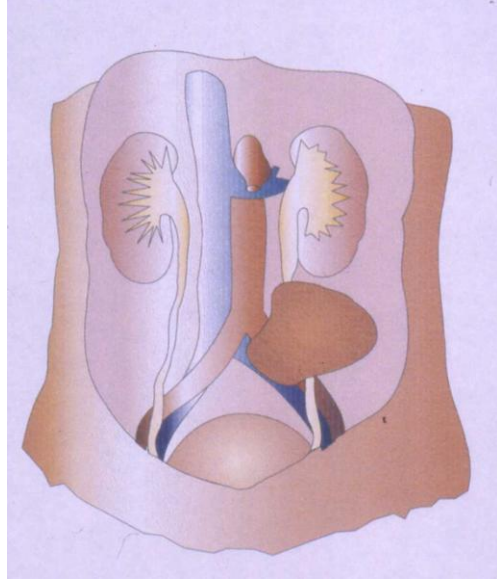
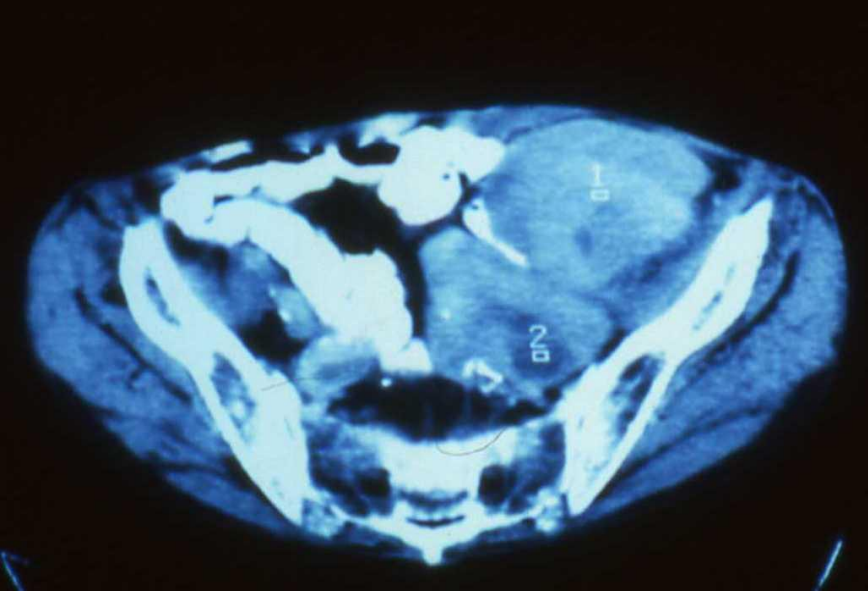
► **RECONSTRUCCIÓN VASCULAR  
POR SARCOMAS  
RETROPERITONEALES**

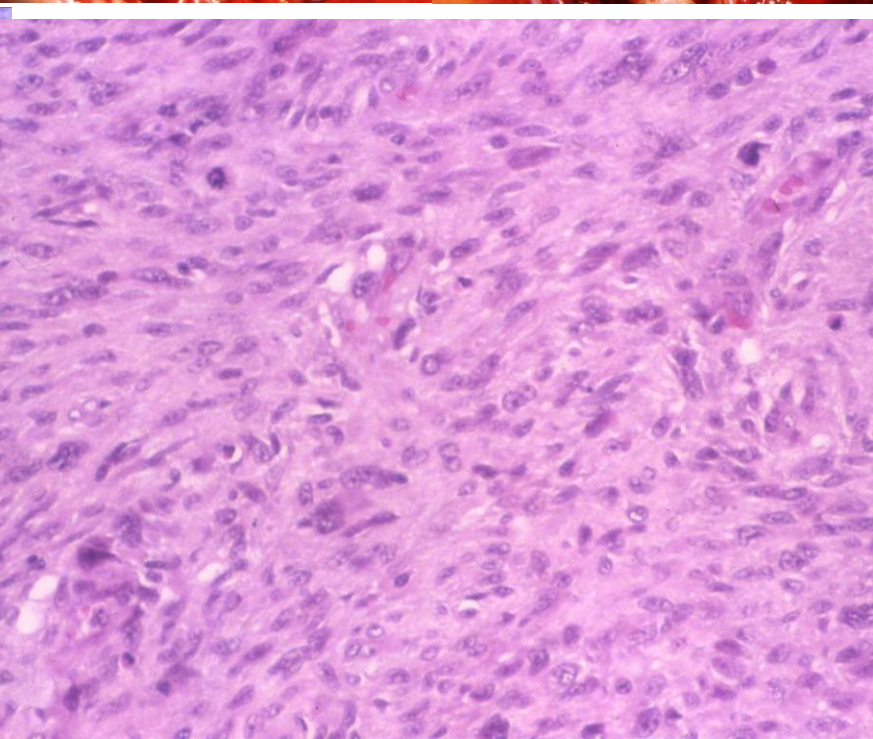
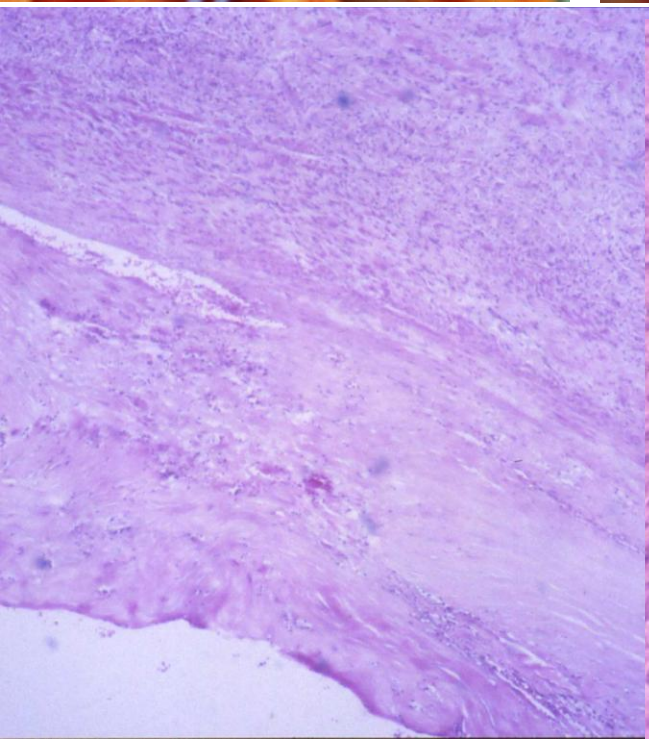
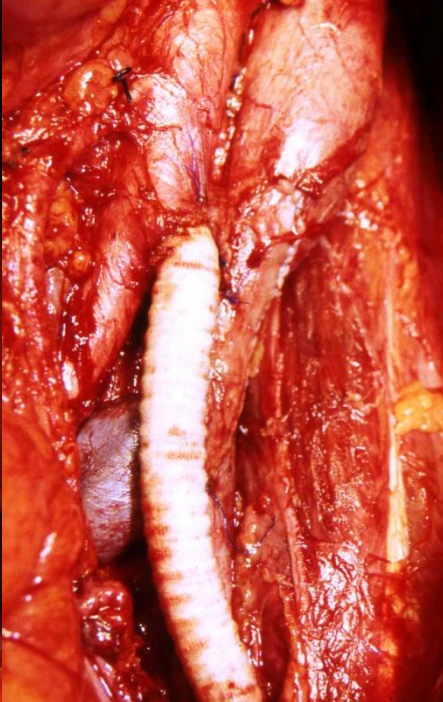
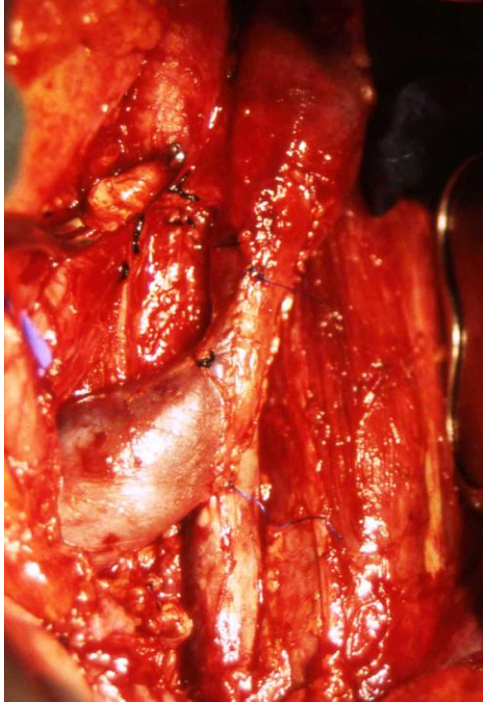
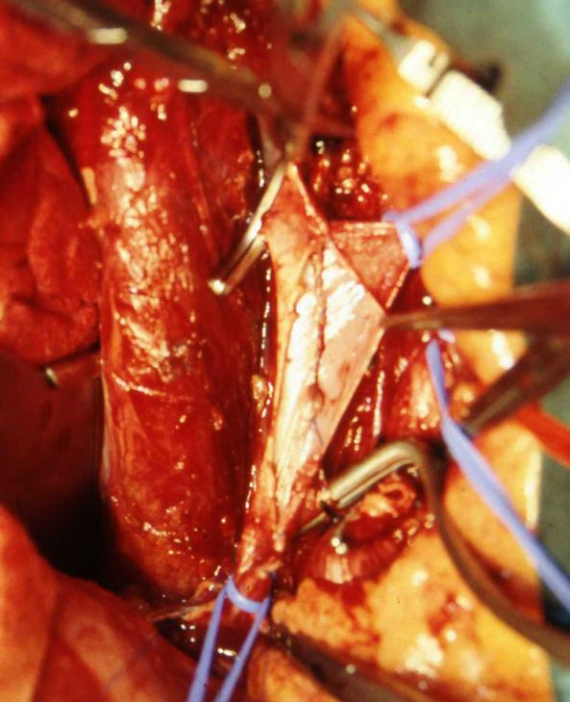
*Palabras clave: Sarcomas retroperitoneales, reconstrucción vascular, cirugía oncológica radical.*

**“Resección aórtica por liposarcoma abdominal y reconstrucción vascular”.**

**Vídeo presentado en el 92 Congreso Americano de Cirugía. San Francisco, Ca, 6-9-1996 y seleccionado para la Videoteca del ACS (=Motion Pictures Library)**

**En Octubre del 2002 la ACS solicita su presentación de nuevo en el Congreso del 2002. Lo presenta el Dr. Carlos Serra 6 años más tarde**

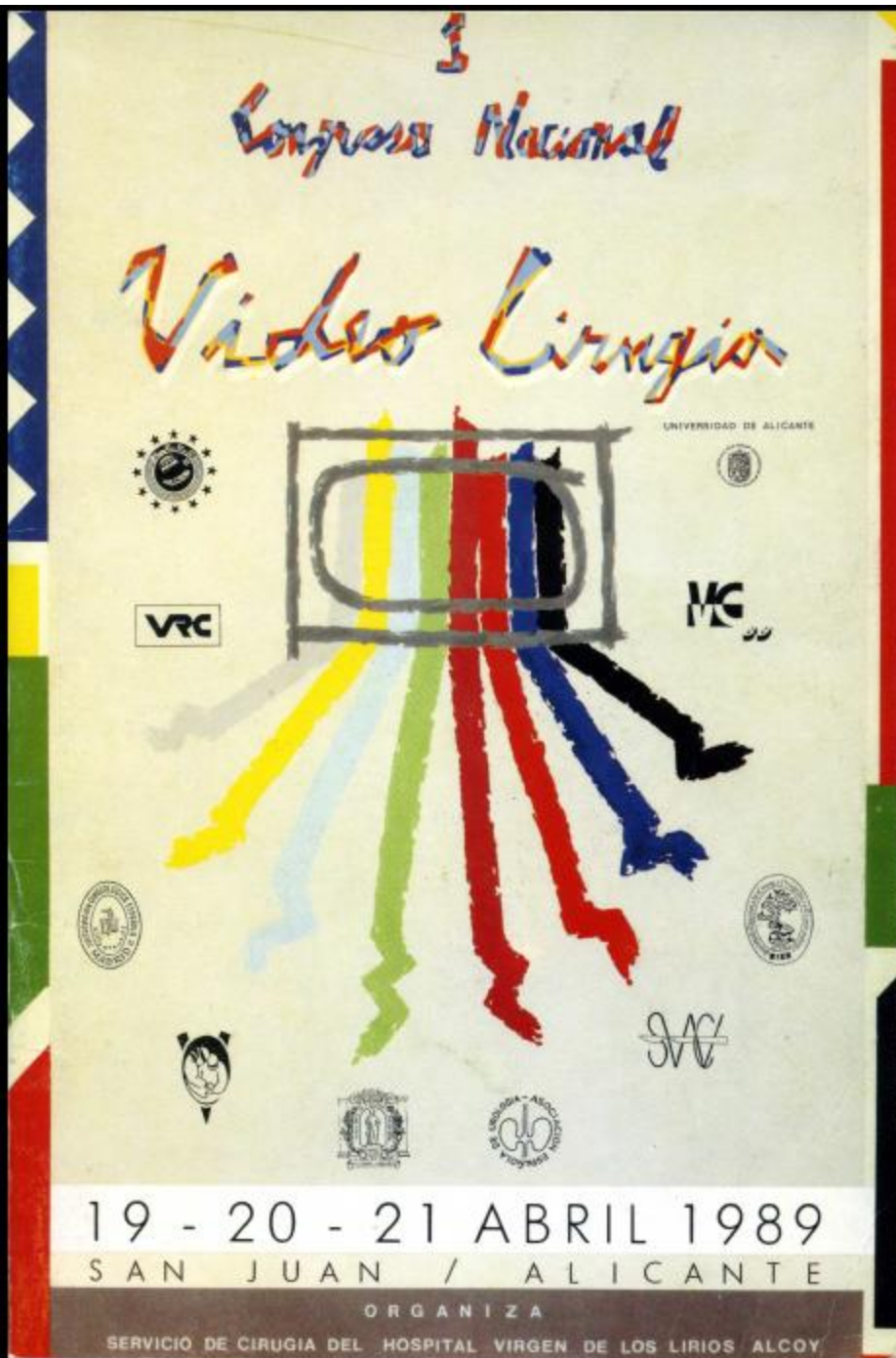






# **Cirugía digestiva**

- 16.2 “Fibrolipoma esofágico”.  
 F. Hernanz - L. Herrera - L. García - J. F. Val - R. A. Gil.  
 Hospital “Marqués de Valdecilla”. Santander.



Servicio de Cirugía General. Residencia Sanitaria «Virgen de los Lirios». Alcoy

# Preservación del píloro en la pancreatoduodenectomía

A. BALTASAR\*, J. TOMAS\*\* y J. MIRALLES\*\*

Primera publicación nacional de ésta técnica

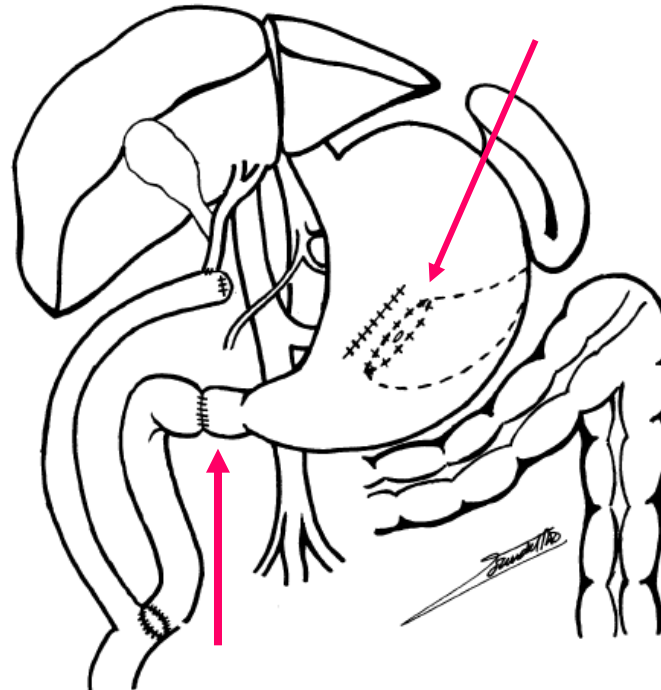
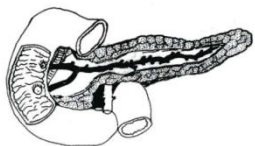


FIG. 5.—Esquema representativo de la reconstrucción quirúrgica, después de la pancreatoduodenectomía con preservación de píloro.



**VII SEMINARIO INTERNACIONAL  
DE CIRUGIA GENERAL**

*Tema:*

**CANCER DE PANCREAS**

16'30 — 16'45  
→ «Pancreatoduodenectomía preservando píloro».  
A. Baltasar (Alcoy).

16'45 — 17'00  
«Resultados de la pancreatoduodenectomía con preservación pilórica».  
I. Arcellus (Granada).

17'00 — 17'15  
«Nuestro concepto en el tratamiento del cáncer de páncreas. Pancreatogastrostomía».  
V. Cantero y M. del Pozo (Murcia).

17'15 — 17'30  
«Duodenopancreatectomía parcial: Indicaciones, técnicas y resultados».  
H. G. Beger (Ulm).

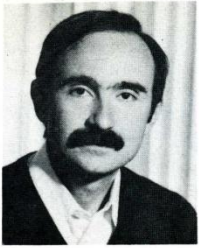
**ELCHE, 16 y 17 de Noviembre de 1984**

*Rev. Esp. Enf. Ad. Digest.*, 63, 6 (507-512), 1983

Servicio de Cirugía General. Residencia Sanitaria «Virgen de los Lirios». Alcoy

# Preservación del píloro en la pancreatoduodenectomía

A. BALTASAR\*, J. TOMAS\*\* y J. MIRALLES\*\*



# VRC

VIDEO-REVISTA DE CIRUGIA

Bengochea, M.; Baltasar, A., FACS; Marcote, E.;  
Tomás, J.; Del Río, J.; Escrivá, C.; Herrera, G.R.

Servicio de Cirugía General.  
Hospital Insalud "Virgen de los Lirios"  
Alcoy. Alicante. España.

1989 / 1  
6(2): 29-34

## DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA CON PRESERVACION DE PILORO PANCREATO-GASTROSTOMIA

## CEPHALAD PANCREATICO-DUODENECTOMY PRESERVING THE PYLORUS PANCREATO-GASTROSTOMY

La P. D. C. (Pancreato-Duodenectomía Cefálica) propugnada por WHIPPLE<sup>1</sup> en 1.942 en un sólo tiempo, incluía la resección del tercio distal del estómago, duodeno y cabeza pancreática. Ha sido utilizada para resecar neoplasias (duodenales, ampulares, colédoco distal y cabeza pancreática), pancreatitis crónica y traumatismos.

Se acompaña de consecuencias desfavorables por las alteraciones del esfínter pilórico (reflujo, gastritis, etc.), úlcus anastomótico SCOTT<sup>2</sup>—por lo que se añade una vagotomía— y las secuelas nutricionales de la gastrectomía añadidas a las de la resección pancreático-duodenal.

Por ello, TRAVERSO y LONGMIRE<sup>3</sup> propugnan en 1.978 la P. P. (Preservación de Píloro), manteniendo un estómago intacto para evitar las complicaciones de la reducción en el reservorio y mejorar el estado nutritivo de los pacientes.

Por otro lado MACKIE y RHOADS<sup>4</sup> proponen la P-G (Pancreato-Gastrostomía) como técnica de reanastomosis del páncreas restante a la pared posterior gástrica, disminuyendo así la alta morbi-mortalidad de la anastomosis pancreática.

### MATERIAL Y METODO

Presentamos en este vídeo un paciente de 36 años, aquejado de dolor intratable por pancreatitis crónica de causa alcohólica. Por ECO y TAC se evidenciaron calcificaciones y quistes múltiples en cabeza pancreática. Se intentó



V REUNION NACIONAL DE CIRUGIA  
Y VIII SEMINARIO INTERNACIONAL DE CIRUGIA GENERAL  
ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

**PREMIO A LA MEJOR  
COMUNICACION POSTER**

"PANCREATOGASTROSTOMIA".

PRESENTADA POR D. ANICETO BALTASAR TORREJON.  
Y  
D. EMILIO J. MARCOTE VALDIVIESO.

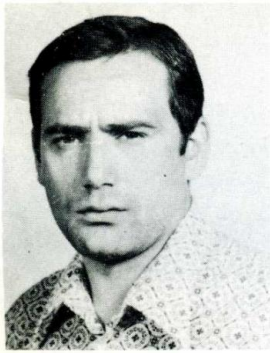
ELCHE - ALICANTE, 9 DE NOVIEMBRE DE 1985

PRESIDENTE  
ASOCIACION NACIONAL DE CIRUGIA

PRESIDENTE  
V REUNION NACIONAL DE CIRUGIA

Fdo.: BENJAMIN NARBONA ARNAU

Fdo.: JUSTO MEDRANO HEREDIA



# VRC

VIDEO-REVISTA DE CIRUGIA

*Dr. A. Baltasar.  
Hospital "Virgen de los Lirios".  
Alcoy (Alicante).*

MARZO-ABRIL 1992, 9(2)

35-40

92/4

## DUODENUM-PRESERVING CEPHALAD PANCREATECTOMY

**Key words:** Dodenum-preserving, cephalad pancreatectomy, chronic pancreatitis.

## PRESERVACION DUODENAL EN LA PANCREATECTOMIA CEFALICA

**Palabras clave:** Preservación duodenal, pancreatectomía cefálica, pancreatitis crónica.

Volumen XLVII  
Febrero 1990  
Número 2



## Preservación duodenal en la resección cefálica de páncreas por pancreatitis crónica

**A. Baltasar \***, **E. Marcote \*\***, **J. Del Río \*\***, **M. Alonso \*\***, **R. Bou \*\*** y **M. Bengochea \*\***  
Servicio de Cirugía General. (Dr. A. Baltasar) Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy.

---

**Palabras clave:** Preservación duodenal. Resección cefálica de páncreas. Pancreatitis crónica. Pancreatectomía. Pancreato-gastrostomía.

---



# American College of Surgeons

55 East Erie Street • Chicago, IL 60611-2797 • 312/664-4050 • FAX 312/440-7014

November 10, 1992

## Officers

### President

W. J. Long, MD, FACS  
Cleveland

### Vice-President

W. J. Long, MD, FACS  
Los Angeles

### Vice-President

W. J. Long, MD, FACS  
Indianapolis

### Secretary

W. J. Long, MD, FACS  
Washington, DC

### Treasurer

W. J. Long, MD, FACS  
Rochester, MN

### Comptroller

W. J. Long, CPA  
Chicago

## Board of Regents

Aniceto Baltasar MD FACS  
Hospital "Virgen de los Lirios"  
Alcoy Alicante 03800 Spain

Dear Doctor Baltasar:

The Committee on Medical Motion Pictures has recommended that your videotape entitled DUODENUM-PRESERVING PANCREATO-CEPHALIC RESECTION IN CHRONIC PANCREATITIS, which was shown at the Motion Picture Exhibition during the 1992 Clinical Congress, be included in the Motion Picture Library.

## ACS-1754 Duodenum-Preserving Pancreato-Cephalic Resection in Chronic Pancreatitis, 1991

Aniceto Baltasar

20 m.

In 1985 Berger described the resection of the cephalic pancreas for the patient with chronic symptomatic pancreatitis and cephalic "mass". Three patients are presented in this video and the technique of preserving the duodenum with 5-10 cm of attached pancreas. A Roux-en-Y loop was used for a telescoping end-to-end pancreatojejunostomy and a latero-latero pancreatic rim and choledochojejunostomy.

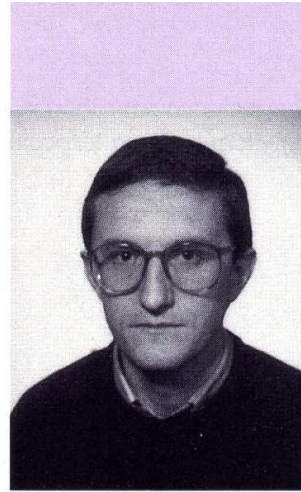




# **Cirugía torácica por Toracoscopia**



1995 VRC 12(4)



F. Arlandis, A. Baltasar (FACS), J. del Rio, R. Bou, M. Bengochea, C. Serra, C. Escriva, L. Cipagauta, R. Martinez, J. Miró.  
Surgery Department Virgen de los Lirios. Alcoy (Alicante)

► PLEURO-PERICARDIAL WINDOW  
CREATION VIA THORACOSCOPY

**Key-words:** *Thora-  
coscopy, Pericardial effu-  
sion, cardiac tamponade, pericar-  
dial window*

► CREACION DE UNA VENTANA  
PLEURO-PERICARDICA POR  
VIDEO TORACOSCOPIA

**Palabras clave:** *Tora-  
coscopia, Derrame pericár-  
dico, taponamiento cardíaco, ven-  
tana pericárdica*

1995 VRC 12(5)



A. Baltasar, FACS (\*\*), J. Miró (\*), R. Bou (\*), C. Serra (\*)  
M. Bengochea (\*), C. Escrivá (\*), J. del Río (\*)  
F. Arlandis (\*), R. Martínez (\*), J.L. Cipagauta (\*)  
Servicio de Cirugía General  
Hospital "Virgen de los Lirios"  
ALCOY, Alicante, Spain  
(\* ) Médico Adjunto  
(\*\*) Jefe de Servicio

▶ THORACOSCOPIC RESECTION OF  
A MEDIASTINAL  
NEURILEMMOMA

**Key- Words:**  
**Neurilemmoma,**  
**Thoracoscopy, Surgery**

▶ RESECCION POR TORACOSCOPIA  
DE NEURILEMOMA  
MEDIASTINICO

**Palabras Clave:**  
**Neurilemoma, toracos-**  
**copia, cirugía.**



Volumen XLVIII  
Septiembre 1990  
Número 3



## Condrosarcoma desdiferenciado costal

**E. Marcote Valdivieso \***, **A. Baltasar \*\***, **M. Alonso Puig \*\*** y **J. Vierna García \*\*\***

Servicio de Cirugía General (Dr. A. Baltasar). Hospital del Servicio Valenciano de Salud Virgen de los Lirios. Alcoy (Alicante).

