

19



OFICINA ESPAÑOLA DE
PATENTES Y MARCAS

ESPAÑA



11 Número de publicación: **2 988 180**

51 Int. Cl.:

A61B 17/03 (2006.01)

A61F 5/00 (2006.01)

12

TRADUCCIÓN DE PATENTE EUROPEA

T3

96 Fecha de presentación y número de la solicitud europea: **30.01.2009 E 18183696 (6)**

97 Fecha y número de publicación de la concesión europea: **01.05.2024 EP 3412217**

54 Título: **Dispositivos para realizar gastroplastia**

30 Prioridad:

01.02.2008 US 25619 P

45 Fecha de publicación y mención en BOPI de la traducción de la patente:

19.11.2024

73 Titular/es:

**BALLAST MEDICAL INC. (100.0%)
196-315, Place D'Youville
Montreal, QC H2Y 0A4, CA**

72 Inventor/es:

**GAGNER, MICHEL;
BLAESER, DAVID, J. y
SPENCER, DALE, A.**

74 Agente/Representante:

FERNÁNDEZ POU, Felipe

ES 2 988 180 T3

Aviso: En el plazo de nueve meses a contar desde la fecha de publicación en el Boletín Europeo de Patentes, de la mención de concesión de la patente europea, cualquier persona podrá oponerse ante la Oficina Europea de Patentes a la patente concedida. La oposición deberá formularse por escrito y estar motivada; sólo se considerará como formulada una vez que se haya realizado el pago de la tasa de oposición (art. 99.1 del Convenio sobre Concesión de Patentes Europeas).

DESCRIPCIÓN

Dispositivos para realizar gastroplastia

5 Antecedentes de la invención

La presente invención se refiere en general a dispositivos mejorados para anclar una manga gastroenterológica dentro del estómago sin depender de suturas, grapas u otros mecanismos que perforan la pared del estómago. Además de dejar las paredes del estómago libres de pinchazos, el sistema de anclaje de la presente invención evita el movimiento de la funda en ambas direcciones, evitando así que la funda pase a través del sistema digestivo pero también que refluya hacia el esófago.

Según el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), el sesenta y seis por ciento de los estadounidenses tienen sobrepeso y el treinta y dos por ciento son obesos, lo que presenta un problema de salud abrumador. Desde un punto de vista económico, se estima que se gastan más de 100 mil millones de dólares en la obesidad y en el tratamiento de sus principales comorbilidades. Esta cifra no incluye los costos psicológicos y sociales. Muchos expertos en atención médica consideran que la obesidad es el mayor problema de salud que enfrentan las sociedades occidentalizadas y consideran la obesidad una epidemia. Desde un punto de vista médico, la obesidad es el principal factor de riesgo de diabetes tipo 2 y apnea obstructiva del sueño. Esta aumenta las posibilidades de sufrir enfermedades cardíacas, pulmonares, infertilidad, osteoartritis, colecistitis y varios cánceres importantes, incluidos los de mama y colon. A pesar de estos hechos alarmantes, las opciones de tratamiento para la obesidad siguen siendo limitadas.

Las opciones de tratamiento incluyen modificación de la dieta, dietas líquidas muy bajas en calorías, agentes farmacéuticos, asesoramiento, programas de ejercicio y cirugía. Los planes de dieta y ejercicio a menudo fracasan porque la mayoría de las personas no tienen la disciplina para cumplirlos. Cuando la dieta y el ejercicio fracasan, muchos prueban suplementos dietéticos y medicamentos u otras preparaciones ingeribles que se promocionan como capaces de suprimir el apetito o inducir la saciedad. En general, estas técnicas para tratar la sobrealimentación compulsiva y la obesidad han tendido a producir sólo un efecto temporal. El individuo generalmente se desanima y/o deprime después de que el ritmo inicial de pérdida de peso se estabiliza y una mayor pérdida de peso se vuelve más difícil de lograr. Luego, el individuo suele volver a la conducta anterior de comer en exceso de forma compulsiva.

Los procedimientos quirúrgicos que restringen el tamaño del estómago y/o de bypass de partes del intestino son los únicos remedios que proporcionan una pérdida de peso duradera para la mayoría de las personas con obesidad mórbida. Los procedimientos quirúrgicos para la obesidad mórbida son cada vez más comunes basándose en resultados exitosos de pérdida de peso a largo plazo.

La cirugía bariátrica es un tratamiento para la obesidad mórbida que implica la alteración del tracto digestivo del paciente para fomentar la pérdida de peso y ayudar a mantener un peso normal. Los procedimientos de cirugía bariátrica conocidos incluyen derivación yeyuno-ileal, derivación yeyuno-cólica, derivación biliopancreática, derivación gástrica, derivación gástrica en Y de Roux, gastroplastia, banda gástrica, gastroplastia con banda vertical y gastroplastia con anillo de silastic. Se puede encontrar una historia más completa de la cirugía bariátrica en el sitio web de la Sociedad Estadounidense de Cirugía Bariátrica en <http://www.asbs.org>.

Los avances en la cirugía laparoscópica han permitido a los médicos realizar operaciones que antes requerían una incisión de acceso invasiva y dolorosa. Por ejemplo, en el caso de una gastrectomía tubular, un cirujano haría una incisión abdominal, generalmente de 5 cm o más de longitud, que proporcionaría acceso a la cavidad abdominal. Luego, el cirujano suturaría el estómago, formando un estoma, utilizando una sonda como guía a lo largo de la curvatura menor del estómago. Una sonda es un tubo sólido relativamente simple que se inserta en el estómago a través del esófago. El cirujano sutura el estómago para cerrarlo alrededor de la sonda, de modo que el estoma formado coincida con el tamaño y la forma tubular estrecha de la sonda.

La realización de esta cirugía por vía laparoscópica minimiza el traumatismo del paciente porque se evita la gran incisión abdominal. En pacientes del género femenino, la vagina puede usarse como punto de entrada, minimizando aún más el traumatismo en el abdomen. El tiempo de recuperación y las posibilidades de infección se reducen considerablemente mediante la cirugía laparoscópica.

Sin embargo, la cirugía laparoscópica añade ciertas complicaciones. En el caso de una gastrectomía tubular, debido a que la línea de sutura se extiende a lo largo de todo el estómago, la mayor parte del estómago está completamente aislada del tracto digestivo. Esta porción del estómago debe retirarse del cuerpo. Por lo tanto, una gastrectomía tubular comienza con la sección de las arterias gástricas cortas hasta el pilar diafragmático izquierdo. Se debe tener cuidado para evitar dañar el bazo o sus vasos. Esto hace que la extracción de la porción del estómago no utilizada sea el aspecto más complicado de una gastrectomía tubular, ya sea realizada por vía laparoscópica o quirúrgica. Seccionar estas arterias por vía laparoscópica y extirpar la porción del estómago no utilizada es significativamente más difícil que hacerlo quirúrgicamente. En el caso de una laparoscopia de entrada

vaginal, extraer la porción del estómago reseca a través de la abertura de entrada en la vagina puede ser particularmente difícil, especialmente considerando que la paciente típica que se somete a una cirugía de este tipo tiene un estómago significativamente agrandado.

5 Existe una necesidad evidente de que un dispositivo para realizar una gastrectomía tubular obvие la necesidad de extirpar cualquier porción del estómago. Si se puede dejar todo el estómago en su lugar, el tiempo de recuperación del paciente, la complejidad del procedimiento y las tasas de morbilidad del paciente se reducirán considerablemente.

10 El documento WO 02/24080 divulga un sobretubo de agarre con marco en A 100, que incluye un sobretubo 110 con un agarre 120 accionado por cable en un extremo distal del dispositivo.

El documento US 2003/236536 divulga un tubo flexible 120 que se puede colocar en el sitio de la unión gastroesofágica y una cabeza de estructura en A 100 acoplada a una porción distal del tubo 120.

15 El documento WO 02/094105 divulga una herramienta de aplicación de sujetador de tejido 10 para sujetar la pared fúndica con un sujetador de tejido.

20 El documento US 2003/216754 divulga un conjunto de restauración de válvula de aleta gastroesofágica 60 que incluye un miembro longitudinal 62, un miembro de control de movimiento extracorpóreo 64, un canal endoscópico 66, un puerto de aire presurizado 68, un puerto de vacío 69, un molde 70 que tiene una superficie de moldeo 72, un moldeador de tejido 73, una pluralidad de dispositivos de fijación de tejido 80a, 80c y 80e, una pluralidad de lúmenes 82ae y una pluralidad de orificios de lumen 84ae.

25 El documento WO02/28289 divulga un endoscopio 16 que se inserta a través del esófago y luego se usa para localizar un sitio de unión 14 en la unión gastroesofágica.

El documento US 2007/112363 divulga un dispositivo 100 que tiene un pasaje longitudinal 101 para permitir que un endoscopio 110 sea guiado a través del dispositivo y dentro del estómago.

30 El documento WO 2006/060549 divulga un dispositivo 100 que es transportado por un miembro longitudinal 114 que alimenta el dispositivo 100 hacia abajo por el esófago 41 hasta una posición aboral de la unión gastroesofágica o línea Z 52.

35 El documento US 5,676,674 divulga un conjunto de sujeción 22 que incluye un cartucho portador de grapas 24, dispuesto en el marco del cartucho 38, y un yunque 26, conectado de manera pivotante al marco del cartucho del extremo distal 38. El documento US 2005/251158 divulga una sonda para realizar una gastroplastia que comprende un cuerpo alargado (20) conformado para seguir una curva menor de un estómago, teniendo así un lado con una curva interior y un lado opuesto con una curva exterior, y que tiene un extremo distal (28) que se puede colocar
40 cerca de la unión gastroduodenal del estómago; y una extensión (30) unida a dicho cuerpo alargado y móvil entre: una posición cerrada en la que dicha extensión se encuentra a lo largo del lado opuesto y se adapta a la curva exterior de dicho cuerpo alargado; y una posición abierta en la que dicha extensión (30) se extiende alejándose del lado opuesto del cuerpo alargado, formando así una configuración en Y con dicho cuerpo alargado para colocar el
45 borde interior de la sonda lejos de una unión gastroesofágica del estómago, y dejando un espacio en la parte superior del estómago para permitir la comunicación entre la porción del estómago desviada y el estoma.

Resumen de la invención

50 La invención se define por las reivindicaciones. Los ejemplos proporcionan un dispositivo para realizar una gastrectomía tubular evitando al mismo tiempo la necesidad de reseca la porción del estómago desviada. La necesidad de resección se evita terminando la línea de sutura a una distancia relativamente corta de la unión gastroesofágica. Al dejar esta pequeña abertura entre el estoma y la porción del estómago desviada, la porción desviada puede permanecer en su lugar sin complicaciones, a pesar de la ausencia de alimentos.

55 Para evitar que los alimentos pasen a través de esta abertura, la línea de sutura se aleja de la unión gastroesofágica cerca de la parte superior del estómago. Esto se logra mediante el uso de una realización de una sonda de la presente invención. La sonda incluye una extensión que, al abrirse, le da forma de Y. El estoma resultante tiene una parte superior abierta cerca de la unión gastroesofágica pero, debido a la extensión, tiene forma de embudo y, por lo tanto, dirige los alimentos hacia el estoma en lugar de hacia el estómago desviado. En el presente documento se describen varias realizaciones de sondas.
60

Breve descripción de las figuras

65 La Figura 1 es un alzado de una primera etapa del método;

La Figura 2 es un alzado de una segunda etapa del método;

La Figura 3 es un alzado de una tercera etapa del método;

La Figura 4 es un alzado de una cuarta etapa del método;

5 La Figura 5 es un alzado del estómago sometido al método;

La Figura 6 es una vista en perspectiva de una realización de un dispositivo de la presente invención; y,

10 La Figura 7 es una vista en perspectiva de una realización de un dispositivo de la presente invención.

Descripción detallada de la invención

15 La presente invención incluye dispositivos para realizar un procedimiento de gastroplastia. Las Figuras 1-5 muestran una serie de diagramas que detallan los distintos pasos del método. Las Figuras 6-7 representan varias realizaciones de diversos dispositivos. Explicando primero el método, se entenderán más fácilmente las diversas realizaciones de los dispositivos.