## **LIPOMAS TORÁVICOS**

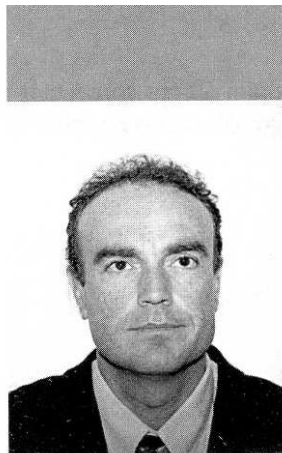
**E. MARCOTE VALDIVIESO\*, F. ARLANDIS FÉLIX\*, A. BALTASAR\*, L. ANDREO HERNÁNDEZ\*\*,  
R. LASIERRA DÍAZ\*\*, A. GRACIA FLETA\*\***

**\* SERVICIO DE CIRUGÍA.**

**\*\* SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.**

**HOSPITAL DEL S.V.S. VIRGEN DE LOS LIROS. ALCOY. ALCANTE.**

**REVISTA C.T.V. VOLUMEN 9 N.º 4/1991**



Dres.: C. Serra\*, A. Baltasar\*, R. Bou\*, F. Arlandis\*, R. Martínez\*, J. Del Rio\*, M. Bengochea\*, J. Miró, M. Palop\*\*, R. Núñez\*\*.

\* Servicio de Cirugía General.

\*\* Servicio de Otorrinolaringología.

Hospital "Virgen de los Lirios" de Alcoy. Alicante. España.

► **RADICAL SURGERY IN  
ESOPHAGEAL-CERVICAL CANCER**

**Key Words: Epider-  
moid carcinoma, cervical  
esophagus, en bloc resection.**

► **CIRUGÍA RADICAL EN EL CÁNCER  
DE ESÓFAGO CERVICAL**

**Palabras clave: Carci-  
noma epidermoide, esófago  
cervical, resección en bloque.**

(*Cir Esp* 1998; 64: 213-220)

## Originales

# Estudio multicéntrico de 70 pacientes varones diagnosticados de cáncer de mama

C. Serra<sup>a</sup>, F. Vizoso<sup>b</sup>, J. Medrano<sup>c</sup>, M.T. Pérez-Vázquez<sup>c</sup>, A. Baltasar<sup>a</sup>, A. García Villanueva<sup>d</sup>, R. de Miguel<sup>e</sup>, S. Carrero<sup>f</sup>, G. Renedo<sup>g</sup> y J.L. García-Muñiz<sup>h</sup>

Servicios de Cirugía General. <sup>a</sup>Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy, Alicante. <sup>b</sup>Hospital de Jove. Gijón. <sup>c</sup>Departamento de Patología y Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante. <sup>d</sup>Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>e</sup>Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. <sup>f</sup>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>g</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. <sup>h</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital General de Asturias. Oviedo.



# La productividad de los autores nacionales de cirugía. Análisis bibliométrico a través de la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA en el período 1974-1993

J.L. Pardo García, J.M. Sáez Gómez, P. Domingo García, L. Carrasco González, A. Ortolano Gómez y J.L. Aguayo Albasini  
Unidad Docente de Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad de Medicina de Murcia.

TABLA 3. Relación de grandes productores de CIRUGÍA ESPAÑOLA entre 1974 y 1993 ( $I_p > 1,5$ )

Autor	N.º de artículos
Parrilla Paricio, P.	155
Balibrea Cantero, J.L.	79
Sánchez Bueno, F.	68
Ponce Marco, J.L.	66
Gómez Alonso, A.	53
Aguayo Albasini, J.L.	51
Moreno González, E.	49
Narbona Arnau, B.	47
González González, M.	46
Baltasar Torrejón, A.	43
Marcote Valdivieso, E.	42
Lozano Mantecón, R.	41
Carbonell Antolí, C.	41

DEPARTAMENTO: **SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**  
**Sociedad Valenciana de Cirugía**  
**Programa para la reunión del día 6 de febrero 1.981**  
**Sala de Juntas. 12<sup>00</sup> horas**

- I Temas: Isquemia intestinal crónica. 5°**  
HCO. Ha. 35.957. 5°  
Coloquio. 10° — Presentador Dr. MIRALLÉS.
- II Temas: Necrosis intestinal aguda. Intestino corto. 5°**  
PBF. Ha. 47.351. 5°  
Coloquio. 10° — Presentador Dr. MARGOTE.
- III Temas: Cirugía metabólica. Hipercolesterinemia. 5°**  
AGP. Ha. 1.219. 5°  
Coloquio. 10° — Presentador Dr. TOMAS
- IV Temas: Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. 5°**  
MACU. Ha. 33.770. 5°  
Coloquio. 10° — Presentador Dr. DEL RIO
- V Temas: Tumores de mediastino. 5°**  
JPL. Ha. 24.330. 5°  
Coloquio. 10° — Presentador Dr. BERGOGHESA
- VI Temas: Preservación del páncreas en la pancreatoduodenostomía. 5°**  
EAM. Ha. 48.904. 5°  
Coloquio. 10° — Presentador Dr. ESCRIVA

**NOTA:** Al finalizar la Sesión Científica se celebrará una comida entre los -  
asistentes en la "Venta del Pilar" .

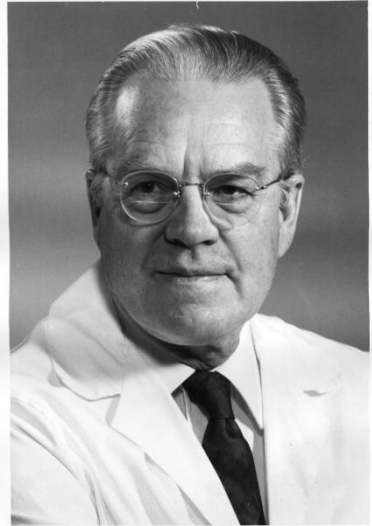
# **Cirugía Bariátrica o de la Obesidad**

**La cirugía del cambio de siglo**

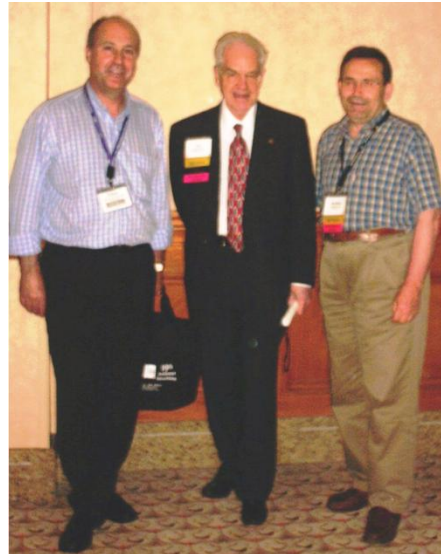
# The Minnesota Group

**Kremen**

**Mason**

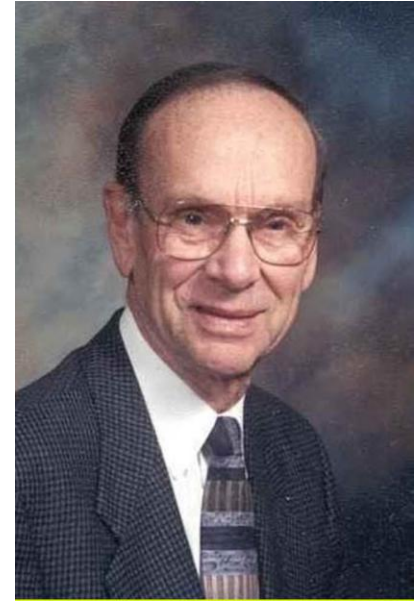


1950's



**Buchwald**

**Linner**



**Lowering of Cholesterol Absorption and Blood Levels by Ileal  
Exclusion: Experimental Basis and Preliminary Clinical Report**  
HENRY BUCHWALD

*Circulation* 1964, 29:713-720  
doi: 10.1161/01.CIR.29.5.713

Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue,  
Dallas, TX 75214

Copyright © 1964 American Heart Association. All rights reserved. Print ISSN: 0009-7322.  
Online ISSN: 1524-4539

1964

## Lowering of Cholesterol Absorption and Blood Levels by Ileal Exclusion

### Experimental Basis and Preliminary Clinical Report

By HENRY BUCHWALD, M.D.

THE general association of high blood cholesterol levels with atherosclerosis has been almost universally accepted. Because of this association, doctors attempting to treat the disease have sought means to lower circulating cholesterol and thereby, possibly, to arrest or perhaps even to reverse the process of vascular deposition and narrowing. Numerous drugs employed to the present have achieved limited success at best, and have, at times, caused serious side effects. Dietary programs of low cholesterol and low saturated fat intake, with a relative increase in polyunsaturated fats, are harmless, but are not too successful.

Cholesterol enters the intestinal tract by ingestion and by endogenous secretion via the bile and the intestinal mucosa.<sup>1</sup> It is absorbed exclusively in the small intestine, and preferentially in the distal half.<sup>2</sup> With the use of radioactively labeled cholesterol, it has been determined that there is a delay of 24 to 72 hours before the appearance of peak blood levels.<sup>3-4</sup>

Three independent experiments have been carried out in the research laboratories of Dr. Ivan D. Frantz, Jr., to study the role of ileal bypass in cholesterol absorption and to determine the accompanying effect on blood cholesterol levels. The first experiment was carried out with matched groups of rabbits. The second was performed with eight pigs, used as their own controls; the omnivorous pig was chosen because his dietary habits resemble those of human subjects better than do those of the herbivorous rabbit or of the primarily carnivorous canine. The third experi-

ment was a study of age- and sex-matched human subjects who had undergone ileal surgery.

#### Rabbit Series

##### Methods

White, New Zealand, 7 to 8 lb. rabbits were used: 10 control rabbits and 10 operated rabbits. The control rabbits, five male and five female, were housed and fed in identical fashions to the operated group. The operated rabbits, five male and five female, were chosen for inclusion in the test group on the basis of full, uncomplicated recovery from surgery and resumption of normal feeding pattern.

Under Surital\* anesthesia an area of the small intestine was isolated, exactly opposite the appendiceal tip. This easily identifiable point always lay, in operated, autopsied, and freshly killed animals, within a few percentage points of the small intestinal midpoint. An umbilical tape tie was placed at the selected site and the small intestine immediately above it was anastomosed to the cecum opposite the ileocecal valve in a side-to-side fashion. Thus, bypass of the distal half of the small intestine or about the distal five sixths of the ileum was established. The rabbits were given antibiotics and fluids by clysis for a day or so postoperatively.

##### Test Procedure

Operated rabbits received their test dose an average 15 days after surgery. The dose of 10 mg of C<sup>14</sup>-4-cholesterol (0.4  $\mu$ c./mg.) was administered in 2 ml. of corn oil via gastric intubation. The test dose was rinsed in with 2 ml. of plain corn oil followed by 8 ml. of air. Daily blood samples were obtained for 6 days following the forced feeding by collecting free-flowing blood from a cut ear vein. Oxalated whole blood was used rather than serum or plasma because of the easy susceptibility of rabbit red blood cells to lysis.

##### Analysis

The Abell<sup>6</sup> method of cholesterol saponification

\* Sodium 5-allyl-5-(1-methylbutyl)-2-thiobarbiturate—Parker, Davis & Company.

# Inicio de la Cirugía metabólica



From the Department of Surgery, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota.

Supported by the Helen Hay Whitney Foundation, Grants HE-01875 and HE-06314, U. S. Public Health Service, and Life Insurance Medical Research Fund.

# Exclusión ileal parcial en la hipercolesterinemia. A propósito de tres operaciones

A. Baltasar\*, E. Marcote Valdivieso\*\*, R. Bou\*\*, M. Bengochea\*\* y F. Arlandis\*\*

\* Jefe de Servicio. \*\* Médico adjunto.

Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

El 1er paciente fue **Intervenido** en junio de 1979

**El Inicio de la cirugía metabólica en España sería en 1979**

Única publicación española sobre éste tema

1977

# España 19.06.1977

REVISTA CLINICA ESPAÑOLA. Tomo 157. Núm. 6. 1980.

## Bypass gástrico en la obesidad mórbida

A. BALTASAR, J. DEL RIO y M. BENGOCHEA.

Servicio de Cirugía General. Residencia Sanitaria «Virgen de los Lirios». Alcoy (Alicante).

(Recibido, 30. de abril de 1979.)

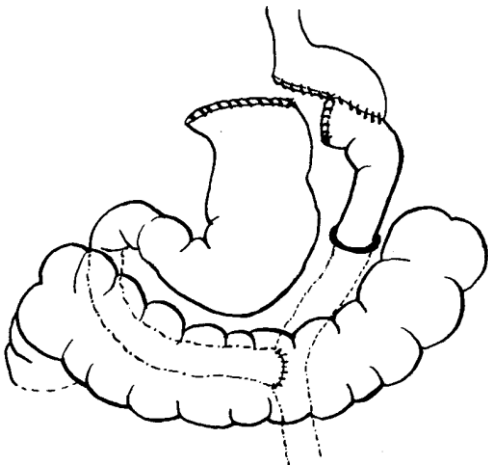
Mujer de 50 años de edad. Ingresa el 17-6-1977 **IMC-43 8 pacientes**

Rev Clin Esp 1980 Jun 30;157(6):395-9

**[Gastric bypass in morbid obesity]**

[Article in Spanish]

**Baltasar A, Del Rio J, Bengochea M.**



**Considerada por muchos años la 1ª publicación bariátrica en español**

19.11.1973

# Santiago Sebastián Díaz Macarena de Sevilla 16 pacientes DYI-Scott



Evaluación a Medio Plazo del Cortocircuito  
Yeyuno-Ileal en el Tratamiento  
de la Obesidad Resistente

1977

Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.  
LI, 1 (1977)

TRABAJOS ORIGINALES

## Estado actual de la cirugía de la obesidad Principios y experiencia

Por los profesores S. GARCIA DIAZ \*, C. PERA MADRAZO \*  
y los doctores J. LOSCERTALES ABRIL \*\* y E. AREVALO  
JIMENEZ \*\*\*.

1981

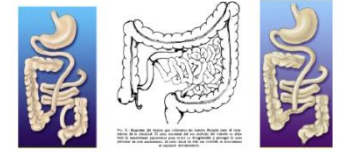
World J. Surg. 5, 795-799, 1981

## Medical and Surgical Indications for Treatment of Morbid Obesity

S. Garcia Diaz, M.D., and S. Garcia Fernandez, M.D.

Medical School, University of Sevilla, Spain

1975



Scott Scott Payne

## Indicaciones quirúrgicas Indicaciones del tratamiento quirúrgico en la obesidad

S. García Díaz \*  
REV. QUIR. ESP. VOL. 2. NUM. 1. 1975

Facultad de Medicina  
de Sevilla  
I Clínica Quirúrgica  
Universitaria La cirugía se intro  
ios decenios se viene

2013



CIRUGÍA ESPAÑOLA  
www.elsevier.es/cirugia



Artículo especial

## Inicios de la cirugía bariátrica y metabólica en España

Aniceto Baltasar<sup>a\*</sup> y Eduardo Domínguez-Adame<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía, Clínica San Jorge, Alcoy, Alicante, España  
<sup>b</sup>Unidad de Cirugía, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:  
Recibido el 14 de septiembre de 2012  
Aceptado el 4 de noviembre de 2012  
On-line el 12 de junio de 2013

Palabras clave:  
Historia cirugía  
Bariatría española  
Cirugía bariátrica  
Cirugía metabólica

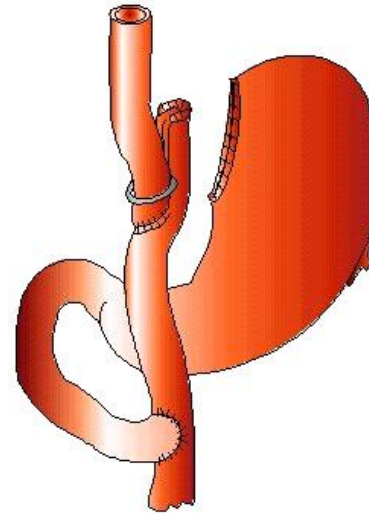
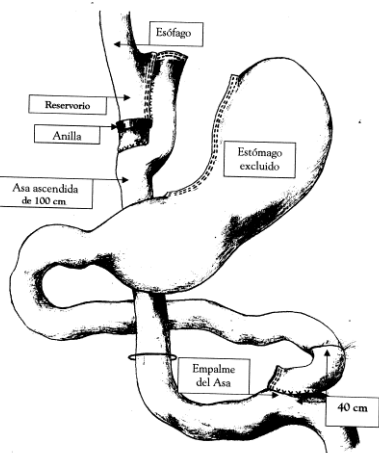
RESUMEN

El inicio y cronología de la cirugía bariátrica en España, hasta la fecha, es un tema controvertido y nada preciso. Ha existido cierta discusión y confusión en cuanto a quién, cuándo y dónde se realizó el primer gesto quirúrgico bariátrico en nuestro país. Este artículo, tras un exhaustivo estudio de revisión histórica, pretende identificar y definir en el tiempo a estos iniciadores bariátricos, pioneros en la cirugía bariátrica.  
© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.





# La operación de los 80



Obesity Surgery, 7, 518-520

Obesity Surgery, 7, 149-157

## Correspondence

## Gastric Bypass: Standard Surgical Technique

## Reducing Early Technical Complications in Gastric Bypass Surgery

Rafael F. Capella, MD<sup>\*†</sup>; Joseph F. Capella, MD<sup>†</sup>

<sup>\*</sup>Department of Surgery, Pascack Valley Hospital, Westwood NJ; <sup>†</sup>Good Samaritan Hospital, Suffern NY, St. Luke's-Roosevelt Hospital Center, New York, NY, USA

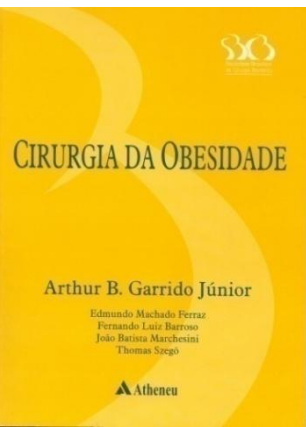
Salomão Chaib (1974) : 13 casos

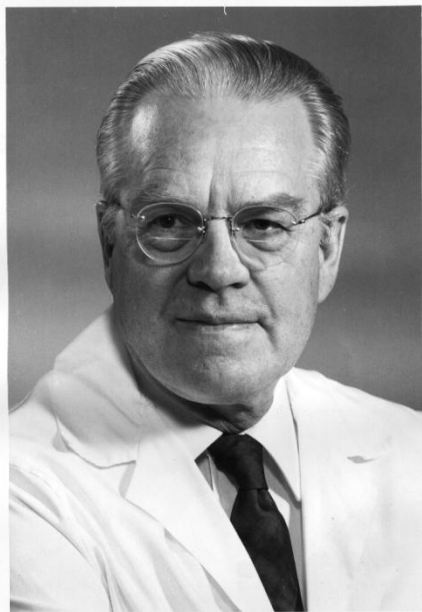
CHAIB S. 1974-80 – n = 100. JIB TL (Payne)

GARRIDO 1978-80 – n = 4, JIB TT (Scott)

1990

GARRIDO, 1994-2003 - n= **5000**. BPG Fobi-Capella





1982

## Vertical Banded Gastroplasty for Obesity

Edward E. Mason, MD

• Vertical banded gastroplasty combines the best that has been learned about gastric reduction operations with another feature: a window through both walls of the stomach just above the crow's foot and next to the outlet along the lesser curvature. This window allows the application of staples up to the His' angle to create a small pouch (< 50 mL). In addition, the outlet can be banded with a polypropylene mesh collar that is sutured to itself but not to the stomach. This banding provides an outlet diameter that remains constant. In experience with 42 patients during a one-year period, there were fewer complications and greater weight loss than have been obtained with any other operation for obesity, to my knowledge.

(Arch Surg 1982;117:701-706)

During 1971, a horizontal gastroplasty was used, with the stoma at the greater curvature. Of all gastric reduction procedures, this one produced the poorest weight loss and the highest revision rate. For some patients an excessively large upper pouch volume remained, but the lack of reinforcement and subsequent dilation of the stoma also contributed to the failure of this operation. Late postoperative stomal dilation occurred even when the initial diameter had been small enough to cause early temporary obstruction.

In November 1980, I adopted a modification designed to incorporate the best of what had been learned both at my institution and elsewhere. Long-term comparisons with

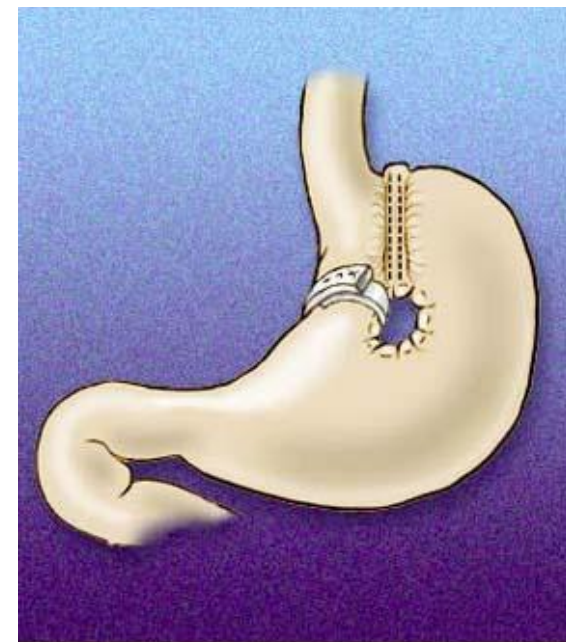
*Obesity Surgery*, 1, 181-183

**Why the Operation I Prefer is:**

**Why the Operation I Prefer is Vertical Banded Gastroplasty 5.0**

**Edward E. Mason, MD, PhD, FACS**

*Department of Surgery, University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, USA.*



J. J. Soriano, ex árbitro de fútbol, es comentarista deportivo, cantautor, publicista, etc.

## Un alcoyano será protagonista, por primera vez, de «Vivir cada día»

Recientemente fue intervenido de reducción de estómago para adelgazar

El alcoyano Juan José Soriano (conocido popularmente como J. J. Soriano) será el protagonista de un programa completo de una hora de duración de la serie televisiva «Vivir cada día», con la circunstancia de que será el primer alcoyano en hacerlo, en toda la ya larga historia del programa. J. J. Soriano, comentarista deportivo de Radiocolor Alcoy, ex árbitro de fútbol, cantautor, publicista, etc., ha

sido elegido para «Vivir cada día» por causa de la reciente operación a la que le sometiera el doctor Aniceto Baltazar el pasado 6 de febrero y que consistió, nos cuenta J. J. Soriano, «en lo que comúnmente se llama una reducción estomacal como medio de disminuir mi obesidad».

Ayer estuvieron en Alcoy Mariano Aragonés, redactor del programa, y Raúl Andeot, realizador del mismo, con el fin de comenzar la parte de documentación del programa, que comenzará a rodarse el próximo día 4 de marzo. Un equipo de filmación de «Vivir cada día» estará omnipresente en Alcoy desde el 3 de marzo al 27 del mismo mes, para regresar esporádicamente los meses de abril, mayo y junio con el fin de comprobar la evolución postoperatoria de J. J. Soriano hasta tres días antes de la emisión del programa.