20 El método de gastroplastia comienza introduciendo una sonda 10 en el estómago A a través del esófago B. La sonda 10 tiene preferiblemente una forma para seguir la curva menor C del estómago A.

25 Una vez que la sonda 10 está en su lugar de manera que su extremo distal 12 esté cerca de la unión gastroduodenal D, se abre una extensión 14 de la sonda 10 como se muestra en la Figura 2. La extensión 14 se abre lo suficiente como para que el borde interior 15 de la sonda 10, opuesto a la curva menor C, se extienda alejándose de la unión gastroesofágica E.

30 A continuación, como se ve en la Figura 3, se sigue una línea de grapas 16 a lo largo del borde interior 15 de la sonda 10 comenzando en la parte inferior del estómago A y subiendo hacia el esófago B. Opcionalmente, se puede aplicar succión al estómago A de manera que el estómago A se dobla y es succionado contra la sonda 10, haciendo que la sonda 10 y la línea de grapas deseada 16 sean más fáciles de visualizar y seguir. Adicional o alternativamente, la sonda 10 puede incluir una fuente de luz visible a través de la pared del estómago A, mejorando así la visibilidad. Como se ve en la Figura 4, la línea de sutura 16 probablemente incluirá una curva 17 o ángulo que sigue a la sonda 10.

35 La Figura 5 muestra que la línea de sutura 16 termina antes de llegar a la parte superior del estómago. Se deja un espacio 19 que permite cierta comunicación entre la porción desviada del estómago F y el estoma G recién formado. Una vez completada la línea de grapas 16, la extensión 14 se cierra contra la sonda 10 y la sonda 10 se retrae a través del esófago B.

40 Volviendo ahora a las Figuras 6-7, se muestran varios aspectos de las sondas adecuadas para su uso con el método.

La Figura 6 muestra una sonda 20 con una extensión 22 y un dispositivo de activación 24. La extensión 22 está cerrada pero es lo suficientemente flexible como para mantenerse abierta usando el dispositivo de activación 24.

45 El dispositivo de activación 24 incluye un anillo deslizante 26 que pasa alrededor del exterior de la sonda 20 pero sin incluir la extensión 22. Un cable extensible 28 pasa a través de un lumen interno de la sonda 20 y sale de la sonda a través de un puerto 30 ubicado distalmente de un extremo distal 32 de la extensión 22. A continuación, el cable extensible 28 se encamina proximalmente y se fija al anillo deslizante 26. Preferiblemente, aunque no se muestra en las figuras, un segundo cable extensible se encamina de manera similar en un lado opuesto de la sonda 20 de modo que cuando se tira de este, se aplica la misma fuerza a ambos lados del anillo 26, evitando así que el anillo cuelgue de la sonda 20.

50 Uno o preferiblemente dos (uno de ellos se muestra) cables de retracción 34 también se encaminan a través de un lumen interno de la sonda, saliendo por un puerto 36 ubicado proximalmente al extremo proximal 38 de la sonda 20. Los cables de retracción 34 también están conectados al anillo deslizante 26.

55 En funcionamiento, la sonda 20 se coloca como se desee en el estómago y la extensión 22 se abre tirando del cable o cables extensibles 28, tirando así del anillo 26 hacia abajo en una dirección distal. El anillo 26 está encajado entre la extensión 22 y el resto de la sonda 20. Cuanto más se tira del anillo 26 hacia la unión entre la extensión 22 y la sonda 20, mayor se vuelve el ángulo entre los dos.

60 Cuando la extensión 22 se extiende en la cantidad deseada, se completa el paso de grapado del procedimiento. Para retirar la sonda 20, se tira del cable o cables 34 de retracción, tirando así del anillo deslizante 26 en una dirección proximal. La naturaleza elástica de la extensión 22 la coloca a ras de la sonda 20 y la sonda 20 puede retirarse.

65

Volviendo ahora a la Figura 7, se muestra otra realización de una sonda 40 de la presente invención con una extensión 42 y un dispositivo de activación 44. La extensión 42 está abierta pero es lo suficientemente flexible como para mantenerse cerrada usando el dispositivo de activación 44.

5 El dispositivo de activación 44 incluye un anillo deslizante 46 que pasa alrededor del exterior de la sonda 40, incluyendo la extensión 42. Un cable extensible 48 pasa a través de un lumen interno de la sonda 40 y sale de la sonda a través de un puerto 50 ubicado cerca o distalmente de un extremo distal 52 de la extensión 42. A
10 continuación, el cable extensible 48 se encamina proximalmente y se fija al anillo deslizante 46. Preferiblemente, aunque no se muestra en las figuras, un segundo cable extensible se encamina de manera similar en un lado opuesto de la sonda 40 de modo que cuando se tira de este, se aplica la misma fuerza a ambos lados del anillo 46, evitando así que el anillo cuelgue de la sonda 40.

Uno o preferiblemente dos (uno de ellos se muestra) cables de retracción 54 también se encaminan a través de un lumen interno de la sonda, saliendo por un puerto 56 ubicado proximalmente al extremo proximal 58 de la sonda 40.
15 Los cables de retracción 54 también están conectados al anillo deslizante 46.