Parece que la operación practicada a J. J. Soriano es la

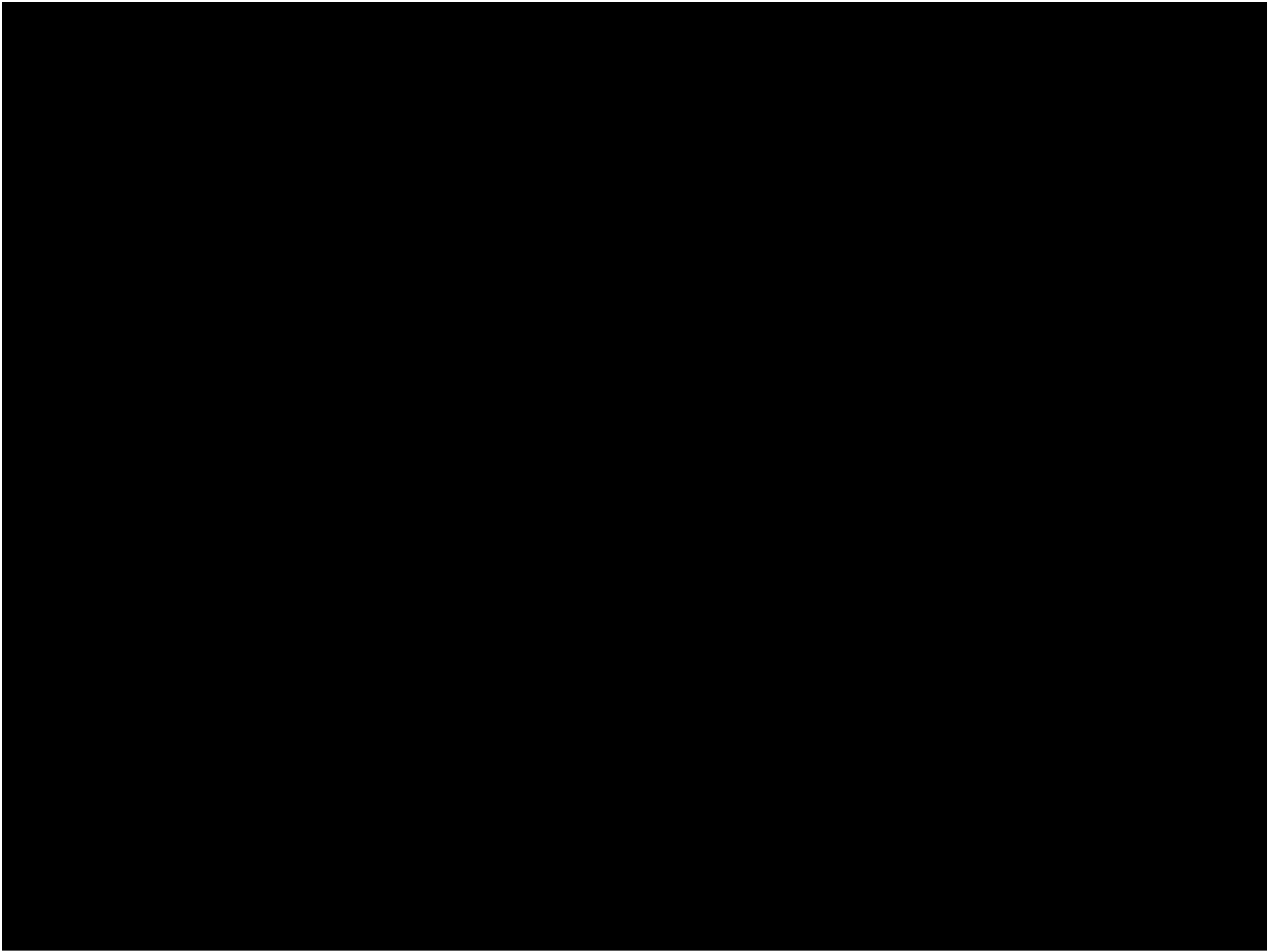


J. J. Soriano, con un miembro del equipo de «Vivir cada día»

que sólo estemos en condiciones, pese a tener tres equipos completos, de ofrecer un programa de una hora cada 15 días; el presente consistirá en la reconstrucción de la vida de J. J. Soriano como obeso satisfecho, su conciencia física y psíquica y la evolución postoperatoria».

J. J. Soriano tiene 29 años, está casado y tiene un hijo de once meses (J. J. Soriano, junior), manifiesta no haber tenido nunca complejos por su propia constitución física y, de hecho, ha sido hasta hace poco tiempo árbitro de fútbol en categoría regional. Además, esporádicamente ha ofrecido recitales

1984



1989

## MODIFIED VERTICAL BANDED GASTROPLASTY

*Technique with Vertical Division and Serosal Patch*

Aniceto Baltasar

*From the Department of Surgery, Hospital "Virgen de los Lirios", Alcoy, Alicante, Spain*

(Submitted for publication June 3, 1988. Accepted after revision November 23, 1988)

**Mason**



Fig 3. — Catheter placed in lesser sac (Fig 1) has been brought out through window and is used as guide for placement of stapling device.



Fig 4. — Completed operation has measured pouch width of 50 mm, or less at measure of 50 cm. Two sets of staples and sutures.

**Abstract.** A modification of Mason's vertical banded gastroplasty for morbid obesity is presented, along with experience from 62 treated patients. The modification consists of vertical separation of the reservoir and gastric cavities by division of the gastric wall with a linear cutter

partition has been reported from several series. The incidence of breakdown was 1.3% in one series (15), 2.7% at 3 years in another (9), from 4.6% to 16% (13), and up to 23.3% at 2 years (12).

Use of a serosal patch to prevent leakage to the

*Obesity Surgery, 7, 370-372*

### Editorial

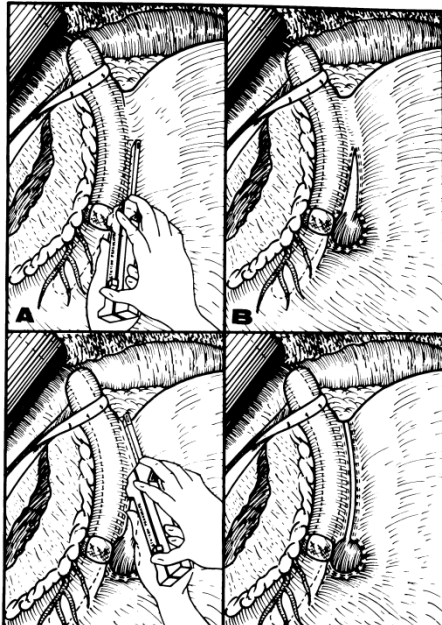
# Rediscovering the Wheel in Obesity Surgery

## Stapling In Continuity In Obesity Surgery

**Mathias A.L. Fobi MD FACS**

*Center for Surgical Treatment of Obesity, Inglewood, CA, USA*

**Baltasar**



# MODIFIED VERTICAL BANDED GASTROPLASTY : VERTICAL DIVISION AND SEROSAL PATCH

MARCOTE VALDIVIESO, E.; BALTASAR TORREJON, A.

HOSPITAL INSALUD "VIRGEN DE LOS LIRIOS". ALCOY, SPAIN

VERTICAL BANDED GASTROPLASTY HAS BECOME TODAY THE OPERATION OF CHOICE FOR MORBID OBESITY DUE TO ITS LOW MORTALITY AND ITS LOW INCIDENCE OF PERIOPERATIVE COMPLICATIONS. THE BEST RESULTS ARE OBTAINED WHEN A SMALL, MEASURED, UPPER GASTRIC POUCH IS COUPLED WITH AN ACCURATELY CALIBRATED OULET THAT MEASURES LESS THAN 12 MM. IN DIAMETER. OUR MODIFICATION CONSISTS OF THE VERTICAL SEPARATION OF THE RESERVOIR AND GASTRIC CAVITIES BY DIVISION OF THE GASTRIC WALL WITH A LINEAR CUTTER AND THE USE OF A SEROSAL PATCH TO PREVENT ANY LEAKS TO THE ABDOMEN.

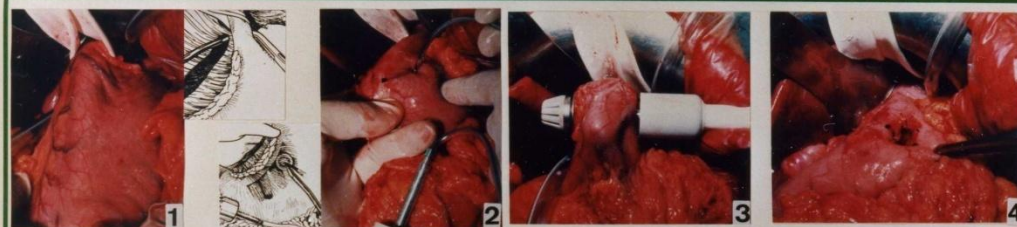
1988

1er Premio Poster

del

Congreso Mundial de Cirugía

Milán

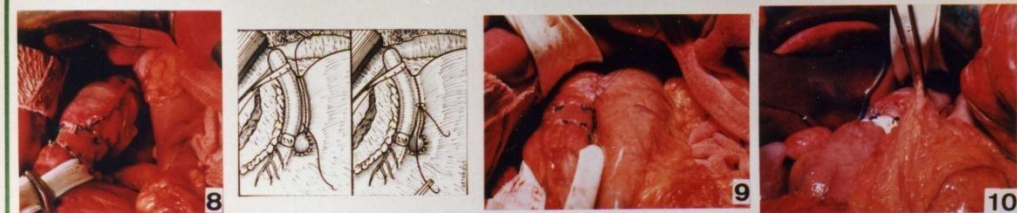


THE "CIRCULAR WINDOW" BETWEEN ANTERIOR AND POSTERIOR GASTRIC WALLS IS MADE AT 7 CMS. OF HIS ANGLE WITH EEA-20 OR ILS-29 CIRCULAR STAPLERS. A MARLEX MESH OF 7 X 1.5 CM. STRIP IS SECURED AS A 5 CM. COLLAR AROUND THE RESERVOIR OULET. PENROSE DRAINS ARE PASSED AROUND DISTAL ESOPHAGUS AND RESERVOIR OULET ( FIG. 1-2-3-4 ).



THE PLC-50 PROXIMATE LINEAR CUTTER IS INTRODUCED BY THE CIRCULAR WINDOW AND PLACED PARALLEL TO THE LESSER CURVATURE AND CLOSE TO THE INDWELLING EDWALD TUBE ( FIG. 5 ). AS THE STAPLER IS ONLY 53 MM. LONG, A SECOND SET IS APPLIED TO REACH THE HIS ANGLE ( FIG. 6 ). THE RESERVOIR AND STOMACH ARE COMPLETELY SEPARATED ( FIG. 7 ).

PRESSURE-CONTROLLED MEASUREMENT OF THE POUCH AND TESTING WITH WATER AND AIR TO DETECT ANY LEAKS, ARE THEN MADE ( FIG. 8 ). ACCURATE CALIBRATION OF THE OULET IS MADE INTERNALLY ( BY PASSAGE OF THE EDWALD 32 TUBE ) AND EXTERNALLY ( BY THE SIZE OF THE COLLAR MESH ).



WITH A 2 / 0 PROLENE DOUBLE- ARMED SUTURE THE SEROSA OF THE DIVIDED RESERVOIR AND GASTRIC POSTERIOR WALLS ARE APPROXIMATED IN A CONTINUOUS RUNNING SUTURE FROM THE ANGLE OF HIS DOWN TO THE CIRCULAR WINDOW. THEN WITH THE SECOND NEEDLE OF THE PROLENE SUTURE THE RESERVOIR AND GASTRIC ANTERIOR WALLS ARE JOINED IN A CONTINUOUS WAY DOWN TO THE CIRCULAR WINDOW, AND THEN TIED TO THE POSTERIOR THREAD OF THE PROLENE ( FIG. 9 ).

TO THE LESSER OMENTUM IS PLACED OVER THE MARLEX MESH ( FIG. 10 ).

X-RAYS SHOWS IN SOME CASES A "PEANUT DEFORMITY" ( FIG. 11 ).



"PEANUT" DEFORMITY OF THE RESERVOIR

BREAKDOWN OF THE VERTICAL LINE STAPLED PARTITION OCCURS IN ALL SERIES WITH AN INCIDENCE OF 1.3% BY WILLBANS, 2.7% AT 3 YEARS BY MASON, FROM 4.6% TO 16% BY THOMPSON AND UP TO 30% OF ESKIND. IT IS NOT A LIFE-THREATENING COMPLICATION UNLESS THE RARE FREE PERITONEAL LEAK OCCURS, BUT IT IS A MAJOR COMPLICATION AND THE MOST COMMON CAUSE ( 50% ) REQUIRING REVISIONAL SURGERY. MASON HAS USED 3 CARTRIDGES OF 2 ROWS EACH TO PREVENT IT. RECENTLY THE NEW TA-90 B SET APPLIES 4-STAGGERED ROWS OF STAPLES.

1991

CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 50. Octubre 1991. Núm. 3

# Cirugía bariátrica. Experiencia con 100 pacientes operados

A. Baltasar (FACS)\*, J. Tomás\*\*, E. Marcote\*\*\*, F. Arlandis\*\*\*, M. Bengochea\*\*\*, R. Bou\*\*\*, C. Escrivá\*\*\*, J. del Río\*\*\* y J. Miró\*\*\*

\* Jefe de Servicio. \*\* Jefe de Sección. \*\*\* Médico adjunto.  
Servicio de Cirugía. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

1997 CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 62, Septiembre 1997, Número 3

# Cirugía bariátrica: resultados a largo plazo de la gastroplastia vertical anillada.

## ¿Una esperanza frustrada?

A. Baltasar\*, R. Bou\*\*, J. del Río\*\*\*, M. Bengochea\*\*, C. Escrivá\*\*, J. Miró\*\*, R. Martínez\*\*, C. Serra\*\*, F. Arlandis\*\* y L.A. Cipagauta\*\*

\*Jefe de Servicio. \*\*FEA. \*\*\*Jefe de Sección. Servicio de Cirugía. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

1988

## Radiología

Radiología  
30. 5 (303-308). 1988

### Evaluación radiológica de la gastroplastia vertical por obesidad mórbida

L. A. ANDREO HERNANDEZ\*, R. LASIERRA DIAZ\*, A. BALTASAR TORREJON\*\*, A. GRACIA FLETA\* y M. GARCIA FRANCO

*Servicio de Radiodiagnóstico. \*\*Jefe de Servicio de Cirugía. Hospital INSALUD «Virgen de los Lirios». Alcoy. Alicante.*

1998

*Obesity Surgery, 8, 29-34*

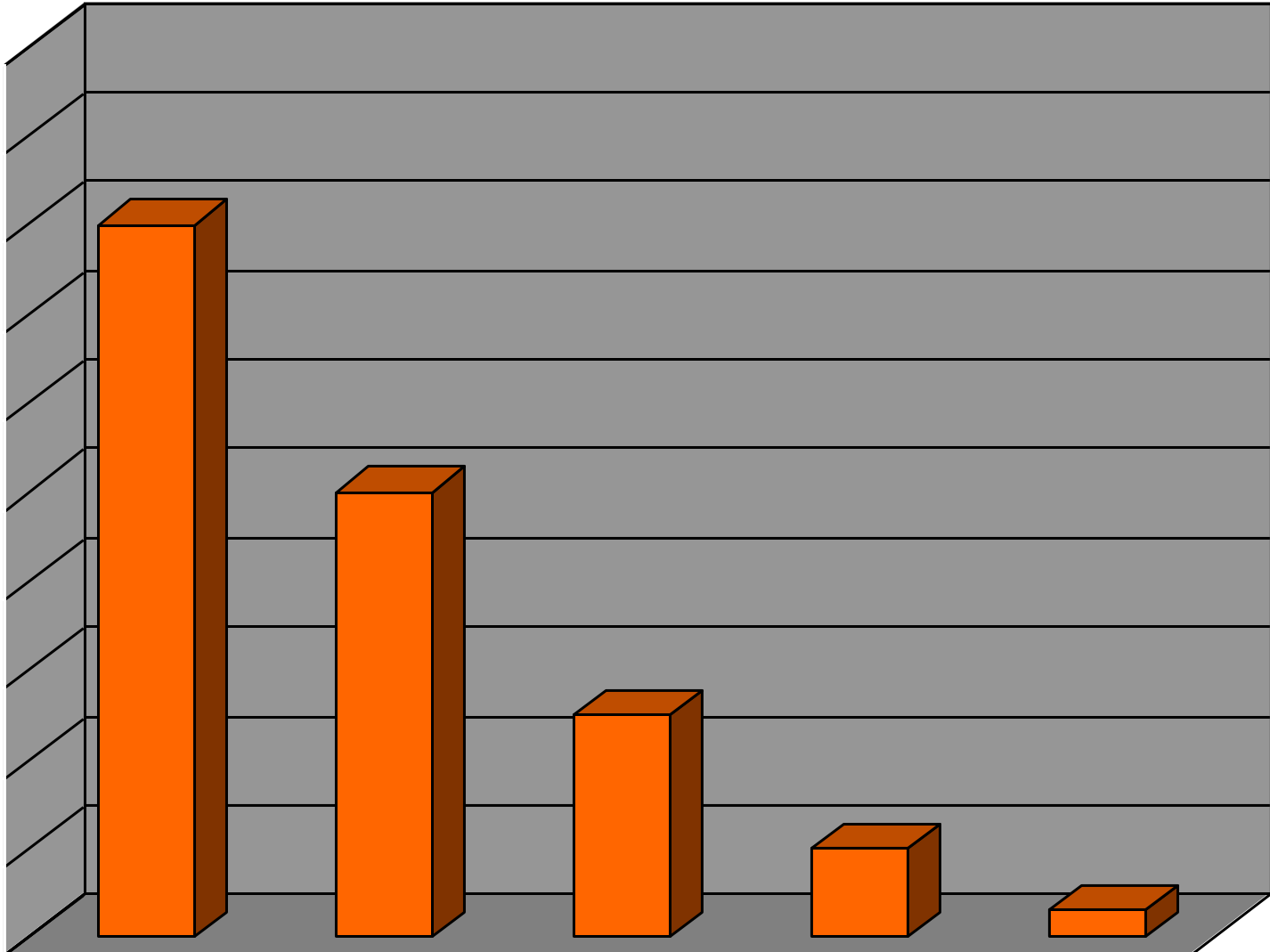
# Vertical Banded Gastroplasty at More than 5 Years

Aniceto Baltasar MD, FACS; Rafael Bou MD; Francisco Arlandis MD; Rosa Martínez MD; Carlos Serra MD; Marcelo Bengochea MD; Javier Miró MD

*The Surgical Service, 'Virgen de los Lirios' Hospital, Alcoy, Alicante, Spain*

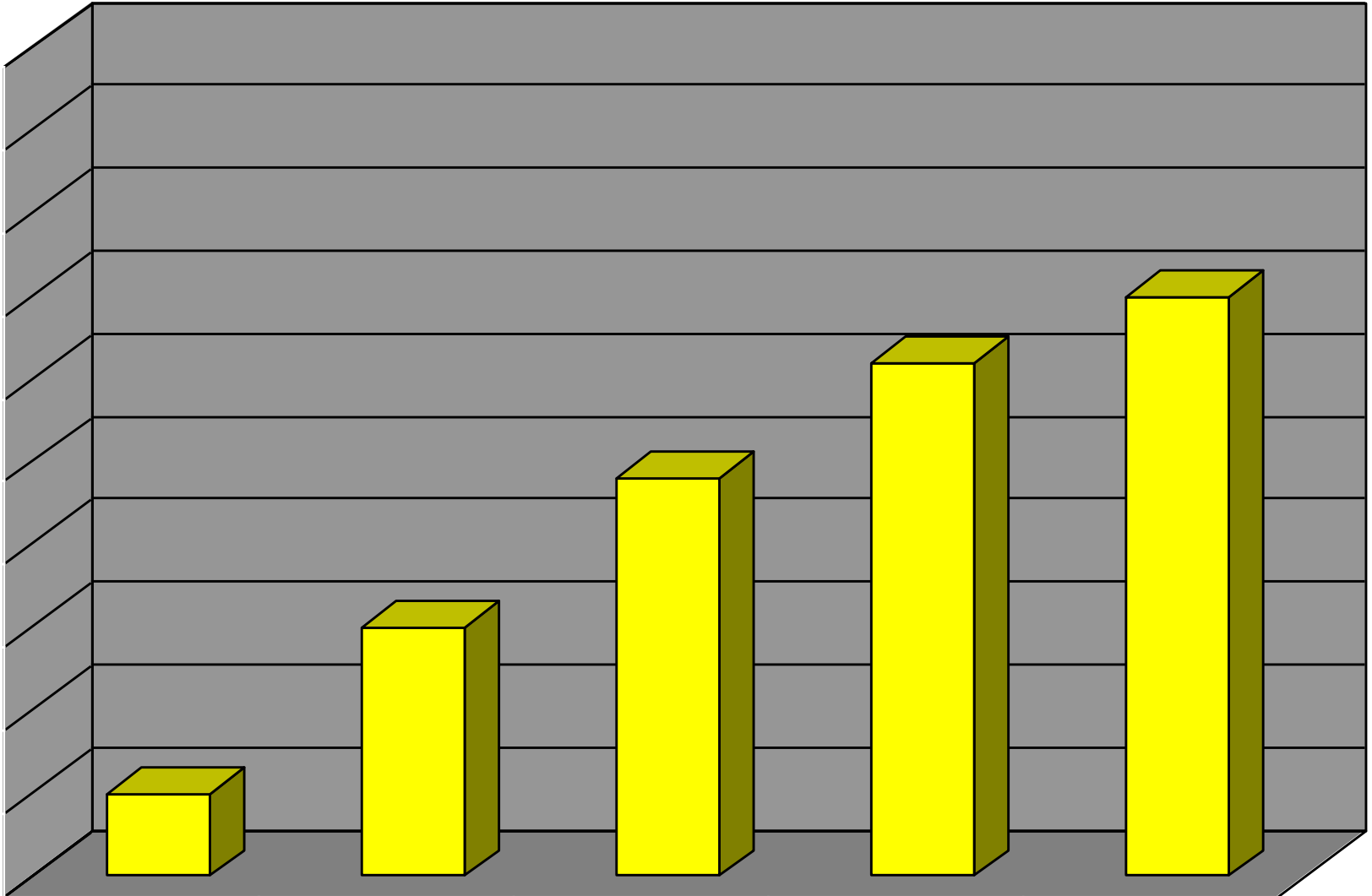
**Solo el 46% alcanzaba un el 50% de PSP**

# VBG





DG



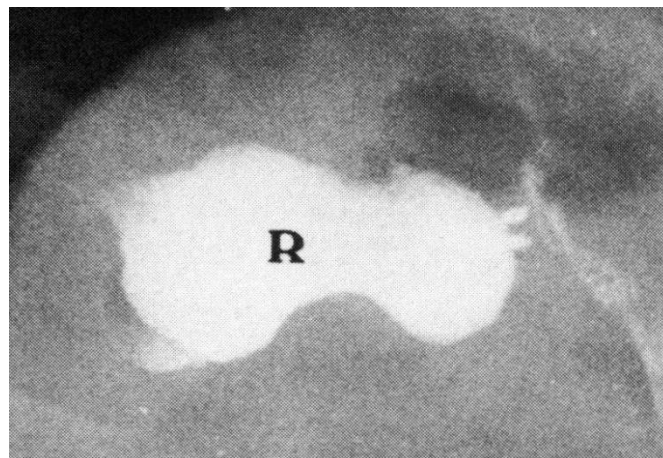
1988

12

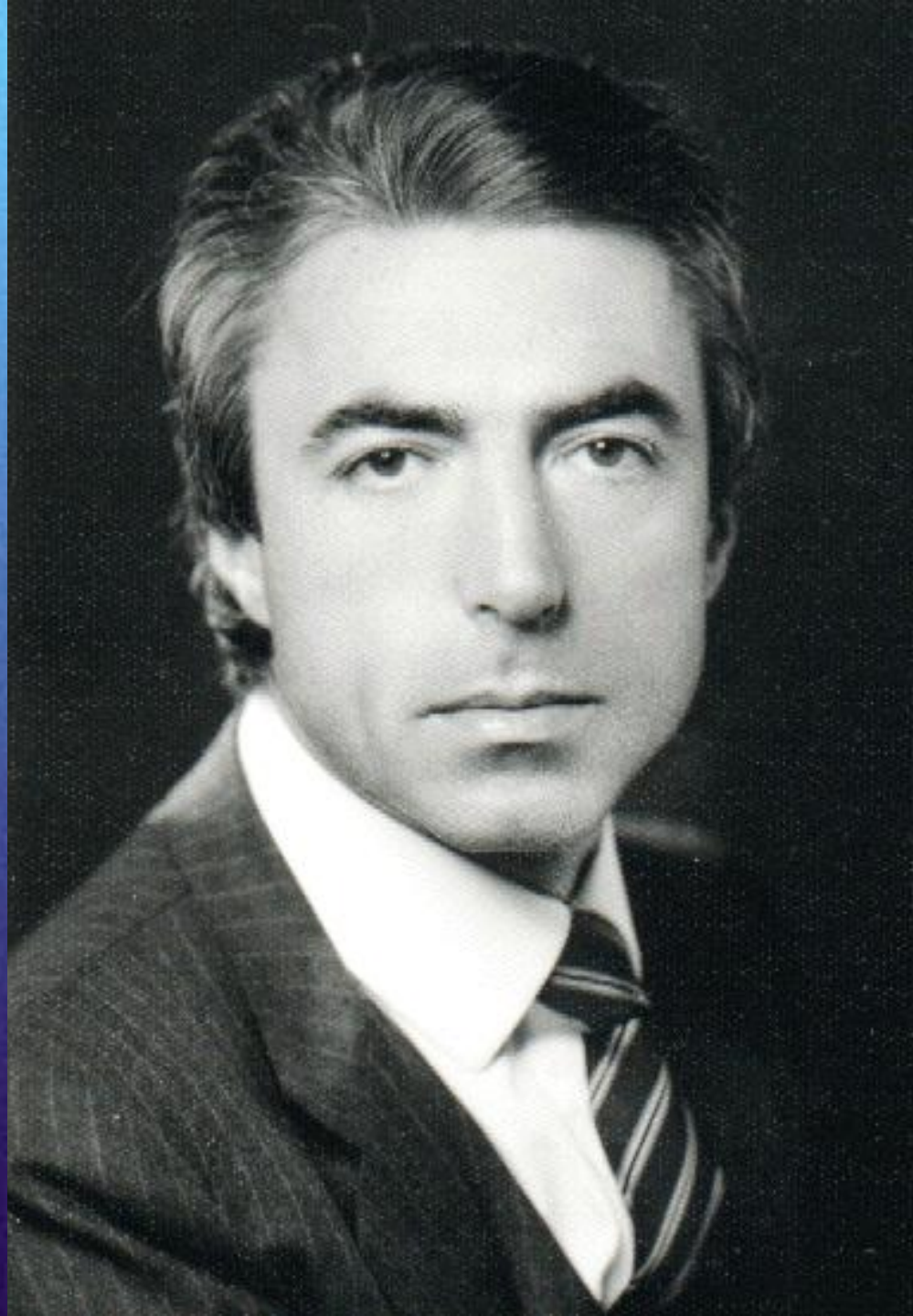
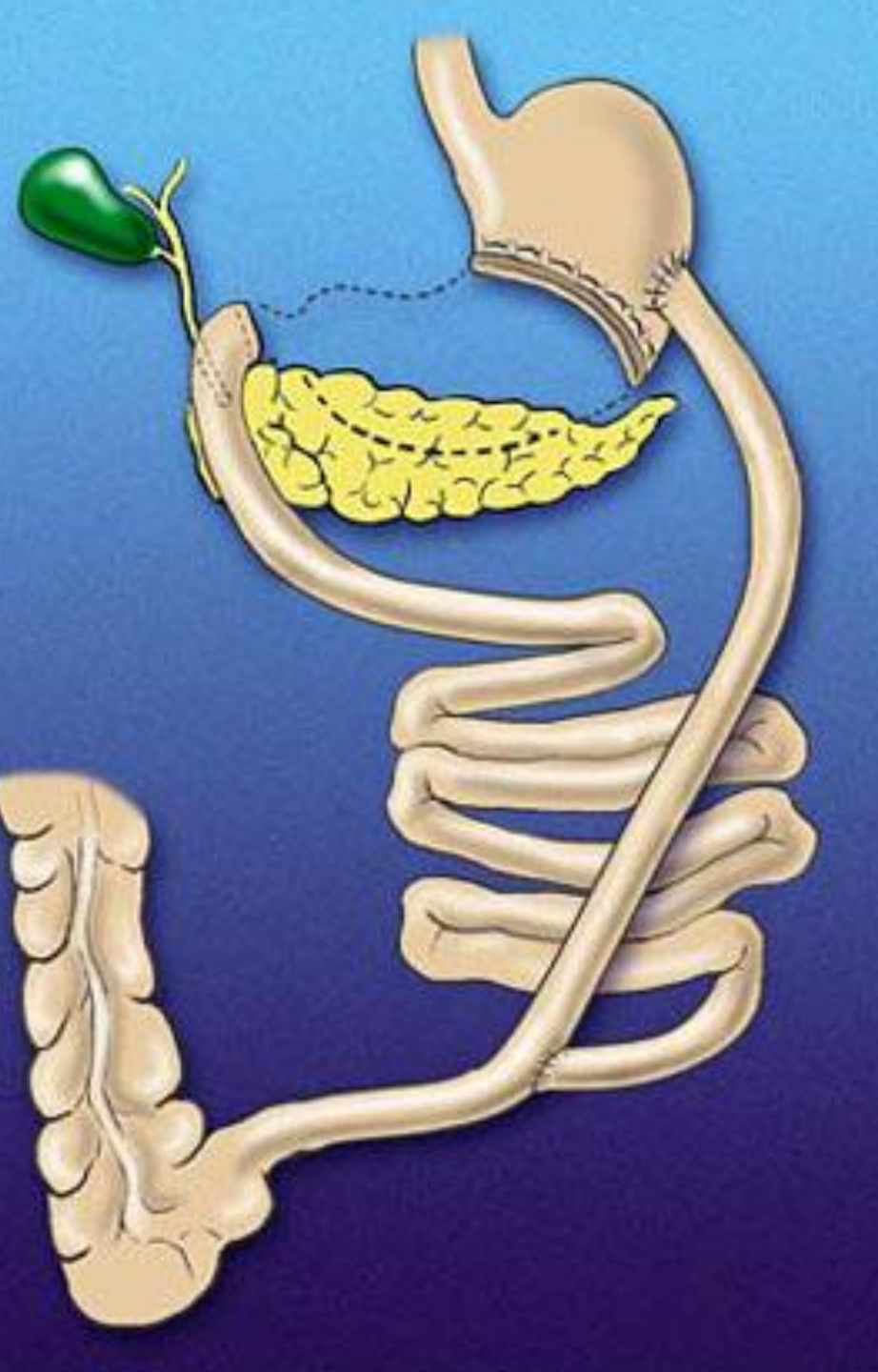
## Evaluación radiológica de la gastroplastia vertical por obesidad mórbida

L. A. ANDREO HERNANDEZ\*, R. LASIERRA DIAZ\*, A. BALTASAR TORREJON\*\*, A. GRACIA FLETA\* y M. GARCIA FRANCO

*Servicio de Radiodiagnóstico. \*\*Jefe de Servicio de Cirugía. Hospital INSALUD «Virgen de los Lirios». Alcoy. Alicante.*



Deformación en “Cacahuete”





...moeda.  
 ... running sutures re-  
 ... ime.  
 ... thoracic ce-  
 ... ntality

... m  
 ... be  
 ... gi-

... son m  
 ... restrictiva.

**Conclusiones:** La es  
 ... miento al permitir u



12(2): 16-41, Marzo 1996



Dres.: A. Baltasar, FASBS (\*); R. Boe (\*\*); M. Bengachea (\*\*\*);  
 J. del Rio (\*\*\*\*); C. Escrivá (\*\*\*\*); J. Miró (\*\*\*\*); F. Arlandis (\*\*\*\*);  
 R. Martínez (\*\*\*\*); C. Serra (\*\*\*\*); L.A. Cipagauta (\*\*\*\*); R.G. Herrera  
 (\*\*\*\*); J.J. Chisbert (\*\*\*\*)  
 Servicio de Cirugía; Hospital "Virgen de los Lirios"; Alzay Alzante,  
 España  
 (\*) Jefe de Servicio  
 (\*\*) Jefe de Sección  
 (\*\*\*) Médico adjunto  
 (\*\*\*\*) ATS DUE

**HYBRID BARIATRIC SURGERY:  
 "DUODENAL SWITCH" AND  
 BILIO-PANCREATIC DIVERSION**

**Key Words:** "Duodenal switch", bariatric surgery, morbid obesity, bilio-pancreatic diversion, pyloric preservation, vertical lineal gastrectomy

**ABSTRACT**

**Background:** Hybrid, combined or mixed bariatric surgery follow the physiological principles of the B.P.D. (Bilio-Pancreatic Diversion) as described by N. Scopinaro<sup>1</sup>, as a combination of "malabsorptive surgery" (as the intestinal bypass) with the "restrictive" (as gastric bypass or gastropasty) ones.

**CIRUGIA HÍBRIDA BARIÁTRICA:  
 "CRUCE DUODENAL" EN LA  
 DERIVACIÓN BILIO-PANCREÁTICA**

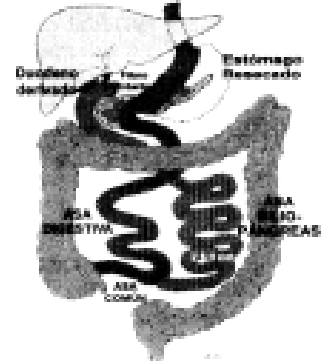
**Palabras Clave:** Cruce duodenal; cirugía bariátrica; obesidad mórbida; derivación bilio-pancreática; preservación pilórica; gastrectomía lineal vertical

**RESUMEN**

**Introducción:** La cirugía bariátrica "híbrida, mixta o combinada" sigue la idea fisiológica de la D.B.P. (Derivación Bilio-Pancreática) desarrollada por N. Scopinaro<sup>1</sup> que aúna parte de los principios de las técnicas "malabsorptivas" de bypass intestinal con las "restrictivas" de reducción de la ingesta.

**" CRUCE " DUODENAL**

Hess - Marceau - Baltasar



**"Derivación Bilio - Pancreática" con  
 Gastrectomía Lineal Vertical  
 y  
 Preservación Pilórica**

**Fig. 1**

# Biliopancreatic Diversion with a Duodenal Switch

Douglas S. Hess MD, FACS; Douglas W. Hess MD

Wood County Hospital, Bowling Green, OH, USA

**Seattle, WA.  
Octubre 12,  
1997**

After viewing a video by Baltasar<sup>5</sup> at an annual meeting of the American Society for Bariatric Surgery, we modified our procedure for the latter 188 cases. We now use the ILA-100 in all cases which forms two rows of staples. We control bleeding edges through the staple line with a 'figure 8' suture, and then a complete serosa-to-serosa closure over the staple line inverts the mucosa from the esophagus down to the pylorus with O-Biosin (a synthetic glycomer by United States Surgical). In these 188 patients we have seen only one leak. This leak was in a patient who was

Y cerramos la línea de grapas con sutura sero-serosa invirtiendo la pared. Solo hubo una fuga en los siguientes 188 casos

**Sutura continua de refuerzo del tubo gástrico**

5. Baltasar A, delRio J, Escrivá C *et al.* Preliminary results of the duodenal switch. *Obes Surg* 1998; 7: 500–4.



2000.05.23

**IMC-100**, 232 Kilos, 149 cm

6 mes 132 K. 100 Kilos perdidos

2 años 79 Kilos 153 Kilos perdidos

**IMC - 34**

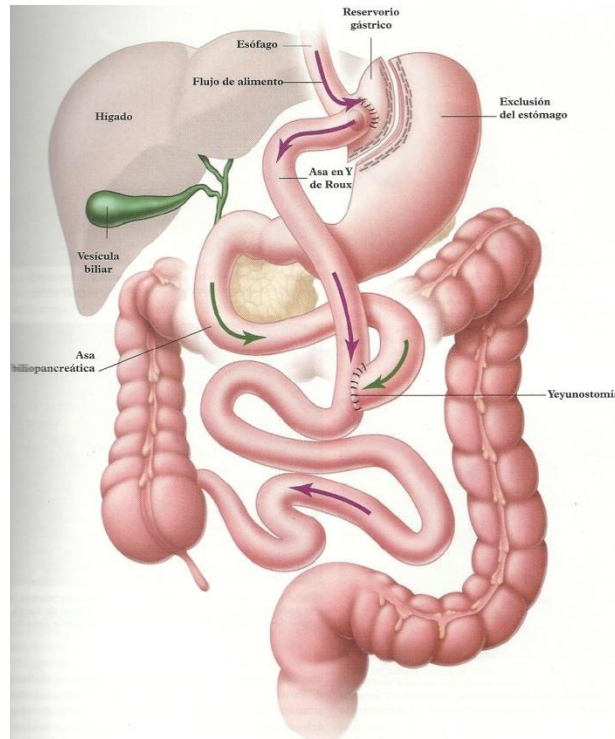
**PSP-86% & % EBMIL -88 %**

**Pobreza, Exclusión y desigualdad social**

# Técnicas más utilizadas en los 90



BGA



DGYR

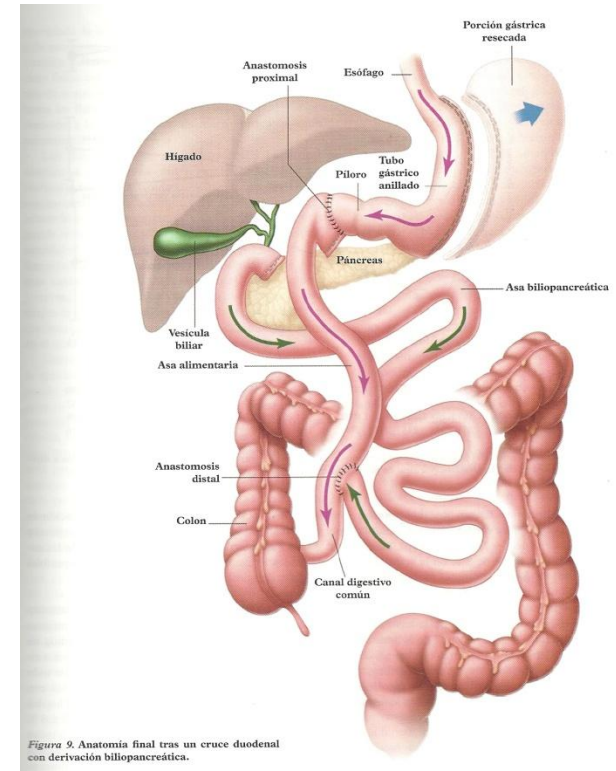


Figura 9. Anatomía final tras un cruce duodenal con derivación biliopancreática.

BPD- CD

## Duodenal Switch Provides Superior Weight Loss in the Super-Obese (BMI $\geq 50$ kg/m<sup>2</sup>) Compared With Gastric Bypass

Vivek N. Prachand, MD, Roy T. DeVee, BS, and John C. Alverdy, MD

**Objectives:** Although weight loss following Roux-en-Y gastric bypass is acceptable in patients with preoperative body mass index (BMI) between 35 and 50 kg/m<sup>2</sup>, results from several series demonstrate that failure rates approach 40% when BMI is  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>. Here we report the first large single institution series directly comparing weight-loss outcomes in super-obese patients following biliopancreatic diversion with duodenal switch (DS) and Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB).

**Methods:** All super-obese patients (BMI  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>) undergoing standardized laparoscopic and open DS and RYGB between August 2002 and October 2005 were identified from a prospective database. Two-sample *t* tests were used to compare weight loss, decrease in BMI, and percentage of excess body weight loss (% EBWL) after surgery.  $\chi^2$  analysis was used to determine the rate of successful weight loss, defined as achieving at least 50% loss of excess body weight.

**Results:** A total of 350 super-obese patients underwent DS (*n* = 198) or RYGB (*n* = 152) with equal 30-day mortality (DS, 1 of 198; RYGB, 0 of 152; *P* = not significant). The % EBWL at follow-up was greater for DS than RY (12 months, 64.1% vs. 55.9%; 18 months, 71.9% vs. 62.8%; 24 months, 71.6% vs. 60.1%; 36 months, 68.9% vs. 54.9%; *P* < 0.05). Total weight loss and decrease in BMI were also statistically greater for the DS (data not shown). Importantly, the likelihood of successful weight loss (EBWL >50%) was significantly greater in patients following DS (12 months, 83.9% vs. 70.4%; 18 months, 90.3% vs. 75.9%; 36 months, 84.2% vs. 59.3%; *P* < 0.05).

**Conclusions:** Direct comparison of DS to RYGB demonstrates superior weight loss outcomes for DS.

(*Ann Surg* 2006;244: 611–619)

Data from the National Health and Nutrition Examination Survey indicate that the prevalence of obesity among adults in the United States, defined as body mass index  $\geq 30$

From the University of Chicago, Chicago, IL.  
Reprints: Vivek N. Prachand, MD, University of Chicago, 5841 S. Maryland Ave., MC 5036, Chicago, IL 60637. E-mail: vprachan@urgery.hsd.uchicago.edu.

Copyright © 2006 by Lippincott Williams & Wilkins  
ISSN: 0003-4929/06/24404-0611  
DOI: 10.1097/01.sla.000231908.30513.2a

*Annals of Surgery* • Volume 244, Number 4, October 2006

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.



Surgery for Obesity and Related Diseases 3 (2007) 31–36

SURGERY FOR OBESITY  
AND RELATED DISEASES

Original article

## Comparison of effects of gastric bypass and biliopancreatic diversion with duodenal switch on weight loss and body composition 1–2 years after surgery

Gladys Witt Strain, Ph.D., R.D.<sup>a,\*</sup>, Michel Gagner, M.D.<sup>a</sup>, William Barry Inabnet, M.D.<sup>b</sup>, Gregory Dakin, M.D.<sup>a</sup>, Alfons Pomp, M.D.<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Weill College of Medicine of Cornell University, New York, New York  
<sup>b</sup>Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, New York  
Received June 9, 2006; revised August 15, 2006; accepted September 4, 2006

### Abstract

**Background:** Gastric bypass (GB) is the most common surgical procedure for weight loss in the United States. Biliopancreatic diversion with duodenal switch (BPD/DS) is less routinely performed, perhaps because of its technical difficulty and metabolic concerns. The objective of this study was to determine whether these procedures had differential effects on weight loss and body composition.

**Methods:** Body composition was measured by bioimpedance (Tanita 310) at the initial consultation, and follow-up measurements were completed 1–2 years after surgery.

**Results:** Of the 72 patients in the study, 50, aged  $46.2 \pm 8.5$  years, had undergone GB and were measured 15.5  $\pm$  5.2 months after surgery and 22, aged  $40.6 \pm 7.9$  years, had undergone BPD/DS and were measured 19.5  $\pm$  7.5 months after surgery. Patient age and time after surgery were significantly different between the 2 groups. The body mass index (BMI) for the BPD/DS group was  $53.6 \pm 11.9$  kg/m<sup>2</sup>, significantly greater than the BMI of the GB group ( $48.0 \pm 6.3$  kg/m<sup>2</sup>; *P* = .009). However, the percentage of body fat did not differ between the 2 groups (*P* = .515). Postoperatively, the BMIs for the GB group ( $31.5 \pm 5.0$  kg/m<sup>2</sup>) and BPD/DS group ( $30.3 \pm 6.1$  kg/m<sup>2</sup>) were not significantly different (*P* = .384). The percentage of body fat for the GB and BPD/DS groups had changed from  $49.2\% \pm 8.3\%$  to  $32.1\% \pm 10.6\%$  and  $47.9\% \pm 5.9\%$  to  $23.8\% \pm 10.4\%$ , respectively (*P* = .002). The BMI had decreased by  $16.5 \pm 4.8$  kg/m<sup>2</sup> after GB and  $23.3 \pm 6.8$  kg/m<sup>2</sup> after BPD/DS (*P* < .001). The decrease in fat was  $17.1\% \pm 8.2\%$  after GB and  $24.2\% \pm 7.2\%$  after BPD/DS (*P* < .001).

**Conclusion:** The BPD/DS procedure is more effective in reducing the BMI and promoting fat loss than is GB. The assessment of the impact of these two operations on an individualized basis offers additional information to assist in the evaluation of these procedures. (*Surg Obes Relat Dis* 2007;3:31–36.) © 2007 American Society for Bariatric Surgery. All rights reserved.

**Keywords:** Gastric bypass surgery; Biliopancreatic diversion with the duodenal switch; Body composition; Weight loss comparison

As recently as July 2004, the Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons reported in a comprehen-

sive review of English published studies that “no data” were available comparing malabsorptive procedures with the standard Roux-en-Y gastric bypass and no conclusions as to the relative efficacy of malabsorptive bariatric procedures could be made [1]. Our review agreed with the paucity of data. Denveny et al. [2] reported no difference in weight loss expressed as the percentage of excess body weight at 2 years of follow-up for 57 patients who had undergone open or closed gastric bypass (GB) and 36 patients who had

kg/m<sup>2</sup> [BMI; calculated as weight (kg) divided by the square of the height (m)], has increased from 13% in 1960 to 1962<sup>1</sup> to 32% in 2003 to 2004.<sup>2</sup> In this recent estimate, 3% of men and 7% of women were severely obese (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>). Bariatric surgery has been shown to be the most effective means of achieving significant and sustained weight loss in individuals with this degree of obesity.<sup>3–6</sup> Indeed, the increased prevalence of severe obesity, improved public, and physician awareness of the burden of obesity-related medical and psychosocial morbidity, recognition of the effectiveness of bariatric surgery, and the development of laparoscopic techniques for bariatric procedures<sup>7</sup> have all contributed to the significant increase in the number of bariatric procedures performed in the United States and worldwide.<sup>8,9</sup>

A “hidden” component of the obesity pandemic is the disproportionate increase observed at the upper end of the obesity spectrum: between 1986 and 2000, severe obesity (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) quadrupled, and the prevalence of BMI  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup> quintupled, accounting for approximately 1 in 400 U.S. adults in 2000.<sup>10</sup> This latter subgroup of severe obesity (BMI  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>) was termed “super-obesity” by Mason et al in 1987.<sup>11</sup> Hospitals and clinics face significant infrastructural challenges when caring for super-obese patients. The surgeon may face several technical challenges when operating, including massive hepatomegaly, greater intra-abdominal adiposity, and an increased abdominal wall thickness requiring significant torque when using laparoscopic instruments. Super-obesity is also associated with a greater burden of obesity-related comorbidities.<sup>12</sup> Taken together, these challenges may contribute to increased complication rates and mortality following bariatric surgery observed in super-obese patients in some series.<sup>13–15,24</sup>

It is important to note that the concept of super-obesity initially proposed by Mason et al was based on the observation that patients with a higher degree of severe obesity undergoing vertical banded gastroplasty (VBG) often failed to achieve satisfactory weight loss after surgery.<sup>11</sup> Indeed, the differences in weight-loss outcomes between patients with severe obesity and super-obesity initially noted following VBG has subsequently been demonstrated with other bariatric operations.<sup>15,18,19,22,42</sup>

Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) is the most commonly performed bariatric procedure in the United States, accounting for over 80% of all bariatric procedures performed in 2002.<sup>8</sup> In a recent meta-analysis by Buchwald et al

Presented at the 23rd Annual Meeting of the American Society for Bariatric Surgery; June 26, 2006, San Francisco, California

\*Reprint requests: Gladys Witt Strain, Ph.D., R.D., Department of Surgery, Weill Medical College of Cornell University, 525 East 68th Street, Box 294, New York, NY 10021.