En funcionamiento, la sonda 40 se coloca como se desee en el estómago y la extensión 42 se abre tirando del cable o cables extensibles 48, tirando así del anillo 26 hacia abajo en una dirección distal. El anillo 46 libera la extensión 42 y la extensión abierta desviada queda libre para extenderse. Dependiendo de qué tan grande sea el anillo 46 en comparación con la sonda, cuanto más se tire del anillo 46 hacia la unión entre la extensión 42 y la sonda 40, mayor será el ángulo entre los dos.
20

Cuando la extensión 42 se extiende en la cantidad deseada, se completa el paso de grapado del procedimiento. Para retirar la sonda 40, se tira del cable o cables 54 de retracción, tirando así del anillo deslizante 46 en una dirección proximal. El anillo 46 dobla la extensión 42 al ras contra la sonda 40 y la sonda 40 puede retirarse. Preferiblemente, el puerto 56 está ubicado de manera que el anillo 46 no pueda pasar más allá del extremo proximal de la extensión 42, de modo que no sea posible una separación accidental de la extensión 42 durante la extracción.
25

Aunque la invención se ha descrito en términos de realizaciones y aplicaciones particulares, un experto en la técnica, a la luz de esta enseñanza, puede generar realizaciones y modificaciones adicionales sin apartarse o exceder el alcance de la invención reivindicada que está definida por las reivindicaciones. Por ejemplo, un experto en la técnica podrá realizar varias realizaciones de sondas que incluyen una extensión y diversas posibilidades para desplegar y retraer esta extensión. Sólo unos pocos ejemplos no limitantes de otros dispositivos incluyen, entre otros, dispositivos activados por tornillo, dispositivos activados por balón, dispositivos de trinquete y similares. En consecuencia, debe entenderse que las figuras y descripciones aquí presentadas se ofrecen a modo de ejemplo para facilitar la comprensión de la invención y no deben interpretarse como limitantes del alcance de la misma, que está definido por las reivindicaciones.
30
35
40
45
50
55
60
65

REIVINDICACIONES

- 5 1. Una sonda (10) para usar en la realización de una gastroplastia para formar una porción desviada (F) de un estómago y un estoma (G) uniendo las paredes del estómago a lo largo de un borde interior (15) de la sonda (10), la sonda (10) que comprende:

10 un cuerpo alargado conformado para seguir una curva menor de un estómago, teniendo así un lado con una curva interior y un lado opuesto con una curva exterior, y teniendo un extremo distal (12) que se puede colocar cerca de una unión gastroduodenal (D) del estómago y un extremo proximal;
 15 una extensión (14) unida en un extremo a dicho cuerpo alargado y móvil entre:
 una posición cerrada en donde dicha extensión (14) se extiende a lo largo del lado opuesto y se adapta a dicho cuerpo alargado; y
 una posición abierta en donde dicha extensión (14) se extiende lejos del cuerpo alargado, formando así una configuración en Y con dicho cuerpo alargado para colocar el borde interior (15) de la sonda (10), que es opuesto a la curva menor del estómago, lejos de una unión gastroesofágica (E) del estómago, y dejando un espacio (19) en la parte superior del estómago para permitir la comunicación entre la porción desviada (F) del estómago y el estoma (G); y
 20 caracterizándose dicha sonda porque comprende además un mecanismo de activación (24) que comprende un anillo deslizante (26) que pasa alrededor del exterior de dicha sonda (20), entre dicha sonda (20) y dicha extensión (14), pero sin incluir la extensión (14), siendo móvil dicho anillo deslizante a lo largo de la sonda y utilizable para mover dicha extensión (14) desde dicha posición cerrada a dicha posición abierta, comprendiendo además dicho mecanismo de activación un cable extensible (28) adaptado para pasar a través de un lumen interior de la sonda (20) y para salir de la sonda a través de un puerto (30) ubicado distalmente de un extremo distal (32) de la extensión, estando entonces adaptado dicho cable extensible (28)
 25 para ser encaminado proximalmente y unido al anillo deslizante (26).

- 30 2. Una sonda (10) para usar en la realización de una gastroplastia para formar una porción desviada (F) de un estómago y un estoma (G) uniendo las paredes del estómago a lo largo de un borde interior (15) de la sonda (10), la sonda (10) que comprende:

35 un cuerpo alargado conformado para seguir una curva menor de un estómago, teniendo así un lado con una curva interior y un lado opuesto con una curva exterior, y teniendo un extremo distal (12) que se puede colocar cerca de una unión gastroduodenal (D) del estómago y un extremo proximal;
 una extensión (14) unida en un extremo a dicho cuerpo alargado y móvil entre:
 una posición cerrada en donde dicha extensión (14) se extiende a lo largo del lado opuesto y se adapta a dicho cuerpo alargado; y
 una posición abierta en la que dicha extensión (14) está desviada en dicha posición abierta y se separa del cuerpo alargado, formando así una configuración en Y con dicho cuerpo alargado para colocar el borde interior (15) de la sonda (10), que está opuesto a la curva menor del estómago, lejos de una unión gastroesofágica (E) del estómago, y dejando un espacio (19) en la parte superior del estómago para permitir la comunicación entre la porción desviada (F) del estómago y el estoma (G); y
 40 caracterizándose dicha sonda porque comprende además un mecanismo de activación (44) que comprende un anillo deslizante (46) que pasa alrededor del exterior de dicha sonda (20) y que incluye la extensión (14), siendo dicho anillo deslizante móvil a lo largo de la sonda y utilizable para mover dicha extensión (14) desde dicha posición abierta a dicha posición cerrada, comprendiendo además dicho mecanismo de activación un cable extensible (48) adaptado para pasar a través de un lumen interno de la sonda (40) y para salir de la sonda a través de un puerto (50) ubicado cerca o distalmente de un extremo distal (52) de la extensión, estando entonces adaptado dicho cable extensible (48) para encaminarse proximalmente y unirse al anillo deslizante (46).
 50

- 55 3. La sonda (10) de la reivindicación 1, en donde dicha extensión (14) está desviada a dicha posición cerrada y dicho mecanismo de activación (24) impulsa a dicha extensión (14) a dicha posición abierta.
4. La sonda (10) de la reivindicación 2, en donde dicha extensión (14) está desviada hacia dicha posición abierta y dicho mecanismo de activación (44) mantiene dicha extensión (14) en dicha posición cerrada.
5. La sonda de la reivindicación 3, en donde el anillo deslizante (26) que rodea dicha sonda pasa entre dicho cuerpo y dicha extensión cuando se activa en una dirección distal.
- 60 6. La sonda de la reivindicación 4, en donde el anillo deslizante (46) que rodea dicha sonda libera dicha extensión cuando se activa en una dirección distal.
7. La sonda de la reivindicación 5, en donde el cable extensible (28) unido a dicho anillo deslizante (26) se puede utilizar para activar dicho anillo deslizante (26).
 65
8. La sonda de la reivindicación 6, en donde el cable extensible (48) unido a dicho anillo deslizante (46) se puede

utilizar para activar dicho anillo deslizando (46).