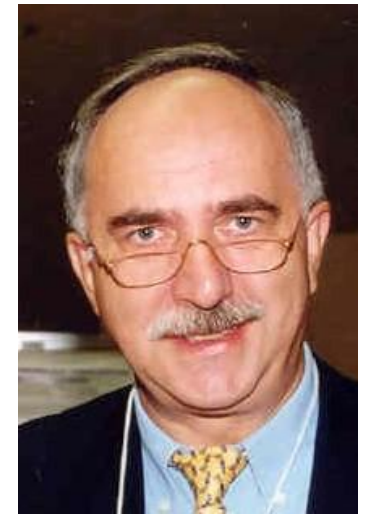
E-mail: gis2010@med.cornell.edu

1550-7289/07/\$ – see front matter © 2007 American Society for Bariatric Surgery. All rights reserved.  
doi:10.1016/j.soard.2006.09.002

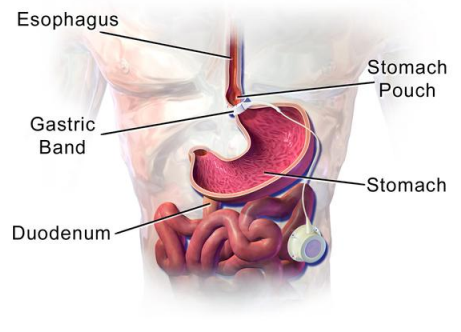
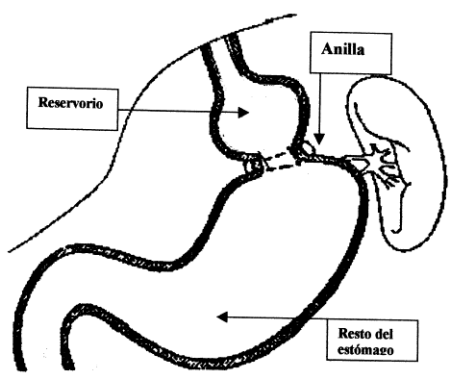
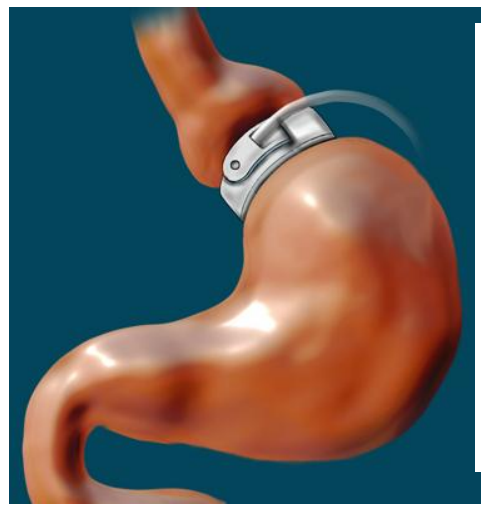


1991

# Mitiku Belachew, the first surgeon inventor of the LAP-BAND System and first to perform the procedure on a human in Belgium



**Pedro Kuri, Tijuana; Mx**    **Rudolph Weiner, GE**

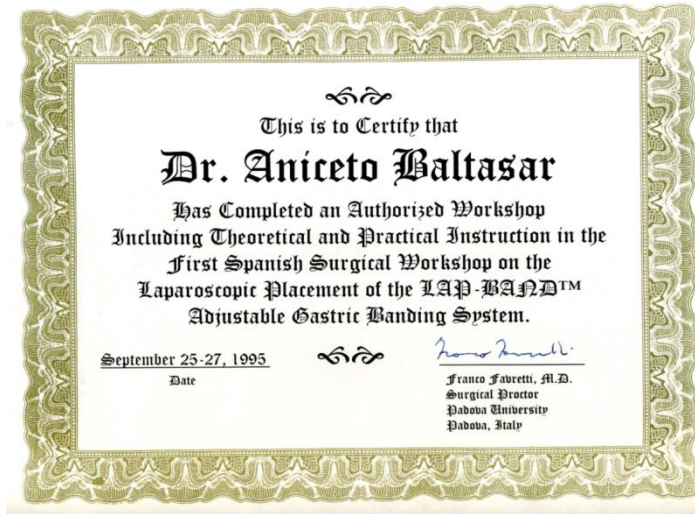


**Adjustable Gastric Banding**



**Jaime Ponce. 2013**  
**Presidente ASMBS**

# Septiembre 25-27, 1995



- June 1986: First use of open adjustable silicone gastric banding (ASGB)
- April 1990: **First use of ASGB in Europe**
- December 1990: ASBG FDA-approved clinical trial started in the US with the first patient surgery
- September **1991: First ASGB workshop in Europe**
- September 1991: **First laparoscopic adjustable gastric band used in Europe. Mitiku Belacheu**
- March 1994: First LAP-BAND System workshop in Europe
- June 1995: LAP-BAND FDA-approved clinical trial started in the US with the first patient surgery in the US
- June 2001: The LAP-BAND System is approved by the FDA for use in the United States
- April 2007: 300,000 LAP-BAND Systems implanted worldwide
- January 2011: **650,000 LAP-BAND System devices sold worldwide**
- February 2011: The LAP-BAND System **is approved** by the FDA for use with people who have a **>BMI-30**



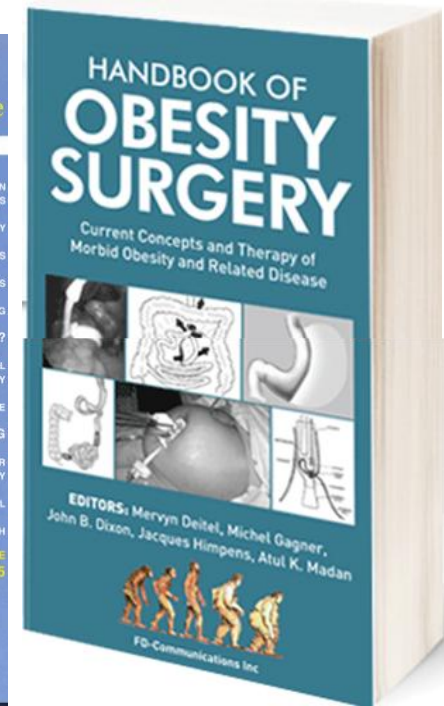
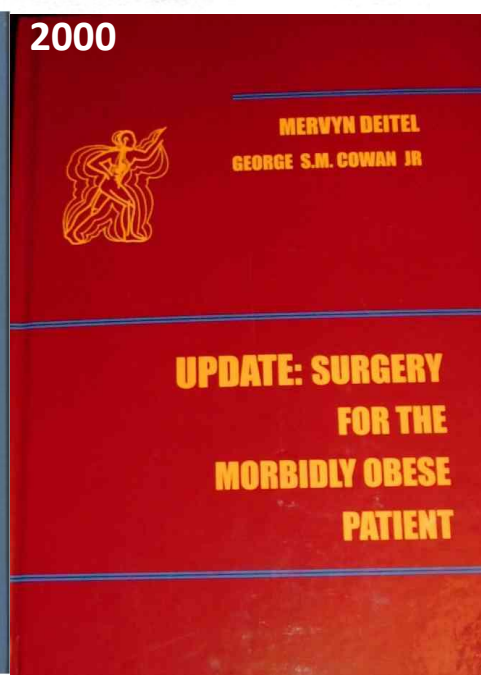
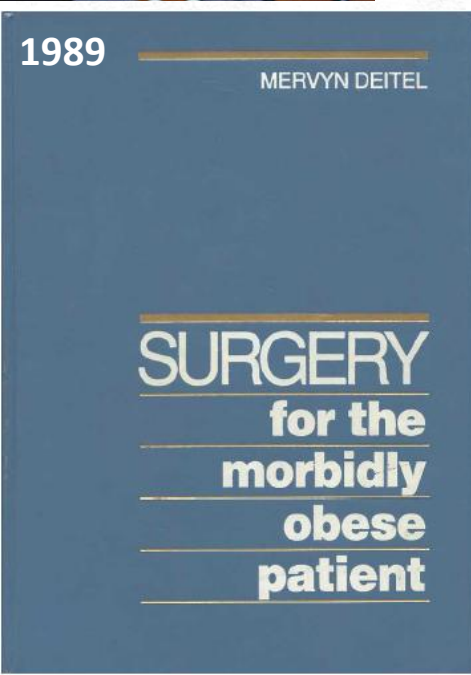
Fundador de **Obesity Surgery** 1990

Presidente de **IFSO** 1997-2003

Dueño de “**Obesity Surgery**” 1995-2007

Catedrático y Jefe de Cirugía  
St. Joseph's Hospital and  
Hospital Universitario de Toronto

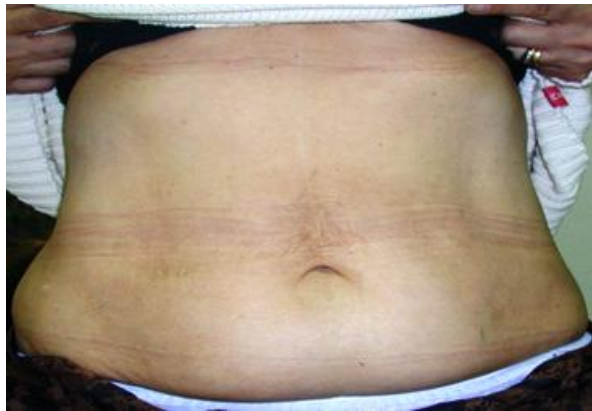
Aniceto Baltasar, Gema Fruhbeck, Felipe de la Cruz  
Vigo, Carlos Ballesta, Álvaro Larrad, Carlos Serra







**Incisión trasversa**



**Incisión no visible**

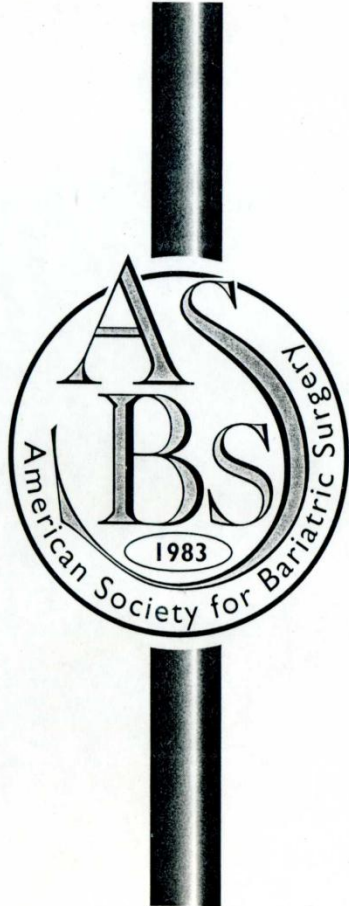


**Ideal para  
dermolipectomía**



1996

# American Society for Bariatric Surgery



To all to whom these presents shall come, Be it known  
that by virtue of authority vested in the Executive Council of the  
American Society for Bariatric Surgery  
does hereby admit

Aniceto Baltasar, M.D.

as a

Regular Member

Signed this 1<sup>st</sup> day of October 1996

President Kenneth G. Mead Secretary Latham Blannigan, Jr.

1er Miembro Español

# Fundación en 1997



[www.seco.org](http://www.seco.org)

1998

# THE INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY



HEREBY DECLARES THAT

*Dr. Aniceto Baltasar Torrejón*

IS A MEMBER OF THIS ORGANIZATION

Established to Promote and Recognize Qualification, Achievement and Communication  
in the Challenging Field of Massive Obesity

In witness whereof the signatures are hereto affixed

*George S.M. Cowan, Jr.*  
President

*Herwyn Dittel*  
Executive Director

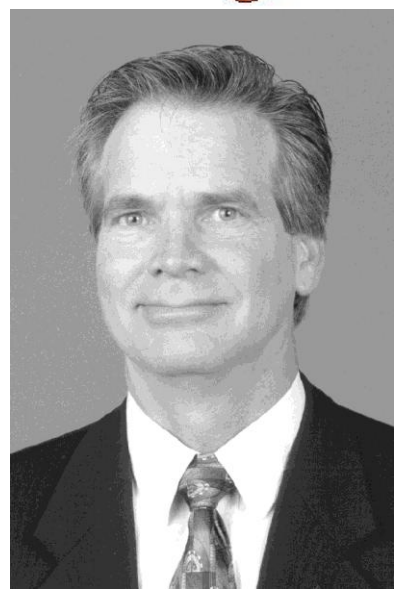
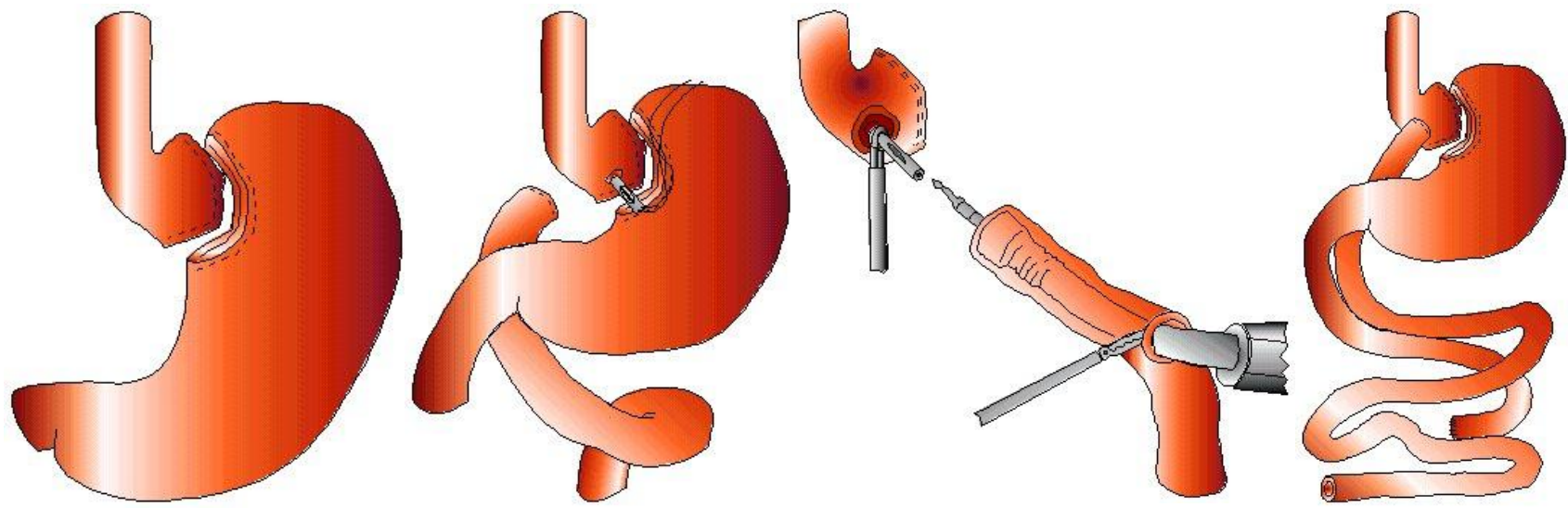
*Nicola Lepore*  
Honorary President

Given this *30 November, 1998*



1993

# RNY Gastric Bypass by Lap



**Alan Wittgrove** & **Wesley Clark**

**Modern Surgery: Technical Innovations**

## **Laparoscopic Gastric Bypass, Roux-en-Y: Preliminary Report of Five Cases**

**5 casos**

**Alan C. Wittgrove, MD, FACS; G. Wesley Clark, MD; Laurier J. Tremblay, MD,  
FACS**

*Alvarado Center for Surgical Weight Control and Alvarado Hospital Medical Center, San Diego, USA*

*Obesity Surgery, 6, 54–57*

**1996 – 27 casos**

## **Laparoscopic Gastric Bypass, Roux en-Y: Experience of 27 Cases, with 3–18 Months Follow-Up**

**Alan C. Wittgrove, MD, FACS; G. Wesley Clark, MD**

*Alvarado Hospital Medical Center, Department of Surgery, San Diego, CA, USA*

*Obesity Surgery, 6, 500–504*

## **Laparoscopic Gastric Bypass, Roux en-Y: Technique and Results in 75 Patients With 3–30 Months Follow-up**

**75 casos en noviembre**

**Alan C. Wittgrove\*, MD, FACS; G. Wesley Clark, MD; Katherine R.  
Schubert, MPH**

*\*Co-Medical Director of the Bariatric Surgery Program at Alvarado Hospital Medical Center, San Diego, CA, USA*

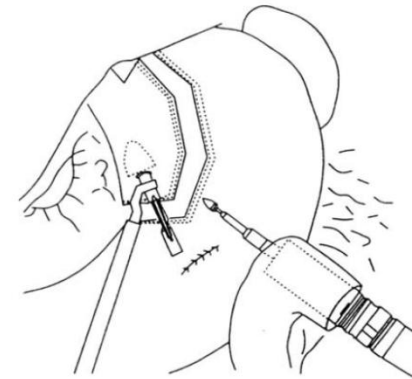


Figure 2. Realization of the gastrojejunostomy.



Figure 3. The stapler can be introduced like a trocar through a small incision in the left upper quadrant.



## Laparoscopic Gastric Bypass: Circular Stapler Technique

---

Alan Wittgrove, MD, FACS

2008

The most significant change in technique was placing the circular stapler directly through the skin incision rather than placing it through a 33-mm trocar. Initially, the circular stapler was introduced via a 33-mm port. Several surgeons began using other techniques for the placement of this stapler and we adopted the technique after discussion with Dr. Baltasar. As we first discarded the port, we found our



1998

**II REUNION NACIONAL DE LA S.E.C.O.  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE LA  
OBESIDAD**

Diciembre 3-4 · Granada

**CERTIFICO:**

**A. BALTASAR, R. BOU, J. MIRÓ, M. BENGOCHEA, F.  
ARLANDIS.**

**"BYPASS GASTRICO x LP."**

**V16**

**Lap Roux-Y gastric bypass**

A Baltasar, R Bou, J Mir, M Bengochea and F Arlandis

San Jorge, Alcoy, Spain

*Background* Gastric bypass is the 'golden operation' for obesity. Laparoscopic techniques allow the same operation without laparotomy.

*Method* The operation is performed with six lap-ports. The liver is displaced. The proximal gastric reservoir is made by two to four applications of linear stapler's 3-4 and 5 cm in length along the lesser curvature. A tunnel is made above the Treitz ligament retrogastric and retrocolic. The small bowel is divided at 40 cm, and a 70-cm Roux-en-Y loop is brought up. The side-to-side Roux-en-Y anastomosis is made with linear staplers. The anvil of a circular #21 stapler is bro

traction with a wire loop retrieved from the stomach by the endoscopist. The #21 stapler is fired through a small bowel enterotomy and the gastric end-to-end gastroenterotomy is performed. A second linear stapler is used to close the enterotomy.

*Results* This technique has been tried in ten patients and it was performed successfully in only three of the them, with 260, 340 and 300 min operating time. Technical details are to be improved. This is a very 'complex' advanced lap technique. The first patient, 1 year postoperation, had 90% EWL. The rest of the patients were converted due to bleeding (two), inability to pass the anvil throughout the oesophagus (two), failure to use the appropriate stapler (one) and impossibility to make the retro-gastric tunnel (two).

*Conclusion* This beautifully devised operation, with a very difficult learning curve, will probably become a standard technique in bariatric surgery.

Sven  
Guftanson.  
Upsala  
Sweden



A. Baltasar  
Alcoy  
Spain

## 2ª/ 3ª Publicación mundial

### Derivación gástrica por laparoscopia en la obesidad mórbida

Baltasar, A.; Bou, R.; Miró, J.; Arlandis, F.; Serra, C., y Martínez, R.

Servicio de Cirugía General. Hospital «Virgen de los Lirios». Alcoy (Alicante).

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** la derivación gástrica es el patrón oro de las técnicas de cirugía bariátrica. La derivación gástrica por laparoscopia (DGxLP) es una técnica avanzada y novedosa para el tratamiento de la obesidad mórbida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se han intervenido 27 pacientes y en 17 casos se pudo completar la intervención por laparoscopia. Se describe la técnica en detalle.

**RESULTADOS:** el porcentaje de sobrepeso perdido supera el 70% a los 12 y 18 meses y son superponibles a la misma operación por laparotomía.

**CONCLUSIONES:** es una técnica compleja, con muchos detalles y la curva de aprendizaje es muy difícil. Las fugas es la complicación más grave.

Wittgrove y Clark (2) realizan el 27 de octubre de 1993 la primera derivación gástrica por laparoscopia (DGxLP). Wittgrove (3, 4) amplía su experiencia a 27 y 75 casos. De la Torre (5) presenta 50 casos en 1999.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el 14 de enero de 1997 al 30 de noviembre de 1999 hemos intervenido a 27 pacientes de DGxLP con peso preoperatorio medio de 123 kg (107-160) e IMC medio de 43,16 (39-58). Todos cumplían los criterios de inclusión de cirugía bariátrica y firmaron un consentimiento informado para ser tratados con esta nueva opción terapéutica.

### Bypass gástrico por laparoscopia: estudio preliminar

A. Baltasar\*, R. Bou\*\*, J. Miró\*\*, F. Arlandis\*\*, C. Serra\*\* y R. Martínez\*\*

\*Jefe de Servicio. \*\*Médico adjunto. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

#### Resumen

**Introducción.** El bypass gástrico es el "patrón oro" de las técnicas de cirugía bariátrica. El bypass gástrico por laparoscopia es una técnica avanzada y novedosa para el tratamiento de la obesidad mórbida.

**Paciente y métodos.** Se han intervenido 16 pacientes y sólo en 6 casos se pudo completar la intervención por laparoscopia. Se describe la técnica en detalle.

#### GASTRIC BYPASS USING LAPAROSCOPIC TECHNIQUES: PRELIMINARY STUDY

**Introduction.** Gastric bypass is the gold standard in bariatric surgery. Laparoscopic gastric bypass is an advanced and novel technique for the treatment of morbid obesity.

**Patients and methods.** In a series of 16 patients undergoing laparoscopic gastric bypass, the technique could be successfully completed in only six. The procedure is described in detail.

## Sociedad Española de Patología Digestiva

Dr. D. Aniceto Baltasar

ha sido galardonado con el premio anual de la Sociedad "Arias Vallejo" en su modalidad de

### INVESTIGACIÓN QUIRÚRGICA

por su trabajo "Derivación gástrica por laparoscopia en la obesidad mórbida".

publicado en el año 2000 en Revista Española de Enfermedades Digestivas.

Madrid, 17 de Junio de 2001

Presidente,



Secretario,



Premio Nacional "Arias Vallejo"

de Investigación en Cirugía.

Sociedad Española de Enfermedades

del Aparato Digestivo 2001

**Premio Arias Vallejo 2001 a la mejor publicación quirúrgica en**

**Rev. Esp. Enf. Digest. 2000**

**La derivación gástrica en la obesidad mórbida**





1999

# XXII Curso Internacional de Actualización en Cirugía, Madrid

Enrique Moreno

## RESULTADOS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

### BARIATRIC SURGERY RESULTS



G.S.M.Cowan

Memphis, TN, USA

M. Fobi

Los Ángeles, CA, USA

N. Scopinaro

Génova, Italia

G.W.Clark

San Diego, CA, USA

F. Cruz Vigo

Madrid. España

A. Baltasar

Alcoy. España



*Obesity Surgery, 9, 546–549*

## Case Report

# Internal Hernias and Gastric Perforation After a Laparoscopic Gastric Bypass

**Carlos Serra, MD, PhD; Aniceto Baltasar, MD, FACS; Rafael Bou, MD; Javier Miró, MD; L. A. Cipagauta, MD**

*The Surgical Service, “Virgen de los Lirios” Hospital, Alcoy, Alicante, Spain*

**A 27-year-old woman underwent laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. A retrocolic-retrogastric herniation of most of the small bowel and later a gastric perforation due to internal hernia at the mesenteric defect of the jejunio-jejunostomy occurred. These unusual, but not rare, complications are directly related to the neoanatomy that follows gastric bypass and can lead to rapidly progressing and life-threatening situations. Proper evaluation of clinical signs and**

Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (LRYGBP) was first reported by Wittgrove and Clark in 1994,<sup>2</sup> and their experience with a significant number of patients has shown excellent results compared with the open technique.<sup>3,4</sup> In addition, LRYGBP achieves superior cosmetic results, less morbidity, less recovery time and hospital stay, and reasonable operating times but represents an ad-

# Anatomical Basis for the Low Incidence of Internal Hernia After a Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Without Mesenteric Closure

Joaquin Ortega • Norberto Cassinello •  
David Sánchez-Antúnez • Consuelo Sebastián •  
Francisco Martínez-Soriano

Published online: 6 March 2013

© Springer Science+Business Media New York 2013

Ever since the first publication that warned about the increase in internal hernias after laparoscopic gastric bypass surgery [9]

9. Serra C, Baltasar A, Bou R, et al. Internal hernias and gastric perforation after a laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg.* 1999;9:546–9.

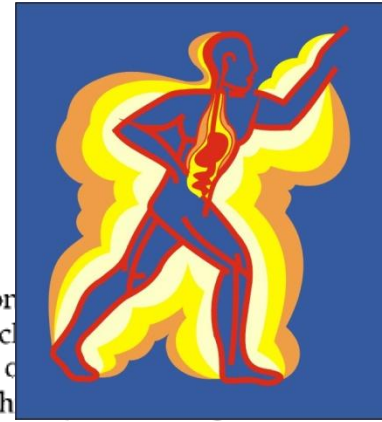
## Editorial

# IFSO Becomes a Reality

The International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO) meeting in Prague (26–29 September 1996) was particularly notable for national attendance, new membership, consensus statements, journal policy, and its superb venue in Prague. Bariatric surgeons from 23 nations around the world attended.

The IFSO General Council accepted the applications of five more organizations to become Affiliate Members, doubling its organizational membership. These include BeNeLux, Brazil, Austria, Germany and Greece, which now join the founding Adhering Bodies, Australia–New Zealand, USA–Canada, Mexico, Italy and the Czech Republic.

below  
which  
one of  
of the  
Surgery now has 11 organizational sponsors. This includes the ten IFSO Adhering Bodies plus IFSO itself.



The obvious vitality of the 1-year-old IFSO is most gratifying. Also, your editors are delighted at the potentiating effect of IFSO upon the journal and the journal attracting new members to IFSO who are desirous of the lower IFSO member subscription rates. It is not merely a formalization of Nicola Scopinaro's highly successful 10 years of the annual International Symposium on Obesity

OBES SURG (2008) 18:767

DOI 10.1007/s11695-007-9370-1

EDITORIAL

## The Evolution of IFSO

Rafael Álvarez-Cordero

I remember that historic day in 1995 when IFSO was founded in Stockholm, Sweden, and 12 years later, we are

# Executive and Councils of the INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY (IFSO)

Executive and Councils of the  
INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY (IFSO)

## Executive and Councils of the INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY (IFSO), 2001- 2002

President - Martin Fried

Executive Director - Mervyn Deitel

**President-Elect - Aniceto Baltasar**

Vice-President - Arthur B. Garrido, Jr

Secretary-Treasurer - John Melissas

Junior Past President - Andrew C. Jamieson

Senior Past President - Emanuel Hell

Honorary President - Nicola Scopinaro

Chair, Board of Trustees - George S.M. Cowan, Jr

Assistant Executive Director - Jan W. M. Greve

Official Journal: *OBESITY SURGERY* [www.obesitysurgery.com](http://www.obesitysurgery.com)

Information: [www.obesity-online.com/IFSO](http://www.obesity-online.com/IFSO)

IFSO Office: Mervyn Deitel, MD, 3100 Bayview Avenue, Unit 4, Toronto, ON  
M2N 5L3, Canada; Tel: 416-750-9608; Fax: 416-750-9051 or 416-224-5455;

e-mail: [medicine@sympatico.ca](mailto:medicine@sympatico.ca)

**La Asociación Española de Cirujanos  
aceptó en el 2002 a la  
Cirugía Bariátrica  
como una Sección de  
Cirugía General**



# V REUNIÓN NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

Zaragoza, 18, 19, 20 y 21 de Septiembre de 2002



**SEDE DEL CONGRESO:  
Hospital Clínico Universitario  
"Lozano Blesa"**

Salón de Actos, Planta 1ª  
Avda. San Juan Bosco, 15 • 50009 Zaragoza

En el trabajo del Dr. Baltasar nos presenta su enorme experiencia con la técnica de cruce duodenal (CD) en 482 pacientes operados en los últimos 9 años. El Dr. Baltasar es actualmente el único presidente honorario de la SECO, nombramiento que se le concedió en el último congreso celebrado en el mes de septiembre de 2002 en Zaragoza, en el que tuvo el alto honor de ser su presidente. Ha sido y es actualmente la figura más emblemática.