9. La sonda de la reivindicación 7, en donde el mecanismo de activación (24) comprende además al menos un cable de retracción (34) conectado a dicho anillo deslizando (26).

5 10. La sonda de la reivindicación 8, en donde el mecanismo de activación (44) comprende además al menos un cable de retracción (54) conectado a dicho anillo deslizando (46).

10 11. La sonda de la reivindicación 1 o 2, que comprende además una fuente de luz visible a través de las paredes del estómago, mejorando así la visibilidad.

15

20

25

30

35

40

45

50

55

60

65

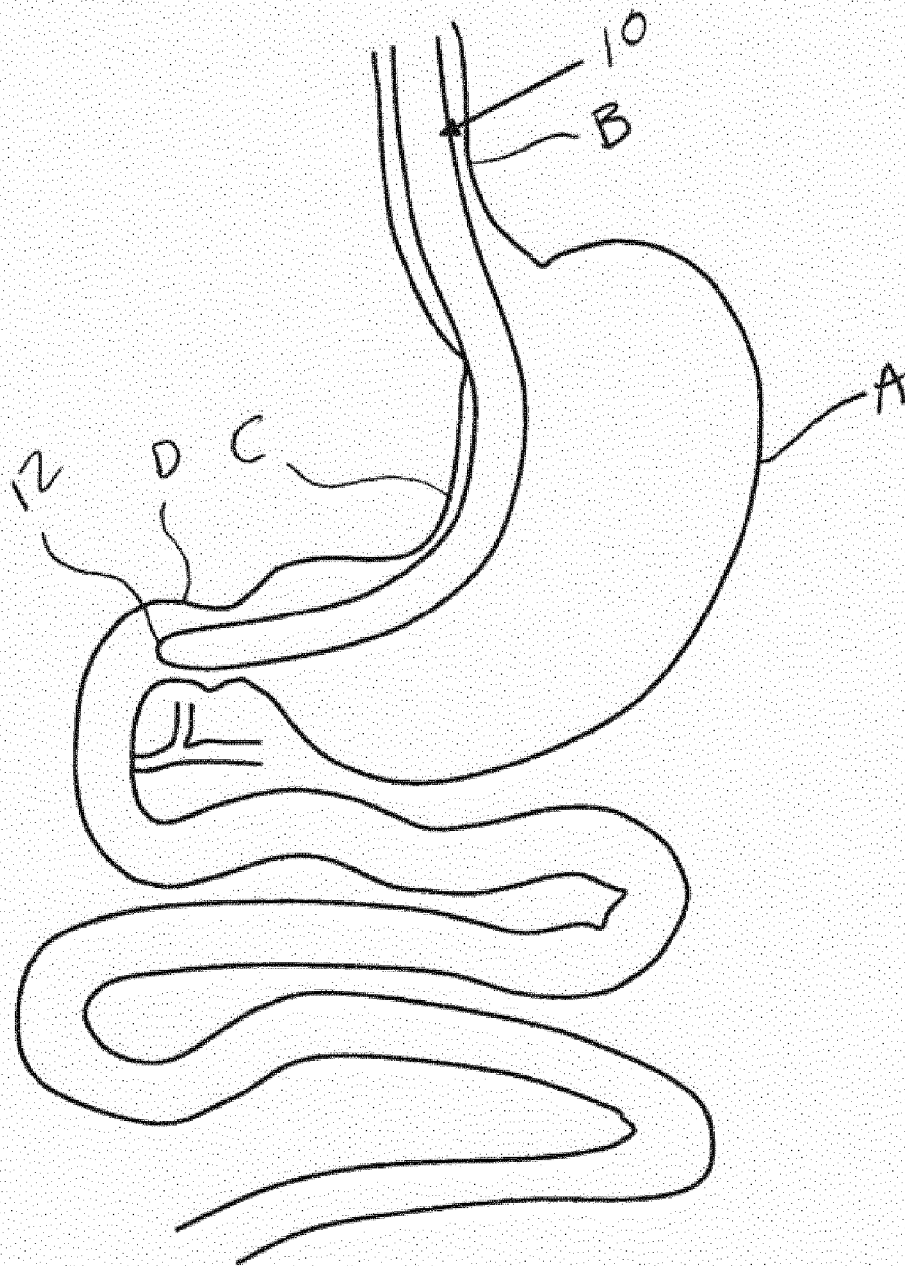


FIGURA 1

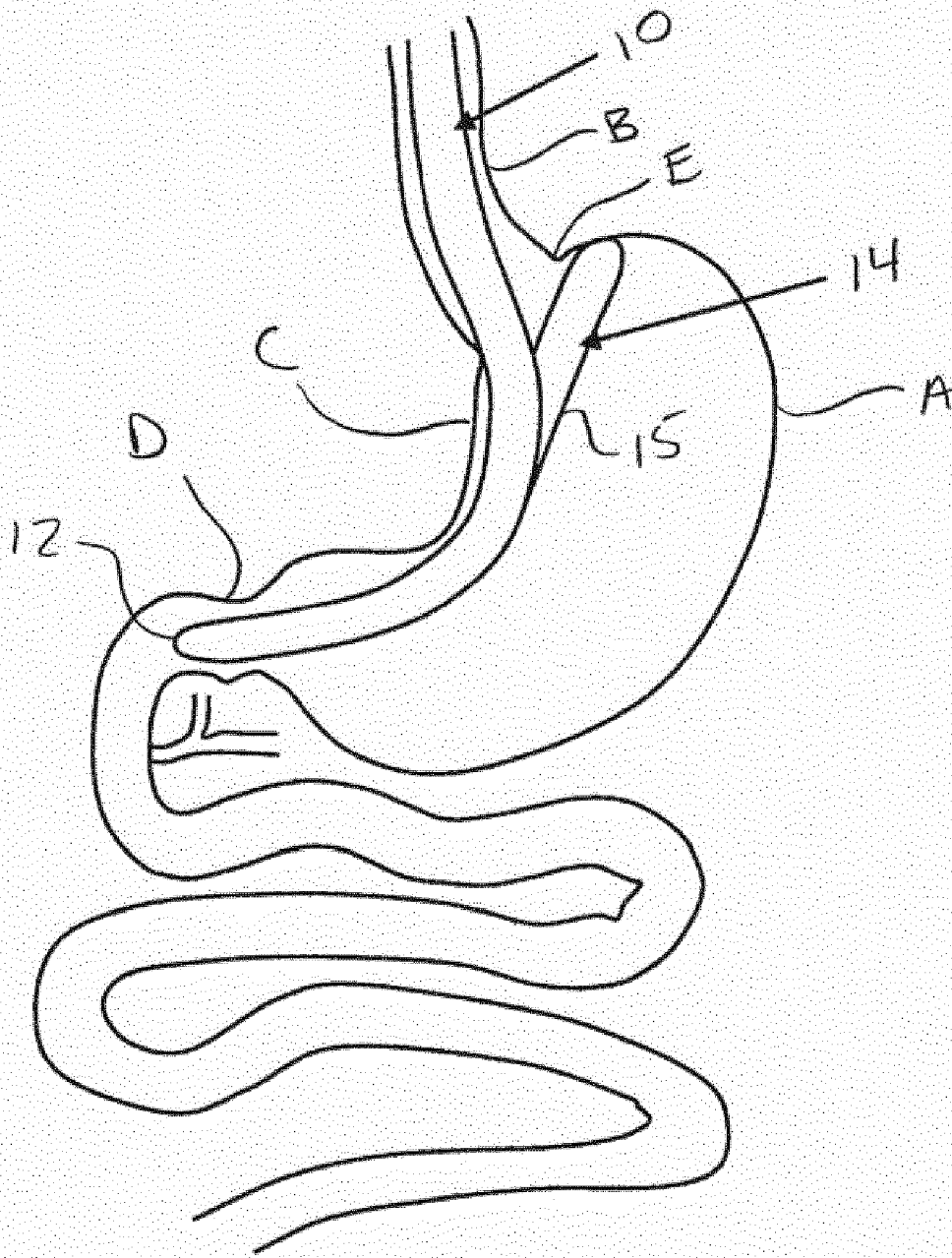