**8º IFSO - Salamanca 2003**



# Morbid Obesity Peri-operative Management

Editor in Chief:

**Adrian Alvarez**

Associated editors:

**Jay Brodsky  
Martin Alpert  
George Cowan**



## Morbid Obesity Peri-operative Management

Edited by  
**Dr Adrian Alvarez**



Dr Adrian Alvarez is at present one of the most recognized experts in the anesthetic management of the morbidly obese patient in the world. Being an anesthesiologist and also general surgeon he early recognized the importance of the multidisciplinary approach to these kind of individuals. He has been working in this scenario in close relationship with experts of other fields (bariatric surgeons, internists, nutritionists) since many years ago, and this spirit is clearly reflected in this work "Morbid Obesity, Perioperative Management".

Morbid obesity occurs in patients with a body mass index (BMI) of > 40 and is associated with serious, debilitating and progressive co-morbidities.

There has been an impressive and sustained growth of the problem in the last decades. One in five patients has a BMI over 30, one in 50 over 40, and one in 400 has a BMI over 50. This increase, combined with the fact that the number of bariatric surgery procedures per year was over 100,000 in 2003 and increasing rapidly just in the USA, means that anesthesiologists are more often encountering patients with morbid obesity. Since obesity is present in such a high percentage of the general population, it is also not unusual to be presented with a morbidly obese patient for non-bariatric surgical procedures.

Obesity itself, its complications, and its treatment have significance for the anesthesiologist. Pathophysiologic changes induced by overweight (cardiac, respiratory, metabolic, and digestive functions amongst others) and frequent co-morbidities (diabetes, arterial hypertension, sleep apnea, etc.) are commonly responsible for a greater perioperative morbidity and mortality.

*Morbid Obesity Perioperative Management* delivers a comprehensive look at care in all areas involving the morbidly obese surgical patient, from preoperative evaluation and preparation to intraoperative and postoperative management. The authors, all experts in their respective areas, present the most up-to-date information in their chapters. The international nature of the contributors emphasizes the international scale of the obesity epidemic. The reader is encouraged to use this book as a reference.

**CAMBRIDGE  
UNIVERSITY PRESS**



Adrián Álvarez, “**Tato**”. 1er libro de

**Anestesia en Cirugía Bariátrica**

**Conferencias magistrales en Tenerife y  
Salamanca**

**Cleveland Clinic (Philip Schauer ASBS)**

**Grupo de Anestesia de IFSO**

2004

CAMBRIDGE

## Chapter I

Introduction. Perioperative management. Reasons for a multidisciplinary approach

**Adrian O. Alvarez MD\***, **Aniceto Baltasar MD\*\***

\*Adrian O. Alvarez MD. Medical Director, IMETCO (Instituto Multidisciplinario Especializado en el Tratamiento y Cirugía de la Obesidad), Buenos Aires, Argentina. Staff anesthesiologist, Hospital Arturo Oñativia, Buenos Aires, Argentina-

\*\*Aniceto Baltasar MD. Chairman Department of Surgery. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Spain. IFSO Past-president, (International Federation for the Surgery of Obesity).-

# Papers in OBESITY SURGERY Jan.-Sept. 2005

Argentina	1	Korea	1
Australia	7	Mexico	1
Austria	5	New Zealand	2
Belgium	6	Netherlands	3
Brazil	20	Poland	4
Canada	6	Saudi Arabia	3
Chile	4	Spain	31
France	20	Sweden	1
Germany	3	Switzerland	6
Greece	8	Taiwan	1
Iceland	1	Turkey	2
Israel	6	United Kingdom	4
Italy	20	USA	84
		<hr/>	
		<b>Total</b>	<b>250</b>

# Publicaciones de Obesity Surgery en el año 2006

*Obesity Surgery, 16, 1553-1554*

## Editorial

### OBESITY SURGERY Enters Its 17th Year

Table 1. Papers in *OBESITY SURGERY* by Country, January – December 2006

Argentina	3	Germany	10	Russia	1
Australia	11	Greece	12	Saudi Arabia	2
Austria	13	Israel	10	Singapore	2
Belgium	12	Italy	25	Spain	33
Brazil	27	Korea	3	Sweden	5
Canada	8	Kuwait	1	Switzerland	12
Chile	5	Lebanon	2	Taiwan	7
China	3	Mexico	2	Turkey	3
Cyprus	1	New Zealand	4	United Kingdom	7
Czech Republic	2	Netherlands	9	USA	106
Finland	1	Poland	5		
France	24	Portugal	3	Total	374

# Spain Global Mortality 2006

(0,24%)

7 pacientes / 2896



1986 to 1999, IBSR 30-day operative mortality was so low (0.24%) that 38,501 operations provided just 93 early deaths for study.

*Obesity Surgery, 17, 2007*

Edward E. Mason, MD, PhD, FACS,  
Associate Editor  
Iowa City, IA, USA

### Overview of Authors

1	United States	590
2	United Kingdom	26
3	Canada Top Countries	23
4	Italy	19
<b>5</b>	<b>Spain</b>	<b>13</b>
6	France	12

# Mil operaciones bariátricas

Aniceto Baltasar, Rafael Bou, Marcelo Bengochea, Carlos Serra y Nieves Pérez  
Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios y Sanatorio San Jorge. Alcoy. Alicante. España.



*La Asociación Española de Cirujanos tiene el honor de concederle a:*

**D. Aniceto Baltasar Torrejón**

*El Premio Tyco-Healthcare 2006 al mejor Trabajo Clínico*

*por el trabajo publicado en la revista Cirugía Española, junio 2006 bajo el título "Mil Operaciones Bariátricas".*

*Madrid, en Octubre de 2007*

  
Dr. Ortiz Hurtado  
Presidente de la AEC

  
Dr. Ramos Rodríguez  
Secretario General de la AEC



*Obesity Surgery, 14, 334-340*

## Laparoscopic Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch: Three Different Duodeno-ileal Anastomotic Techniques and Initial Experience

R. A. Weiner<sup>1</sup>; R. Blanco-Engert<sup>2</sup>; S. Weiner<sup>3</sup>; I. Pomhoff<sup>1</sup>; M. Schramm<sup>1</sup>

Delivered by Ingenta to

denal switch in September 1999.<sup>7,8</sup> In Europe, the first DS was performed by Baltasar in Spain.<sup>4-6</sup> We studied Baltasar's technique and performed 3 different techniques to create the duodeno-ileostomy. We

**Baltasar** realiza el 1<sup>er</sup> Cruce duodenal (LDS) en Europa

## CIRUGÍA DIRECTA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

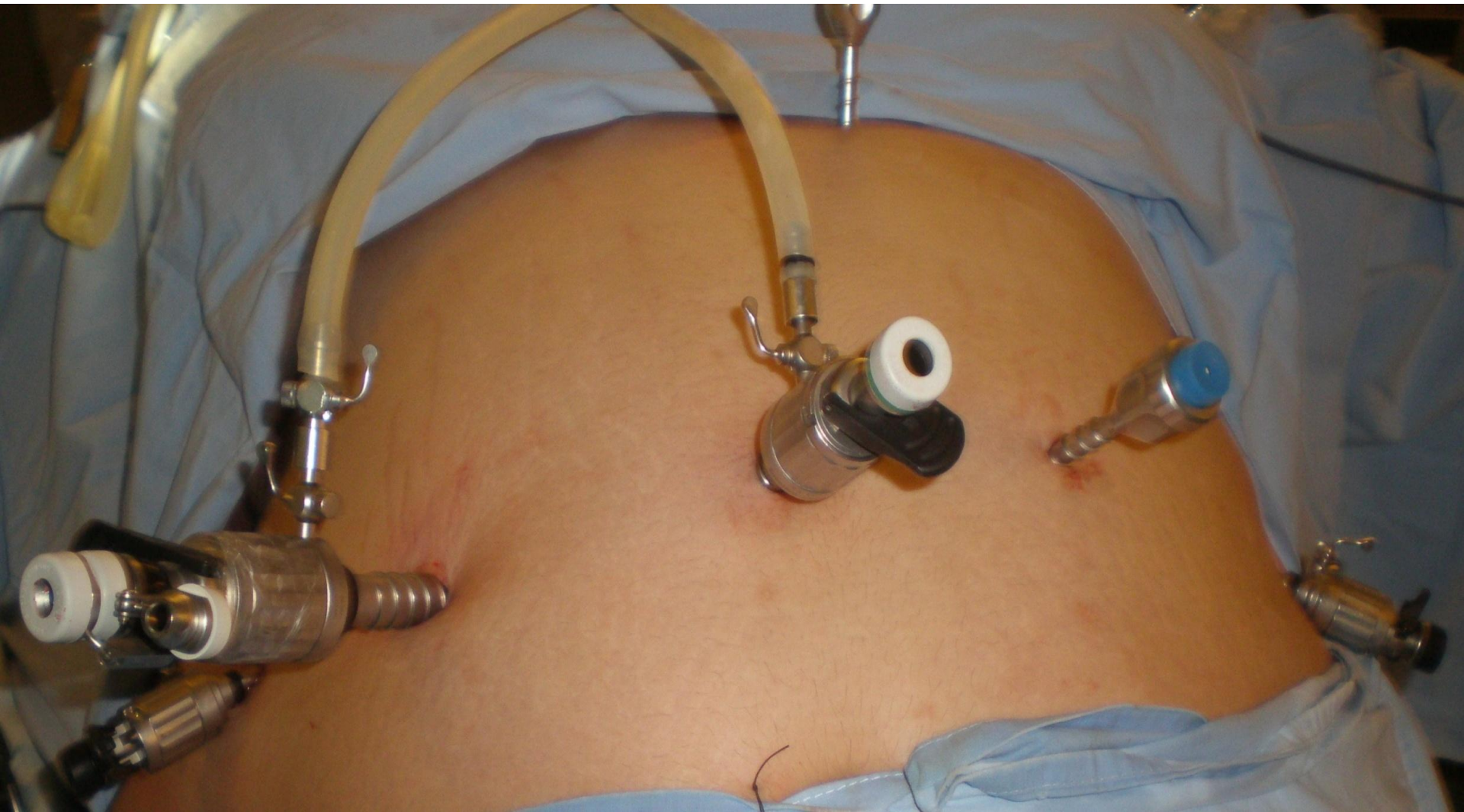
Ciudad	País	Año	Invitado por	
1.Málaga	España	1986	Dr. Miguel A. Suárez.	1 <sup>er</sup> GVA en Málaga
2.Coimbra	Portugal	1987	Dr. Pedro Gomes	1 <sup>a</sup> GVA en Portugal
1.Bilbao	España	1998	Dr. A. Rebollo y F. Lor.	<u>1<sup>er</sup> CDA</u> en Hospital Cruces.
2.Sao Paulo	Brasil	1998	Dr. A. Garrido	<u>1<sup>er</sup> CDA</u> en Brasil
3.Santiago	España	2001	Dr. Baltar.	CDA
4.Albacete	España	2001	Dr. Emilio García.	Dr B/B/B
5.Buenos Aires	Argentina	2001	Dr. Cascardo	<u>1<sup>er</sup> DGL</u> en Argentina
6.Coímbra	Portugal	2001	Dr. Pedro Gomes	<u>1<sup>er</sup> CDA</u> en Portugal
7.Ahmadabad	India	2005	Dr. Mahendra	<u>1<sup>er</sup> CDL</u> en India
8.Itajai, SC	Brasil	2004	Dr. Werner	<u>2<sup>o</sup> CDL</u> en Brasil
9.Coímbra	Portugal	2005	Dr: Pedro Gomes.	<u>1<sup>er</sup> GVL</u> en Portugal
10.Getafe	España	2007	Congreso SECO.	Dr. B-B-B
11.Jerusalén	Israel	2008	Hadassah Hospital	<u>1<sup>er</sup> CDL</u> en Israel
12.Alicante	España	2008	Dr. Lluís	<u>1<sup>a</sup> GVL</u> .Hospital General Alicante
13.Barcelona	España	2007	Clínica Teknon.	Dr. B/B/B. <u>CDL</u>
14.Madrid	Madrid	2008	Congreso Obesidad MM	Dr. B/B/B. <u>CDL</u>



## CIRUJANOS QUE VISITARON ALCOY PARA VER y APRENDER CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

1.	1996.02.07	Claudio Werner	Camboriu, SC	Brasil	
2.	1997.05.13	Giancarlo Romano	Nápoles	Italia	
3.	1997.09.14	Celso Empinotti	Florianópolis	Brasil	<a href="mailto:empinotti@uol.com.br">empinotti@uol.com.br</a>
4.	1999.10.12	Roberto Tacchino	Roma	Italia	<a href="mailto:r.tacchino@agora.stm.it">r.tacchino@agora.stm.it</a>
5.	1999.03.15	Enrique Civantos	Madrid	H. Marañón	
6.	1999.02.20	Christian Onetto	Crespo, PA	Argentina	
7.	2000.02.20	Ivan Neiva	Belem	Brasil	<a href="mailto:gecad@canal13.com.br">gecad@canal13.com.br</a>
8.	2002.11.21	Lucineia Bernades	Belo Horizonte	Brasil	<a href="mailto:cmga@e-gerais.com.br">cmga@e-gerais.com.br</a>
9.	2002.11.21	Dyker Paiva	Belo Horizonte	Brasil	
10.	2001.07.15	Yuri Yashov	Moscú	Rusia	<a href="mailto:yu.yashkov@mtu-net.ru">yu.yashkov@mtu-net.ru</a>
11.	2000.02.18	Aº José Cascardo	Buenos Aires	Argentina	
12.	2000.02.18	Silvio Albarracín	Buenos Aires	Argentí	<a href="mailto:albarracin@intramed.net.ar">albarracin@intramed.net.ar</a>
13.	2000.02.18	Tato Álvarez	Buenos Aires	Argentina	
14.	2000.05.13	Manuel Ferrer	Almería	España	<a href="mailto:ferrerayza@larural.es">ferrerayza@larural.es</a>
15.	2000.12.11	Carlos Masdevall	Barcelona	España	<a href="mailto:7226cmn@comb.es">7226cmn@comb.es</a>
16.	2000.01.22	Joao Marchesini	Curitiba	Brasil	<a href="mailto:jbm@gastronet.com.br">jbm@gastronet.com.br</a>
17.	2001.01.02	Gilberto Ungson	Hermosillo	México	
18.	2001.02.26	Luiz Henrique Sousa	Goiania	Brasil	<a href="mailto:drluizhs@terra.com.br">drluizhs@terra.com.br</a>
19.	2001.10.01	Chema Moreno	Albacete	España	
20.	2001.11.19	Emilio García	Albacete	España	<a href="mailto:egarcia@hgab.insalud.es">egarcia@hgab.insalud.es</a>
21.	2001.11.19	Jesús Martín	Albacete	España	<a href="mailto:jesusmartin57@wanadoo.es">jesusmartin57@wanadoo.es</a>
22.	2001.11.19	Villy Vage	Forde	Noruega	<a href="mailto:villy.vage@helse-forde.no">villy.vage@helse-forde.no</a>
23.	2002.03.22	Rafael Blanco Engert	Frankfurt	Alemania	<a href="mailto:blancomd@hotmail.com">blancomd@hotmail.com</a>
24.	2002.03.22	Rudolph Weiner	Frankfurt	Alemania	<a href="mailto:rweiner@khs-ffm.de">rweiner@khs-ffm.de</a>
25.	2003.06.30	Francisco González	Tijuana	México	
26.	1994.08.18	Miguel Calvo Ros	Bilbao	España	<a href="mailto:mcalvo@hbas.osakidetza.net">mcalvo@hbas.osakidetza.net</a>
27.	2003.09.13	Shihari Dhorepatil	Pune	India	<a href="mailto:shrihari@vsnl.com">shrihari@vsnl.com</a>
28.	2003.09.13	Mahendra Narwaria	Abmedabad	India	<a href="mailto:narwaria@vahoo.com">narwaria@vahoo.com</a>
29.	2003.09.13	Sanjay Borude	Gujarat	India	
30.	2003.09.13	Y.R. Krishna	Mombai	India	
31.	2003.09.17	Alcides J Branco Filho	Rio de Janeiro	Brasil	<a href="mailto:alcides@mais.sul.com.br">alcides@mais.sul.com.br</a>
32.	2003.03.09	Carlos Briceño	Barquisimeto	Venezuela	
33.	2003.03.10	Alexandro Rubio Rosso	Portoalegre	Brasil	<a href="mailto:alexandrosso@gmail.com">alexandrosso@gmail.com</a>
34.	2003.03.18	Miguel A Baeza	Delicias, Chi	México	
35.	2004.02.29	Luis Carlos de Castro	Sao Paulo	Brasil	
36.	2004.03.27	Luis E. Parra	Ciudad Obregón	México	<a href="mailto:lcdecastro@uol.com.br">lcdecastro@uol.com.br</a>
37.	2004.03.14	Alberto Isla	Londres	Inglaterra	
38.	2004.04.03	Roberto Hernández	Tijuana	México	

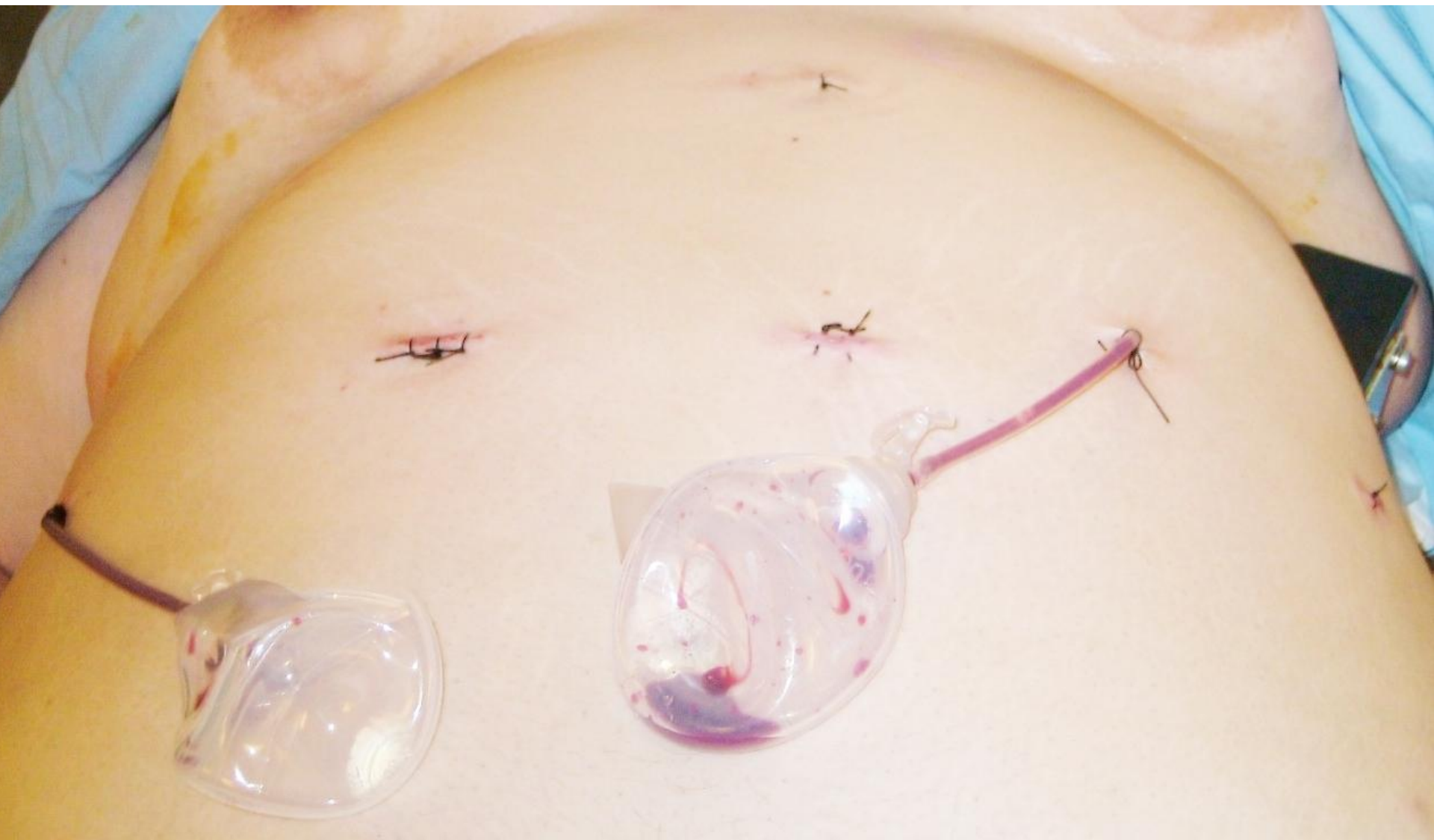
1.	2005.01.22	Joseph Horner	Londres	Inglaterra	<a href="mailto:joehorner@doctors.org.uk">joehorner@doctors.org.uk</a>
2.	2005.04.05	Rune Sanhbu	Noruega	Tonsberg	<a href="mailto:rune.sanbu@siv.no">rune.sanbu@siv.no</a>
3.	2005.04.05	Kjartan Stormark	Tornsberg	Norway	
4.	2005.05.04	Guido Panchana	Quito	Ecuador	<a href="mailto:panchana@gve.satnet.net">panchana@gve.satnet.net</a>
5.	2005.05.17	Christos Karaindros	Atenas	Grecia	<a href="mailto:karaindroschr@yahoo.gr">karaindroschr@yahoo.gr</a>
6.	2005.06.17	Ramón Hez García	Ensenada	México	
7.	2005.08.09	Rafael José Jover Clos	Córdoba	Argentina	
8.	2005.02.27	Arne Christian Mohn	Berna	Suiza	
9.	2005.04.18	Sanjay Patoliya	Mombai	India	
10.	2004.06.15	Niculae Iordache	Bucaresti	Rumanía	
11.	2006.02.07	Alexandro Rubio Rosso	Portoalegre	Brasil	<a href="mailto:alexandreroso@gmail.com">alexandreroso@gmail.com</a>
12.	2006.02.26	Carlos E Pizzani	Sao Paulo	Brasil	
13.	2006.05.10	Daniel Huacuz	Tijuana	México	<a href="mailto:drdanielhuacuz@hotmail.com">drdanielhuacuz@hotmail.com</a>
14.	2006.05.11	Jorge Barni	Salta	Argentina	<a href="mailto:jbcirugia@yahoo.com.ar">jbcirugia@yahoo.com.ar</a>
15.	2006.07.12	Carlos Sala	Valencia	España	<a href="mailto:carlos.sala@terra.es">carlos.sala@terra.es</a>
16.	2006.10.16	Tatiana Valverde	San Salvador	San Salvado	<a href="mailto:copilco2004@yahoo.es">copilco2004@yahoo.es</a>
17.	2007.02.28	José F Rivas Marín	Málaga	España	<a href="mailto:rivastron@eresmas.com">rivastron@eresmas.com</a>
18.	2007.06.18	Emilio Muñoz	Torre vieja	España	<a href="mailto:21734emm@gmail.com">21734emm@gmail.com</a>
19.	2007.11.07	Michael Fishman	S. Petersburgo	Rusia	<a href="mailto:MichaelFishman@mail.ru">MichaelFishman@mail.ru</a>
20.	2007.10.02	Andrei Keidar	Jerusalén	Israel	<a href="mailto:keidar66@yahoo.com">keidar66@yahoo.com</a>
21.	2008.01.22	Sergiu Balan	Kishinaiu	Moldavia	<a href="mailto:sergiu_balan@mail.ru">sergiu_balan@mail.ru</a>
22.	2008.06.16	Pablo E. Talens	Alicante	España	<a href="mailto:enriquetalens@telefonica.net">enriquetalens@telefonica.net</a>
23.	2008.07.21	Vicente Dolz Ros	Valencia	España	
24.	2008.08.21	José Vicente Ferrer	Valencia	España	<a href="mailto:dr.ferre@clinicapbesitas.com">dr.ferre@clinicapbesitas.com</a>
25.	2008.11.12	Pau Sesman	Tapachula	México	<a href="mailto:pselman@yahoo.com.mx">pselman@yahoo.com.mx</a>
26.	2008.10.15	Félix Lluis y Bariatría	Alicante	España.	<a href="mailto:lluis_fel@gva.es">lluis_fel@gva.es</a>
27.	2009.02.26	David Dávila	Valencia	España	



6 trocares

**3 cirujanos**

12 mm, 10 mm (camera) y cuatro de 5 mm





## Original article

# Baseline data from American Society for Metabolic and Bariatric Surgery-designated Bariatric Surgery Centers of Excellence using the Bariatric Outcomes Longitudinal Database

**B.O.L.D.**

Eric J. DeMaria, M.D.<sup>a</sup>, Virginia Pate, M.S.<sup>b</sup>, Michael Warthen, M.Div.<sup>b</sup>,  
Deborah A. Winegar, Ph.D.<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup>Research Advisory Committee, Surgical Review Corporation, and Department of Surgery, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina

<sup>b</sup>Surgical Review Corporation, Raleigh, North Carolina

Received May 30, 2009; revised October 22, 2009; accepted November 30, 2009

**Abstract**

**Background:** The Bariatric Outcomes Longitudinal Database (BOLD) is a registry of self-reported

**CD en Alcoy 1994-2009**

Técnica	Nº	Fallecen	%
DS	516	5	0.96
LDS	419	2	0.47
<b>Total</b>	<b>935</b>	<b>7</b>	<b>0.61</b>

Table 6

Bariatric procedures reported in BOLD for 57,918 research-consented patients

Procedure	Laparoscopic	Open
All forms of gastric bypass		
Roux-en-Y	27,363	2,618
Banded	582	95
With distal gastrectomy	45	27
Loop configuration	3	4
Total	27,993 (88.4)	2,744 (8.6)
Gastric banding		
VBG	134	32
Adjustable	22,584	21
Nonadjustable	63	1
Total	22,781 (99.1)	54 (.23)
Sleeve gastrectomy	1,256 (94.6)	45 (3.4)
Biliopancreatic diversion		
With duodenal switch	141	337
Without duodenal switch	10	8
Total	151 (29.2)	345 (66.7)

**58.000 Cases****DS 337****LDS 141****Total 488****< 5%****Lap DS- 29%**

Collective Review

# Evolution of Operative Procedures for the Management of Morbid Obesity 1950-2000

Henry Buchwald, MD, PhD, FACS<sup>1</sup>; Jane N. Buchwald, MA<sup>2</sup>

■ POLICY ■

## A Study on the Economic Impact of Bariatric Surgery

Pierre-Yves Crémieux, PhD; Henry Buchwald, MD, PhD; Scott A. Shikora, MD; Arindam Ghosh, PhD; Haixia Elaine Yang, PhD; and Marris Buessing, BA

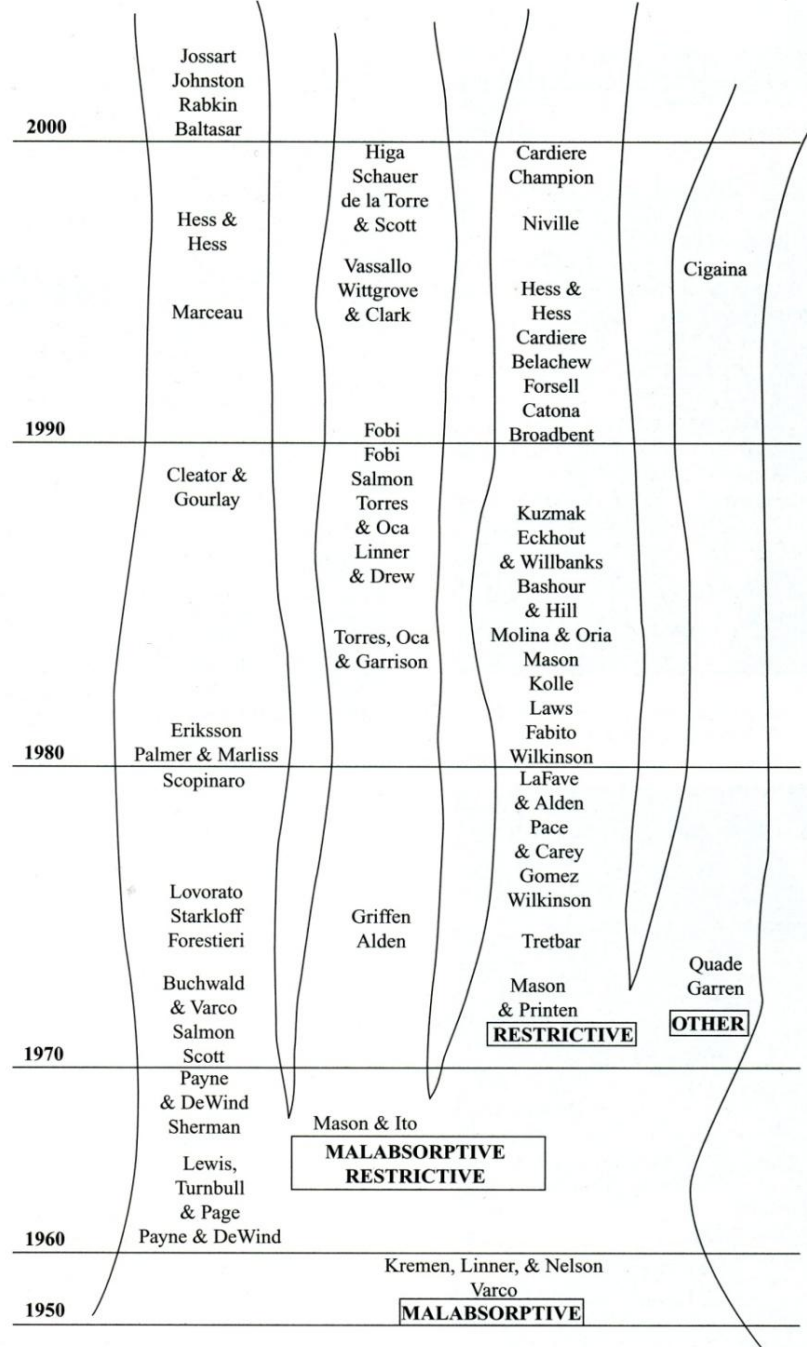


Figure 1-1. Genealogical tree of bariatric surgery.

# Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Multi-purpose Bariatric Operation

Aniceto Baltasar, MD<sup>1</sup>; Carlos Serra, MD<sup>2</sup>; Nieves Pérez, MD<sup>2</sup>; Rafael Bou, MD<sup>2</sup>; Marcelo Bengochea, MD<sup>2</sup>; Lirios Ferri<sup>2</sup>

Clínica San Jorge and Alcoy Hospital (<sup>1</sup>Chief of the Surgical Service, <sup>2</sup>Surgical Staff), Alcoy, Spain



**Background:** The use of the laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG), a restrictive operation, in different settings, is presented.

**Methods:** 31 patients underwent LSG in the follow-

17 years later has BMI of 29),<sup>1,2</sup> and Marceau et al<sup>3</sup> published the first paper. Rabkin in September 1999 did the first hand-assisted laparoscopic DS (LDS),<sup>4</sup> and Gagner et al<sup>5</sup> performed the first totally laparo-

Top Cited Articles<sup>\*</sup> 

Top Cited Articles in 2008 for Articles Published in 2002-2006 (3-Year IF)

Year	Cover Month	Vol/Iss	Start Page	End Page	Author	Article Title	Times Cited
2004	OCT	14/3	1157	1164	Buchwald, H, Williams, SE	Metabolic surgery worldwide 2003	87
2003	DEC	11/5	861	864	Argon, JF, Valdez, WB, Caplan, M, et al	One experience with two-stage laparoscopic Roux-Y gastric bypass as an alternative to the super-super obese patient	55
2006	AUG	16/4	1052	1060	Ohno, H, Morita, T, Chikui, T, et al	Systematic review of medium-term weight loss after bariatric operations	55
2005	AUG	11/7	1024	1029	Lange, TB, Hedo, MM, Rodriguez, A, et al	Sleeve gastrectomy and gastric banding effects on plasma ghrelin levels	55
2006	APRIL	16/11	1450	1458	Hopwood, J, Dapkin, C, Gagner, G	A prospective randomized study between laparoscopic gastric banding and laparoscopic isolated sleeve gastrectomy: Results after 1 and 2 years	55

Top Cited Articles for Articles Published in 2005

Year	Cover Month	Vol/Iss	Start Page	End Page	Author	Article Title	Times Cited
2005	AUG	11/7	1024	1029	Lange, TB, Hedo, MM, Rodriguez, A, Fellerbauer, FE, Dapkin, C, Wood, G, Schneider, S, Lopez, A, Izquierdo, R, Payer, C	Sleeve Gastrectomy and Gastric Banding Effects on Plasma Ghrelin Levels	88
2005	SEP	11/2	145	154	Montano, RL, Fuchman, H, Nishi, J, Sirois, JM, et al	Nutritional deficiencies following bariatric surgery: What have we learned?	81
2005	MAY	11/4	1124	1128	Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M	Laparoscopic sleeve gastrectomy: A multi-purpose bariatric operation	79
2005	MAY	11/3	417	427	Wolcott, L, Tenny, V, Caplan, M	Laparoscopic sleeve gastrectomy is superior to endoscopic intragastric balloon as a first stage procedure for super-obese patients (BMI >= 50)	68
2005	APRIL	11/4	305	308	Ohno, H, Otsuki, M, Iwano, T, Ando, M	A prospective randomized trial of placement of the laparoscopic adjustable gastric band: Comparison of the perigastric and para fundus pathways	68

\*The information above was taken from ISI's Web of Science database as of August 5, 2009.

OBES SURG (2015) 25:900–909  
DOI 10.1007/s11695-014-1542-1

OTHER



## The Hundred Most Cited Articles in Bariatric Surgery

Suhaib S. Ahmad • Sufian S. Ahmad • Sandro Kohl • Sami Ahmad • Ahmed R. Ahmed

61 Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg.* 2005 Sep;15(8):1124–8. 213 (24)

## ***Isolated Lap Sleeve-Forming Gastrectomy (LSFG) / Gastric Sleeve (LGS)***

1. **2000.02.10. 1st isolated SFG**, reported. Michel **Gagner** 2000 SAGES Course at Snowbird, UT. Gagner M, Gumbs A, Milone L, Yung E, Goldenberg L, Pomp F : LSG for the super-super-obese (BMI < 60 kg/m<sup>2</sup>). *Surgery Today*. Volume 38, Number 5, 399-403, DOI: [10.1007/s00595-007-3645](https://doi.org/10.1007/s00595-007-3645)
2. **2002.12.02. 1st SFG in Spain**. Alcoy Hospital. **Baltasar**. BMI-50. At 10 years BMI-28, %EBMIL-86%.
3. ***Obesity Surgery 2005, 15: 1024-1029***. **Langer** FB; Reza Hoda MA; Bohdjalian A; Felberbauer FX; Zacherl J; Wenzl E; Schindler K; Luger A; Ludvik B; Prager G.: Sleeve Gastrectomy and Gastric Banding: Effects on Plasma Ghrelin Levels.
4. ***Obesity Surgery 2005, 15: 1030-1033***. Philippe **Mognol**; Denis Chosidow; Jean-Pierre Marmuse. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy as an Initial Bariatric Operation for High-Risk Patients: Initial Results in 10 Patients.
5. ***Obesity Surgery 2005, 15: 1124-1128***. Aniceto **Baltasar**, MD; Carlos Serra, MD; Nieves Pérez; Rafael Bou; Marcelo Bengochea, Lirios Ferri. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Multi-purpose Bariatric Operation. Alcoy. España. **305 cases en 2013.07.30**
6. ***Obesity Surgery 2005, 15: 1469-1475***. **Sang Moon Han**, MD; Won Woo Kim, MD, PhD; Ji Hyun Oh, RD. Results of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) at 1 Year in Morbidly Obese Korean Patients.
7. ***Obesity Surgery 2005, 15: 612-617***. Luca **Milone**; Vivian Strong; Michel Gagner, FRCSC, FACS. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy is Superior to Endoscopic Intra-gastric Balloon as a First Stage. Procedure for Super-Obese Patients (BMI>50).



Dra. Rosa A. Lama More

# LA OBESIDAD EN LOS NIÑOS

*Un problema de todos*



**AEP**

Comité de Nutrición



## Capítulo 18

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

*Pedro Olivares*

Jefe de Sección  
Cirugía Endoscópica Pediátrica  
Departamento de Cirugía Pediátrica  
Hospital Infantil "La Paz"  
Madrid



**Gastrectomía Vertical**

CASE REPORT

# Sleeve Gastrectomy in a 10-year-old Child

Aniceto Baltasar • Carlos Serra • Rafael Bou •  
Marcelo Bengochea • Luis Andreo



SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA  
ALICANTE

Estimado Compañero:

Tengo el gusto de comunicarte, el fallo del Premio a la Mejor Publicación Científica 2009 de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante, que tras la reunión del Jurado correspondiente del día 10 de junio, decidió por mayoría otorgar el Premio a la publicación "SLEEVE GASTRECTOMY IN A 10-YEAR-OLD CHILD" de la que eres el primer firmante.



Gastrectomía Vertical





# ALICANTE MÉDICO

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE ALICANTE • Nº 117

Comienzo del Curso 2000-01

Amplia información sobre  
las actividades colegiales

Commemoración de la Patrona

Inauguraciones,  
actos institucionales  
y cena de confraternidad

Servicio de Cirugía del "Hospital Virgen de los Lirios" de Alcoy

Pioneros en el tratamiento de la obesidad mórbida



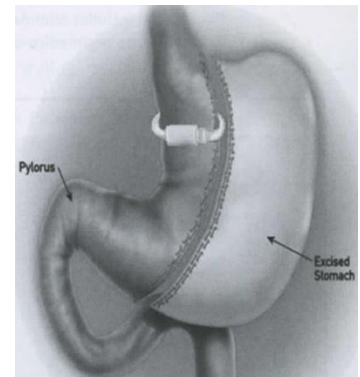
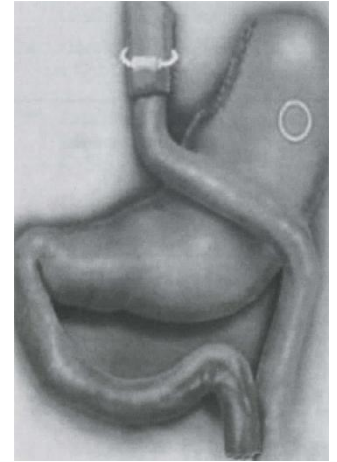


**The Board of Trustees shall be composed of the past Presidents of IFSO, current IFSO President, IFSO President-elect and Secretary-Treasurer**

1.	Emanuel Hell	<a href="mailto:chirurgie@kh-hallein.at">chirurgie@kh-hallein.at</a>	AT
2.	Karl Miller	<a href="mailto:karl.miller@kh-hallein.at">karl.miller@kh-hallein.at</a>	AT
3.	Harry Frydenberg	<a href="mailto:harryfry@ozemail.com.au">harryfry@ozemail.com.au</a>	AU
4.	Andrew Jamieson	<a href="mailto:acjammo@ozemail.com.au">acjammo@ozemail.com.au</a>	AU
5.	Arthur Garrido	<a href="mailto:abgarrido@uol.com.br">abgarrido@uol.com.br</a>	BR
6.	Almino Ramos	<a href="mailto:almino.ramos@uol.com.br">almino.ramos@uol.com.br</a>	BR
7.	Martin Fried	<a href="mailto:docfried@volny.cz">docfried@volny.cz</a>	CZ
8.	Aniceto Baltasar	<a href="mailto:abaltasar@coma.es">abaltasar@coma.es</a>	<b>ES</b>
9.	Antonio Torres	<a href="mailto:ajtorresgarcia@gmail.com">ajtorresgarcia@gmail.com</a>	<b>ES</b>
10.	Rudolf Weiner	<a href="mailto:rweiner@khs-ffm.de">rweiner@khs-ffm.de</a>	GE
11.	John Melissas	<a href="mailto:melissas@med.uoc.gr">melissas@med.uoc.gr</a>	GR
12.	Pradeep Chowbey	<a href="mailto:pradeepchowbey@gmail.com">pradeepchowbey@gmail.com</a>	IN
13.	Nicola Scopianaro	<a href="mailto:nicola.scopianaro@gmail.com">nicola.scopianaro@gmail.com</a>	IT
14.	Luigi Angrisani	<a href="mailto:langrisa@unina.it">langrisa@unina.it</a>	IT
15.	Rafael Alvarez Cordero	<a href="mailto:raalvare2009@hotmail.com">raalvare2009@hotmail.com</a>	MX
16.	Jan Willem Greve	<a href="mailto:J.Greve@AH.unimaas.nl">J.Greve@AH.unimaas.nl</a>	NL
17.	Henry Buchwald	<a href="mailto:buchw001@umn.edu">buchw001@umn.edu</a>	<b>USA</b>
18.	George Cowan	<a href="mailto:owcinc@mindspring.com">owcinc@mindspring.com</a>	<b>USA</b>
19.	MAL Fobi	<a href="mailto:fobimal@gmail.com">fobimal@gmail.com</a>	<b>USA</b>



Éxito de la Cirugía Bariátrica





**BRUCE SCHIRMER**

**Professor of Surgery  
University of Virginia  
Charlottesville  
Past-President SAGES**

**Past-Editor-in-Chief  
Journal of  
Laparoendoscopic  
& Advanced  
Surgical Techniques**

# XII

Valencia  
10, 11 y 12 de Marzo 2010

## Congreso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad · SECO

REUNIÓN DE LA SECCIÓN DE OBESIDAD MÓRBIDA DE LA AEC

1ª JORNADA NACIONAL DE PSICOLOGÍA APLICADA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

1ª JORNADA DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN DE LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

3ª REUNIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA BARIÁTRICA

Colaboración con el  
7º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA



PROGRAMA PRELIMINAR

Solicitado Reconocimiento de Interés  
científico-sanitario por la Conselleria de Sanidad



**Aureo  
Ludovico  
de Paula**

**Goiania,  
Goiás,  
Brasil**



The ASMBS Foundation Will Announce Recipients of the Prestigious Outstanding Achievement Award and the President's Service Award at their 14th Annual Event During the ASMBS Annual Meeting in Orlando, Florida

Each year the ASMBS Foundation honors an ASMBS member who has displayed a selfless commitment to the ASMBS and has made significant contributions to the field of metabolic and bariatric surgery.

The Foundation would like to congratulate the 2011 nominees:

- Aniceto Baltasar MD;
George Cowan, MD;
Picard Marceau, MD;
Philip Schauer, MD.



# 2012 SECO Honor Member



**Henry Buchwald**

**Barcelona'12**  
April, 26 - 28, 2012

**5<sup>th</sup>** Congress of the  
International Federation  
for the Surgery of Obesity  
and Metabolic Disorders  
European Chapter (IFSO-EC)

Join us and be part of  
IFSO-EC 2012!  
[www.ifsobcn2012.com](http://www.ifsobcn2012.com)

The poster features a dark background with a colorful, pixelated graphic of a person's head and neck in shades of blue and red on the left. A stylized white and blue figure of a person stands in the center. The IFSO logo, a yellow and blue figure, is located in the bottom right corner.

**Joan Pujol**



# IFSO - Accreditation Council



[www.ifso-ac.com](http://www.ifso-ac.com)

[ifso@ifso-ac.com](mailto:ifso@ifso-ac.com)

Europe:

Nicola Scopinaro

John Melissas

Martin Fried

Aniceto Baltasar

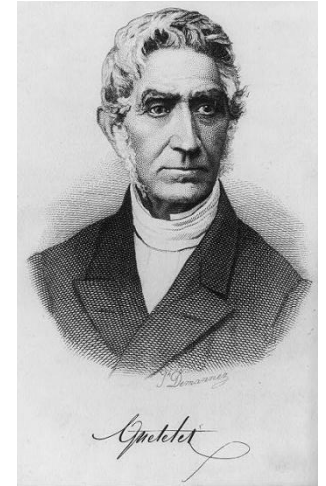
Informar de la pérdida de peso

# Índice de Masa Corporal

*Precursor de la Biometría*



$$\text{IMC} = \text{Kg} / \text{m}^2$$



**La forma idónea para medir la  
severidad del exceso de peso**

**ADOLPHE QUETELET**

*La antropometría, o medida de las diferentes facultades del hombre, [1871](#)*

En 1853 organiza el 1<sup>er</sup> Congreso Internacional de Estadística

# ¿Cómo informar los resultados de peso con IMC?

La medida de obesidad debe ser sólo de cambios en  $IMC = BMI = Kg / m^2$

## Mínimos exigibles

**PSP** =

%EWL = Porcentaje de **S**obrepeso **P**erdido

**PPEIMC**=

% EBMIL = Porcentaje **P**erdido del **E**xceso de **IMC**

OBES SURG (2008) 18:761–762  
DOI 10.1007/s11695-008-9450-x

LETTER TO THE EDITOR

## Weight Loss Reporting

Aniceto Baltasar • Mervyn Deitel • Robert J. Greenstein

OBES SURG (2011) 21:367–372  
DOI 10.1007/s11695-010-0243-7

GUIDELINES

## Weight Loss Reporting: Predicted Body Mass Index After Bariatric Surgery

Aniceto Baltasar • Nieves Perez • Carlos Serra •  
Rafael Bou • Marcelo Bengochea • Fernando Borrás

CIR ESP. 2009;86(5):308–312



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirurgia



**IMC Esperable = IMCE = IMCI \* 0.4 +12**

Original

Índice de masa corporal esperable tras cirugía bariátrica ☆

Aniceto Baltasar<sup>a,\*</sup>, Carlos Serra<sup>a</sup>, Rafael Bou<sup>a</sup>, Marcelo Bengochea<sup>a</sup>, Nieves Pérez<sup>a</sup>,  
Fernando Borrás<sup>b</sup> y Picard Marceau<sup>c</sup>

# Informar de las complicaciones

**"El reconocimiento de un error es un método de trabajo"**

F. Jequier Dogé.

**"Todo médico debe complacerse por aprender lo nuevo, corregir lo viejo y perfeccionar el futuro"**

C. Bennett y F. Plum.

# **Necrosis intestinal masiva tardía después de vagotomía troncular, resección parcial del estómago distal y reconstrucción con una “Y” de Roux (VARY): Billroth-III**

**A. Baltasar, FACS\*, C. Escrivá\*\*, C. Serra\*\*, L.A. Cipagauta\*\*, F. Arlandis\*\* y R. Martínez\*\***

\*Jefe de Servicio. \*\*Médico adjunto.

Servicio de Cirugía. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

# **Necrosis séptica hepática postoperatoria**

**E. Marcote Valdivieso \***, **A. Baltasar Torrejón \*\*** y **J. J. Barnés Marco \*\*\***

Servicio de Cirugía General (Dr. A. Baltasar). Hospital Insalud. Alcoy (Alicante).

---

**Palabras clave:** Necrosis hepática. Sepsis. Lesión accidental de la arteria hepática.

---

---

# LESION URETERAL IATROGENICA.

MARCOTE VALDIVIESO, E: (\*); BALTASAR TORREJON, A; (\*\*); MARTINEZ CASTRO,R(\*); ARLANDIS FELIX, F; (\*).

HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL



## Intubación Difícil y Traqueotomía urgente en el obeso mórbido

Aniceto Baltasar, Rafael Bou, Marcelo Bengochea, Carlos Serra, Nieves Pérez

Servicio de Cirugía. Clínica San Jorge y Hospital de Alcoy, Alcoy, Alicante. España ✉abaltasar@coma.es

Presentado como comunicación en el I Congreso Español de SEEDO-SECO de Obesidad de Madrid 14.03.2013

**Resumen. Introducción:** La intubación difícil (ID) que necesite traqueotomía urgente (TU) para salvar la vida es una rara complicación en el obesos mórbido (OM). Probablemente ocurre con más frecuencia de lo que se publica. **Objetivo:** Dar a conocer ésta urgencia vital para tratarla con las posibles alternativas. **Material y método:** Tres pacientes en una serie de 1497 pacientes necesitaron TU y pertenecen a la última parte de la serie. **Resultados:** En los tres OM se llevó a cabo TU sin incidentes técnicos y se continuó con la operación en todos ellos. **Conclusión:** Hay que sospechar los pacientes en los que pueda haber un ID para hacerlo con fibro-endoscopia (FE) pero si la TU es necesaria debe estar preparado el instrumental y los cirujanos para resolver el problema vital.

Presentado como comunicación en el I Congreso Español de SEEDO-SECO de Obesidad de Madrid 14.03.2013

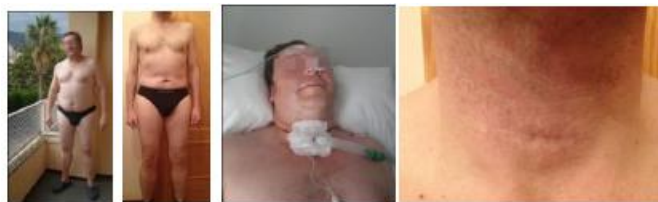


Fig. 1. Pre and pos. Cuerpo y zona de traqueotomía

Fig. 2. Pre and pos. Cuerpo y zona de traqueotomía

Fig. 3. Pre and pos. Cuerpo y zona de traqueotomía

## Estudio del vaciado gástrico en pacientes con obesidad mórbida intervenidos por cruce duodenal

Martínez Castro, R.\*; Baltasar, A.\*\*; Vidal, V.\*\*\*; Sánchez Cuenca, J.\*\*\*, y Lledó, J. L.\*\*\*

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad mórbida, vaciado gástrico, cruce duodenal

Martínez Castro R, Baltasar A, Vidal V, Sánchez Cuenca J, Lledó JL. Gastric emptying study in patients with morbid obesity who undergo duodenal switch. *Rev Esp Enf Digest* 1997;89:413-4.

**KEY WORDS:** Morbid obesity, gastric emptying, duodenal switch.

*Sr. Editor:*

La técnica del «cruce duodenal» (CD) para el tratamiento de la obesidad mórbida (1) conlleva una derivación duodenal hasta el ileon, que produce un by-pass de los marcapios que estimulan la motilidad gástrica, y además una gastrectomía vertical con disminución de la capacidad de reservorio gástrico. Ambos hechos pueden condicionar alteraciones en el vaciado gástrico que hemos estudiado mediante el método del vaciado gástrico de sólidos no digeribles (VGSND) por nosotros ideada (2).

## Taponamiento cardíaco provocado por perforación cardíaca por un catéter venoso central

C. Serra\*, A. Baltasar\*\*, J.L. Losa\*\*\*, E. Gregori\*\*\*\*, F. Arlandis\*, R. Martínez\*, L.A. Cipagauta\*, M. Bengochea\* y R. Bou\*

2006

*Obesity Surgery, 16, 1082-1086*

## Total Gastrectomy for Complications of the Duodenal Switch, with Reversal

Carlos Serra, MD, PhD; Aniceto Baltasar, MD; Nieves Pérez, MD; Rafael Bou, MD; Marcelo Bengochea, MD

*Servicio de Cirugía General, Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, Alicante, Spain*



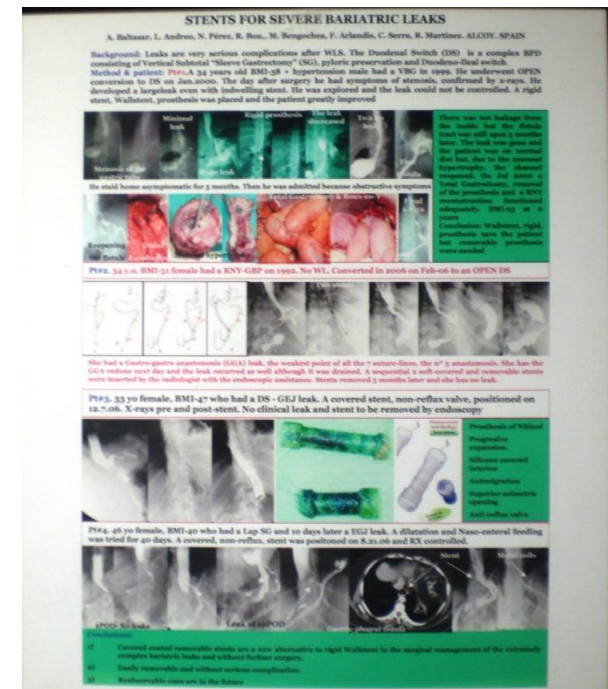
# Treatment of Gastric Leaks with Coated Self-Expanding Stents after Sleeve Gastrectomy

Carlos Serra, MD, PhD; Aniceto Baltasar, MD; Luis Andreo, MD<sup>1</sup>; Nieves Pérez, MD; Rafael Bou, MD; Marcelo Bengochea, MD; Juan José Chisbert

General Surgery Service and <sup>1</sup>Interventional Radiology, Virgen de los Lirios Hospital, Alcoy, Alicante, Spain

Primeras utilizaciones de endo-prótesis extraíbles

1ª no extraíble en 2000



2007

Obesity Surgery, 17, 866-872

## Treatment of Gastric Leaks with Coated Self-Expanding Stents after Sleeve Gastrectomy

Carlos Serra, MD, PhD; Aniceto Baltasar, MD; Luis Andreo, MD<sup>1</sup>; Nieves Pérez, MD; Rafael Bou, MD; Marcelo Bengochea, MD; Juan José Chisbert

General Surgery Service and <sup>1</sup>Interventional Radiology, Virgen de los Lirios Hospital, Alcoy, Alicante, Spain



### 1ª Endoprótesis “rígida” en fugas bariátricas

Obesity Surgery, 17, 1408-1410

2007

#### Case Report

### Use of a Roux Limb to Correct Esophagogastric Junction Fistulas after Sleeve Gastrectomy

Aniceto Baltasar, Rafael Bou, Marcelo Bengochea, Carlos Serra, Luis Cipagauta

The Surgical Service, “Virgen de los Lirios” Hospital, Alcoy, Alicante, Spain

### Primer caso mundial publicado de la técnica

2008



Surgery for Obesity and Related Diseases 4 (2008) 759–763

#### Case report

### Use of Roux limb as remedial surgery for sleeve gastrectomy fistulas

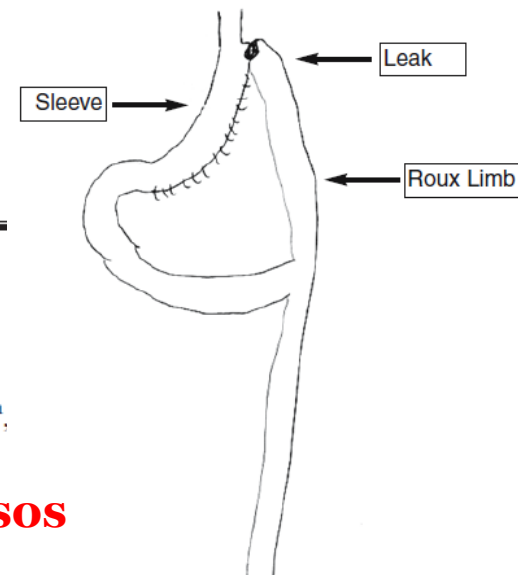
Aniceto Baltasar, M.D.<sup>a</sup>, Carlos Serra, M.D.<sup>a</sup>, Marcelo Bengochea, M.D.<sup>a</sup>, Rafael Bou, M.D.<sup>a</sup>, Luis Andreo, M.D.<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Department of Surgery, Alcoy Hospital, Alicante, Spain

<sup>b</sup>Department of Radiology, Alcoy Hospital, Alicante, Spain

Received December 27, 2007; revised July 17, 2008; accepted July 21, 2008

3 casos



## Three types of bowel lengthening for Protein-Caloric Malnutrition. Video

Aniceto Baltasar, Rafael Bou, Marcelo Bengochea, Carlos Serra

Clínica San Jorge. Alcoy. Alicante. ✉ Tel. (+34) 965.332.536. [abaltasar@coma.es](mailto:abaltasar@coma.es)

Received 2011.04.03, Accepted 2011.05.17

**Background:** Protein-Caloric Malnutrition (PCM) is the most severe long-term complication of the complex restrictive plus mal absorptive operations for morbid obesity such as Bilio-Pancreatic Diversion (BPD), BPD-Larrad, Duodenal Switch (BPD/DS) and the Distal Gastric Bypass (DGBP) where both components are important <sup>1</sup>.

Preventive measures are the correct measures of the bowel lengths and proportion where the Common Channel (CC) should be 10% of the whole bowel, the Alimentary Limb (AL) a 40% and the Bilio-Pancreatic Limb (BPL) 50% <sup>2</sup>. The PCM is extremely rare after simpler restrictive operations. The basic cause of the PCM is too much restriction combined with to severe mal absorption <sup>2</sup>.



Fig.1A. Full reversal. Type I

Fig.1B. Type II

Fig 1C.Type III

- 3) Type III. Bowel lengthening the CC by moving the AC > 100 cm proximally on the BPL over the previous RNY (Fig. 1.C)

We do present in these 2 videos of the 3 alternatives



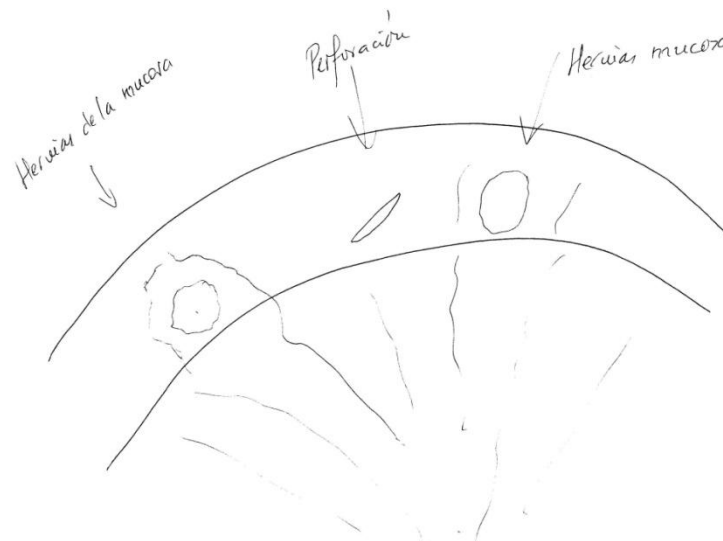
## Case report

# Fatal perforations in laparoscopic bowel lengthening operations for malnutrition

Aniceto Baltasar, M.D.\*, Rafael Bou, M.D., Marcelo Bengochea, M.D.

*San Jorge Clinic, Alcoy, Alicante, Spain*

Received December 8, 2009; revised December 11, 2009; accepted December 15, 2009



**Divertículos yeyunales 1ª Publicación mundial**

2004

*Obesity Surgery, 14, 77-83*

# Clinical Hepatic Impairment after the Duodenal Switch

Aniceto Baltasar, MD; Carlos Serra, MD, PhD; Nieves Pérez, MD; Rafael Bou, MD; Marcelo Bengochea, MD

*General Surgical Service, "Virgen de los Lirios" Hospital, Alcoy, Alicante, Spain*

2014

## Liver failure and transplantation after duodenal switch

Aniceto Baltasar MD

Clínica San Jorge, Alcoy, Alicante. Spain ✉[abaltasar@coma.es](mailto:abaltasar@coma.es)

### Abstract

Liver failure (LF) and liver transplant (LT) are very rare after a Bilio-Pancreatic Diversion/Duodenal Switch (DS) procedure for obesity but occasionally it may occur. **Two clinical cases are presented.** In one patient, who had the DS



Fig. 5. A) Paciente pre-op (vestida) B) Trasplantada

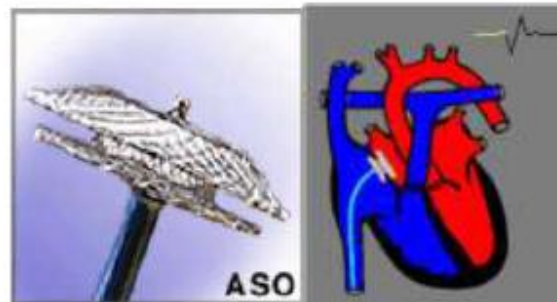
## Dispositivo ocluser septal cardiaco en el tratamiento de la fistula gástrica tras cirugía bariátrica

**Antecedentes** - fugas y fistulas. Once pacientes fueron sometidos a Amplatzer ® de colocación endoscópica. **Resultados**-Ocho pacientes con fistulas crónicas tuvieron resolución completa de drenaje dentro de los diez días de la colocación. Estos pacientes han sido seguidos durante una media de 56,5 días y permanecen sin recurrencia. Los 3 pacientes con fugas agudas mostraron una buena respuesta inicial pero el drenaje a piel apareció después de 5 a 6 días. En este grupo, el dispositivo ocluser fue retirado por vía endoscópica y fueron colocadas endo-prótesis con la resolución completa de la fuga. No hubo complicaciones relacionadas con el dispositivo ocluser o su colocación. **Conclusión.** El dispositivo ocluser cardiaco septal parece ser una alternativa eficaz y segura para tratar la fistula gástrica secundaria a cirugía bariátrica. Se observó una resolución completa de dos fistulas gastro-pleural y seis fistulas gastro-cutánea. El dispositivo ocluser no parece ser eficaz en el tratamiento de fugas gástricas bariátricos postoperatorias tempranas. En nuestra opinión, estos son mejor tratados con la colocación de endo-prótesis



<http://www.youtube.com/watch?v=I5sRAcOVGiU>

**AMPLATZER® Septal Occluder - P000039. Aprobado por la FDA**





**La diabetes se opera**

# CB y Diabetes



*“My daddy is a doctor and he treats diabetes.”  
“My daddy is a surgeon and he cures it.”*



*Bou R., BMI-2012, 2.1.5 (400-403)*

Febrero 2012  OA

## **Cirugía de diabetes: Gastrectomía vertical y desvío duodenal**

Rafael Bou, Aniceto Baltasar, \*Nieves Pérez, \*Carlos Serra, Marcelo Bengochea, \*Luis Cipagauta  
Clínica San Jorge. Alcoy. Alicante. ✉Rboup@terra.es. Tel. 0034-965.546.056  
\*Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

Varón de 50 años. BMI-34. Insulin 110 IU a day. Glu-285, HA1C-9.5. Dislipemia. **Cirugía de la Diabetes.** February 10th, 2004 DBP-CD sin resección gástrica



OBES SURG  
DOI 10.1007/s11695-014-1284-0

2014

ORIGINAL CONTRIBUTIONS

## Biliopancreatic Diversion-Duodenal Switch: Independent Contributions of Sleeve Resection and Duodenal Exclusion

Picard Marceau • Simon Biron • Simon Marceau •  
Frederic-Simon Hould • Stefane Lebel •  
Odette Lescelleur • Laurent Biertho • John G. Kral

¿¿¿1ª Cirugía de la diabetes realizada en España???

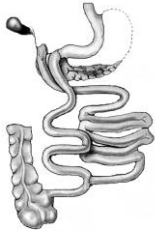
Now I will answer your question about Dan. He is wonderful; a real success story for you and I think you should be writing a paper. The medical community needs to know this. It hurts me to think how many people are suffering who could be cured. Dan feels great, looks great, and is so glad he had the surgery. He has no problem with the diet and has continued to exercise. His weight stabilized between 190 and 200lbs. His abdomen is still disproportionately large compared to the rest of his body. His scars are fading well and he had no post-op problems. Here's what is clinically significant:

- 1) No longer diabetic. HA1C normal and he has added sugars and carbohydrates back in his diet.
- 2) Diabetic Retinopathy gone and it's effects have been totally reversed. His vision is 20/20 without glasses and his eyes are no longer red all the time.
- 3) Diabetic Neuropathy(feet) all that's left is slight tingling sensation, other than that, it's gone. Before surgery, he complained of severe pain/discomfort all the time. Post-op he has improved so much that he can walk any reasonable distance. Before surgery he was in extreme pain walking 500 ft. His feet were extremely cold all the time. His circulation has improved dramatically.
- 4) ED. Dan is not comfortable talking about this. I don't think many men would be. He knows I am telling you now. That's why I am writing and not him. Since 1998, Dan had been unable to perform sexually. He stopped having nocturnal erections as well. He tried Viagra(150mg, the big one) with no success. He had pretty much given up on ever having sex again. 10 or 12 weeks post-op he started noticing nocturnal erections and soon after, he was able to have sex. He's not the same as when he was 20.. But he's much more grateful now than he ever was then. He will never take sex for granted again! The doctors here told him the ED was because diabetes was affecting his circulation and it was permanent. Thank you for the wonderful gift Dr. B! Now you probably know more about Dan than you ever wanted to. Now you know the whole story.

**He died 2011 of myocardial infarction**



Mrs Laird is Dr. Michael DaBakey Scrub nurse



## Historical Note

**More than 1,000 years ago, Sancho the Fat lost his Kingdom...**

# **HACE MAS DE MIL AÑOS SANCHO EL CRASO PERDIO SU REINO**

*Dr. ANICETO BALTASAR.*

Cirujano bariátrico. Clínica San Jorge, Alcoy, Alicante, España. [abaltasar@coma.es](mailto:abaltasar@coma.es)

# Tesis doctorales

FACULTAD DE FARMACIA  
DEPARTAMENTO DE  
FISIOLOGIA ANIMAL

SECRECIÓN BILIAR EN CONEJO ANESTESIA-  
DO: INFLUENCIA DEL ANESTÉSICO, DE  
LA CIRCULACIÓN ENTEROHEPÁTICA Y  
DE LA INFUSIÓN DE SALES BILIARES.

José F. Sastre Pascual

UNIVERSIDAD DE GRANADA  
1982.

UNIVERSIDAD de ALICANTE  
Facultad de Medicina

Tratamiento Quirúrgico  
de las  
METÁSTASIS PULMONARES

MEMORIA DE LICENCIATURA  
presentada por:  
EMILIO JOSÉ MARCOTE VALDIVIESO  
Alicante, Julio de 1989

Universidad de Alicante  
Facultad de Medicina  
Departamento de Medicina

*ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA  
GASTRECTOMÍA PARCIAL CON  
RECONSTRUCCIÓN EN "Y DE ROUX" Y  
"BILLROTH II" EN LA PREVENCIÓN DE  
LA GASTRITIS POSTOPERATORIA POR  
REFLUJO ALCALINO A LARGO PLAZO.*

TESIS

Que para optar al grado de Doctor en  
Medicina y Cirugía presenta  
ROSA M<sup>a</sup> MARTÍNEZ CASTRO

Alicante, Julio de 1994

UNIVERSIDAD DE ALICANTE  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y CIRUGÍA

“EXPRESIÓN Y SIGNIFICACIÓN CLÍNICA  
DE LA APOLIPOPROTEÍNA D Y EL  
PEPSINÓGENO C EN EL CÁNCER DE  
MAMA DEL VARÓN”

TESIS DOCTORAL

Autor: D. CARLOS SERRA DÍAZ.

Directores: Dr. D. FRANCISCO VIZOSO PIÑEIRO.  
Prof. Dr. D. JUSTO MEDRANO HEREDIA.

# YOUR RESEARCH IS IN THE SPOTLIGHT

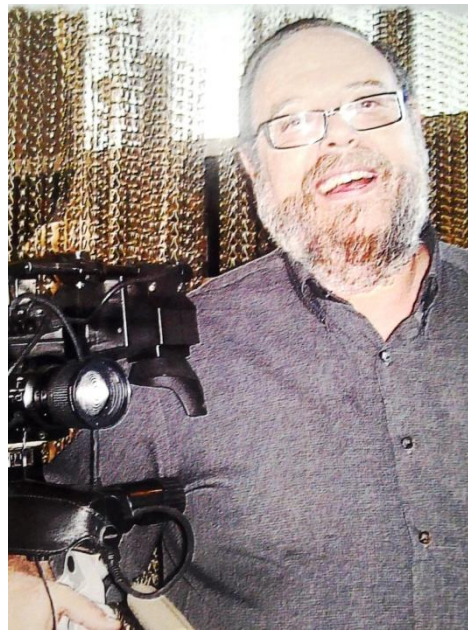


With **124 new downloads**, you were the **most downloaded** researcher from Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante last week

[Go to your home feed](#)

**20.07.2015**

Congratulations, Aniceto. Your achievement has been included directly on the home feeds of your colleagues and co-authors.



# ANALES

del  
Servicio de Cirugía

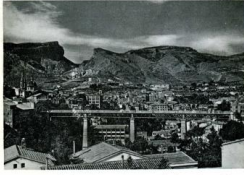


Hospital Insalud "Virgen de los Lirios"  
Alcoy

1984

# ANALES

del  
Servicio de Cirugía General



Hospital Insalud "Virgen de los Lirios"  
Alcoy

1985

# anales

del  
Servicio de Cirugía General



Hospital Insalud "Virgen de los Lirios"  
ALCOY

1986

# III ANALES

DEL  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY

1987

# V ANALES

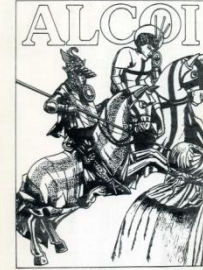
DEL  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1988

# VI ANALES

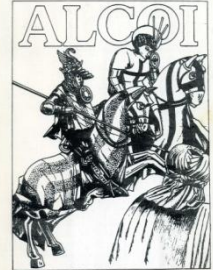
DEL  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1989

# VI ANALES

DEL  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1989

# VII ANALES

DEL  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1990

# VIII ANALES

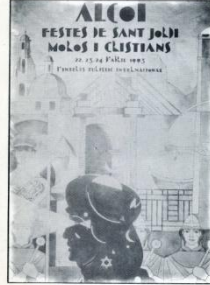
DEL  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1991

# IX ANALES

del Servicio de Cirugía General



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1992

# X ANALES

del Servicio de Cirugía General



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1993

# XI ANALES

del Servicio de Cirugía General



HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY, 1994

# XII ANALES

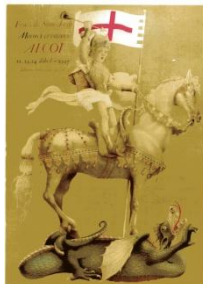
del Servicio de Cirugía General



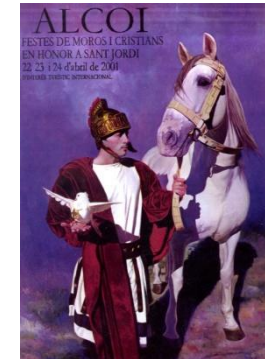
HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1995



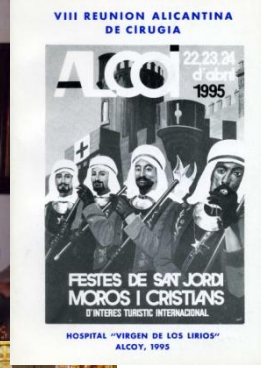
HOSPITAL "VIRGEN DE LOS LIRIOS"  
ALCOY 1996



ASISTENTES XIV REUNION AJUCANTINA DE CIRUGIA AÑO 2001



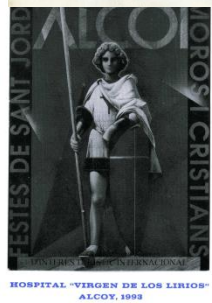
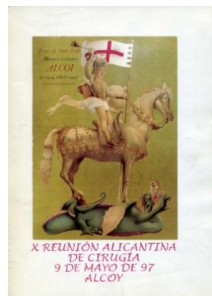




VI REUNION ALICANTINA DE CIRUGIA  
7 de mayo de 1993  
Salón de Actos del Hospital  
"Virgen de los Lirios"  
ALCOY  
Organiza:  
SERVICIO DE CIRUGIA



III REUNION ALICANTINA DE CIRUGIA



**CIRUGÍA BARIÁTRICA** EL PORCENTAJE DE ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN DE LA OBESIDAD ESTÁ EN TORNO AL 95 POR CIENTO MENOS DE UN 10%

## Más de tres décadas cambiando el comportamiento del paciente obeso

→ El 15 por ciento de la población española padece sobrepeso y alrededor del 5 por ciento presenta obesidad grave. Estos pacientes se pueden beneficiar de las opciones quirúrgicas que

les ofrecen los especialistas en cirugía bariátrica. Desde la primera operación referenciada de cirugía de la obesidad en España, hace ayer 35 años, se ha avanzado mucho.

### ■ Ana Callejo Mora

En la actualidad, se realizan en nuestro país entre 6.000 y 7.000 intervenciones de cirugía de la obesidad. Es más que una simple operación porque se enseña al obeso grave o mórbido a llevar una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable durante el resto de su existencia, siempre bajo la vigilancia de los médicos que le han tratado. "Es lo que los estadounidenses han bautizado *cirugía del comportamiento*. Lo que hace la cirugía es multiplicar por 10 o por 15 el efecto de esos buenos hábitos y prolongar la supervivencia quince años",



Juan Carlos Ruiz de Adana, Antonio Torres y Aniceto Baltasar, ayer en Madrid.

### La cirugía bariátrica es segura en enfermedad renal y obesidad

#### ■ Redacción

La cirugía para adelgazar es segura en pacientes con enfermedad renal crónica que son obesos, según un estudio que se publicará en la próxima edición de *The Journal of the American Society Nephrology*. El estudio es el más grande de su tipo que se centra en el impacto de la función renal en la salud de los pacientes después de la cirugía para bajar de peso.

No se sabe si la cirugía para perder peso, también conocida como cirugía bariátrica, es segura para los pacientes con enfermedad renal crónica ni cómo la disminución de la función renal podría afectar a los riesgos del procedimiento. Para

La diferencia más visible entre la primera cirugía publicada y la que se hace hoy es el abordaje laparoscópico, que se realiza en el cien por cien de casos

La repetición del acto quirúrgico es lo que lleva a la excelencia. Afortunadamente, España es uno de los países con más experiencia