FIGURA 2

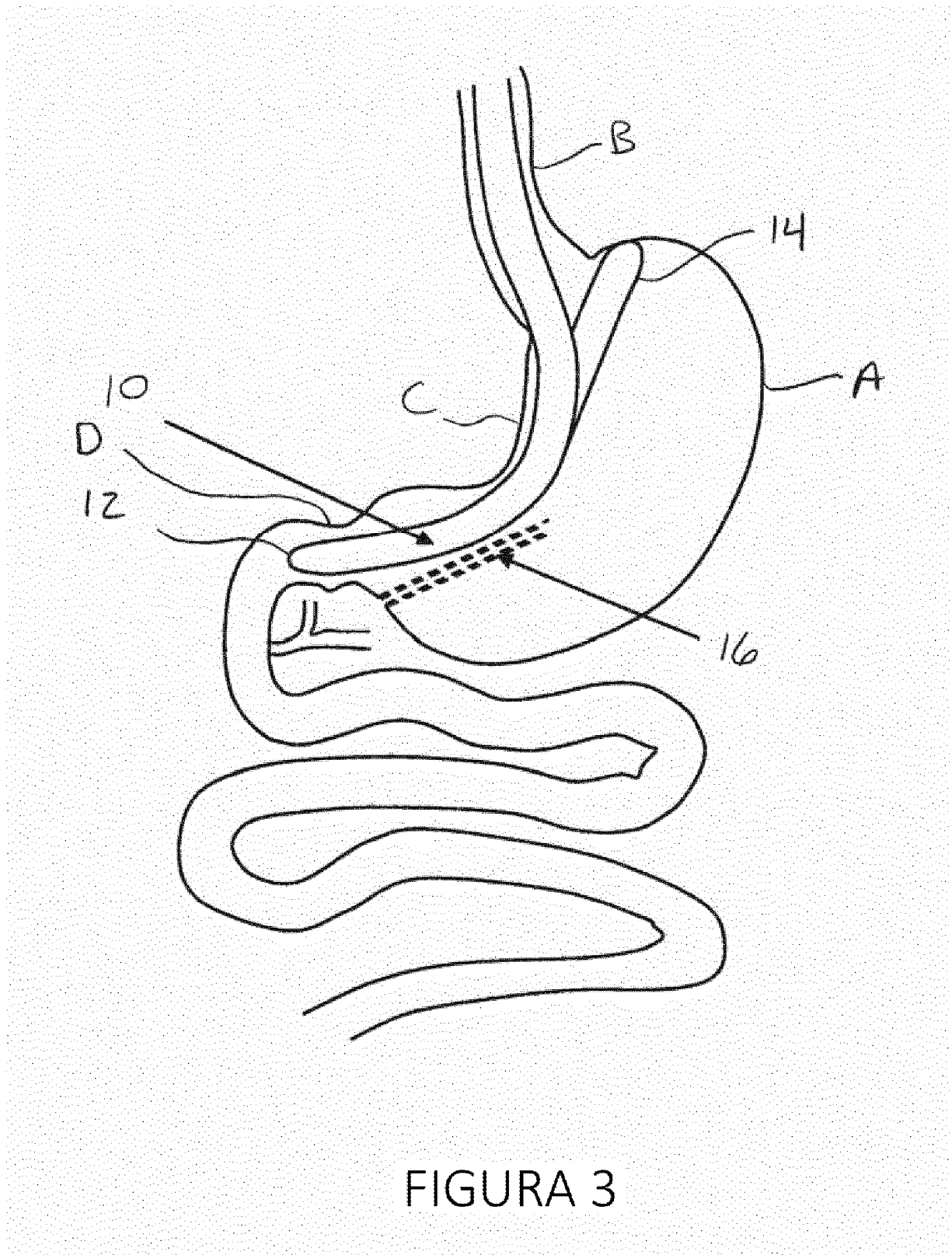


FIGURA 3

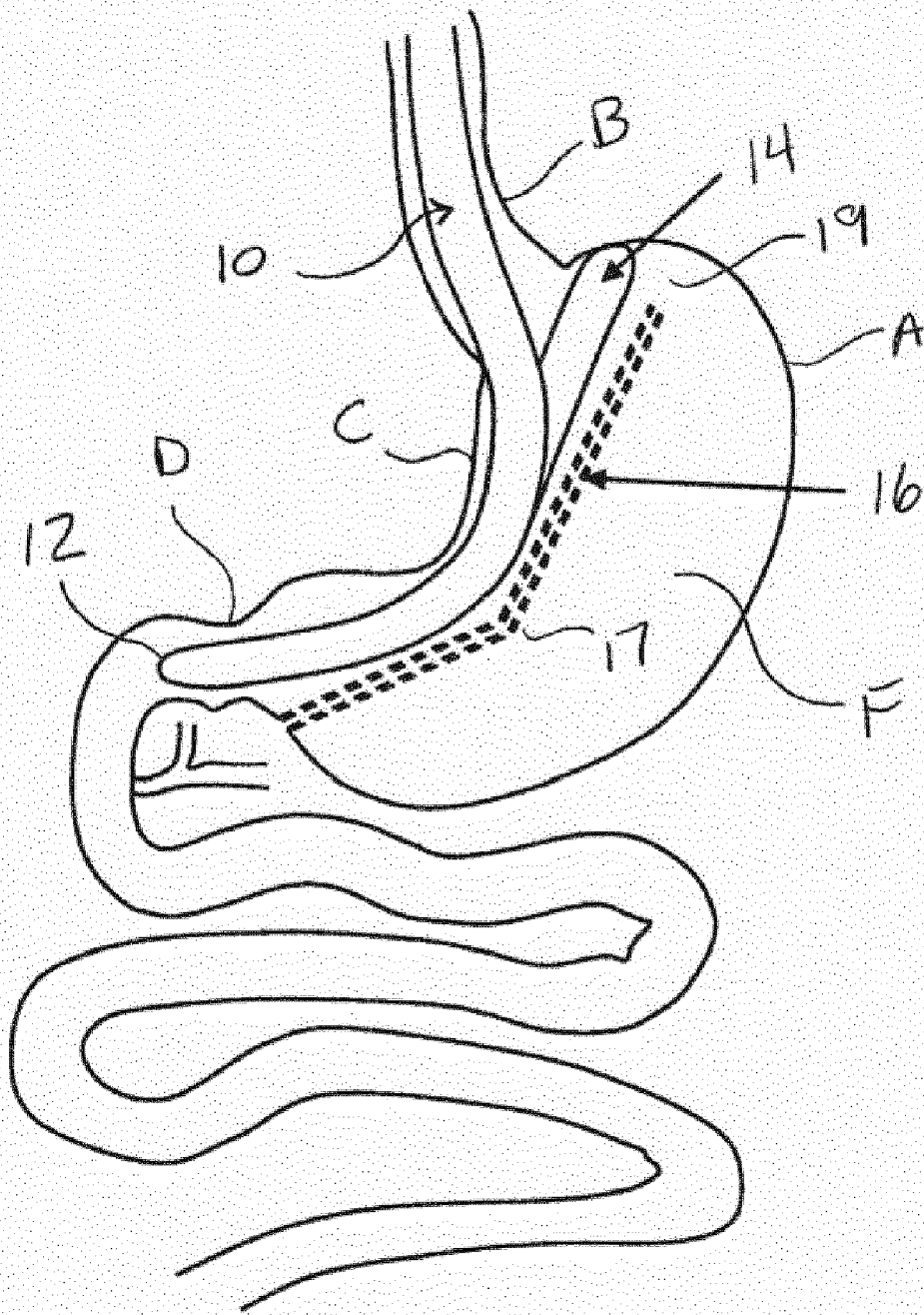


FIGURA 4

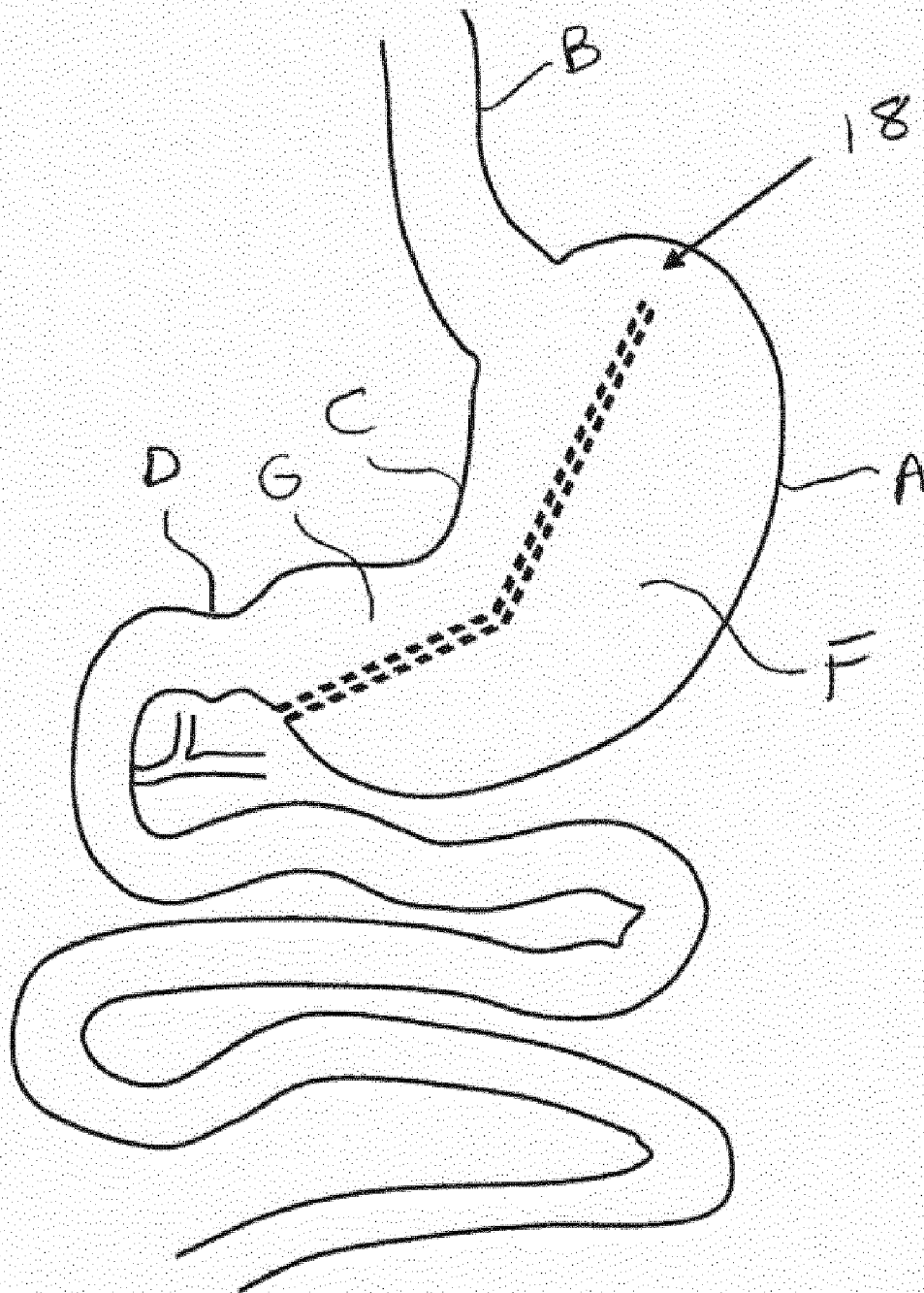


FIGURA 5

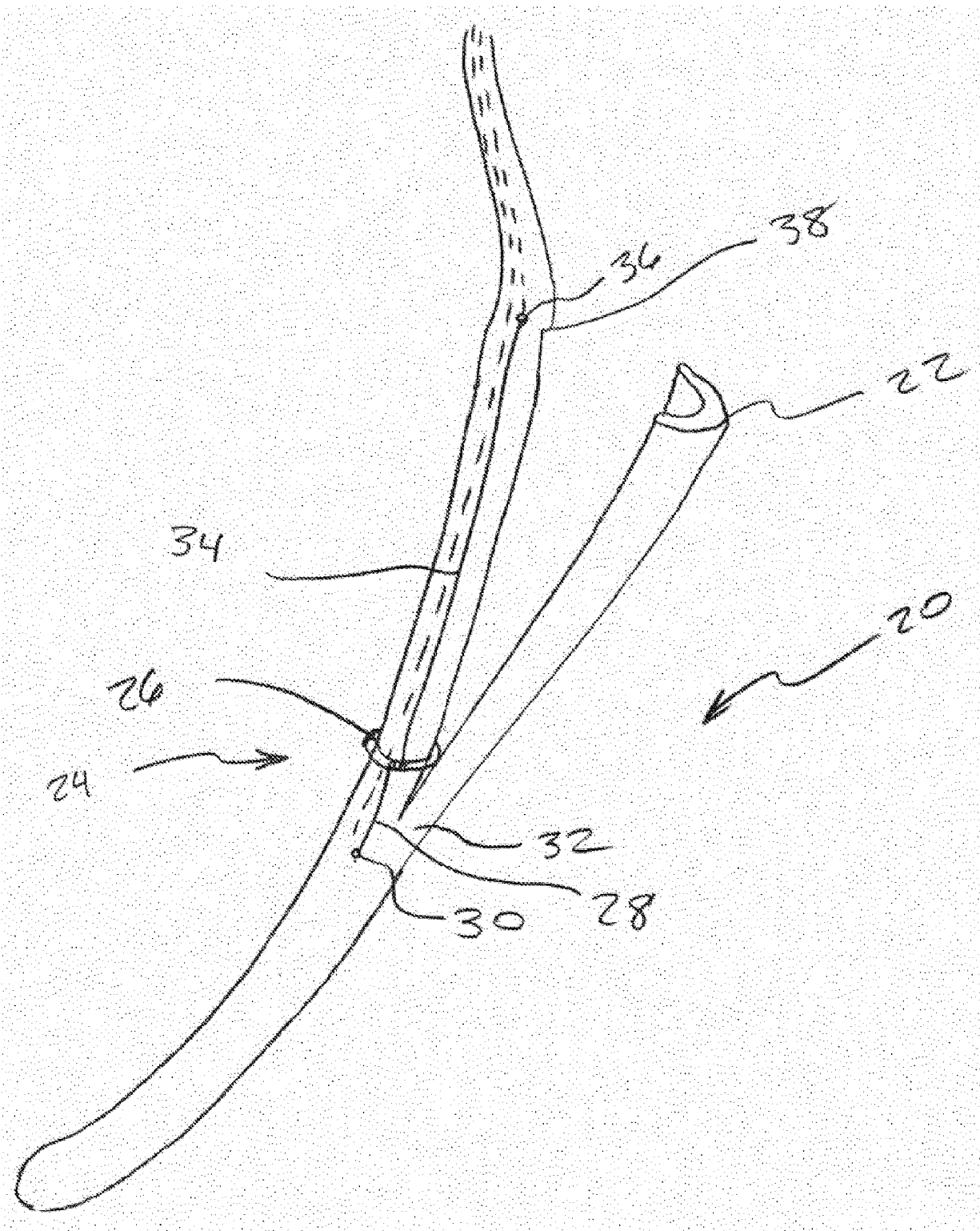


FIGURA 6

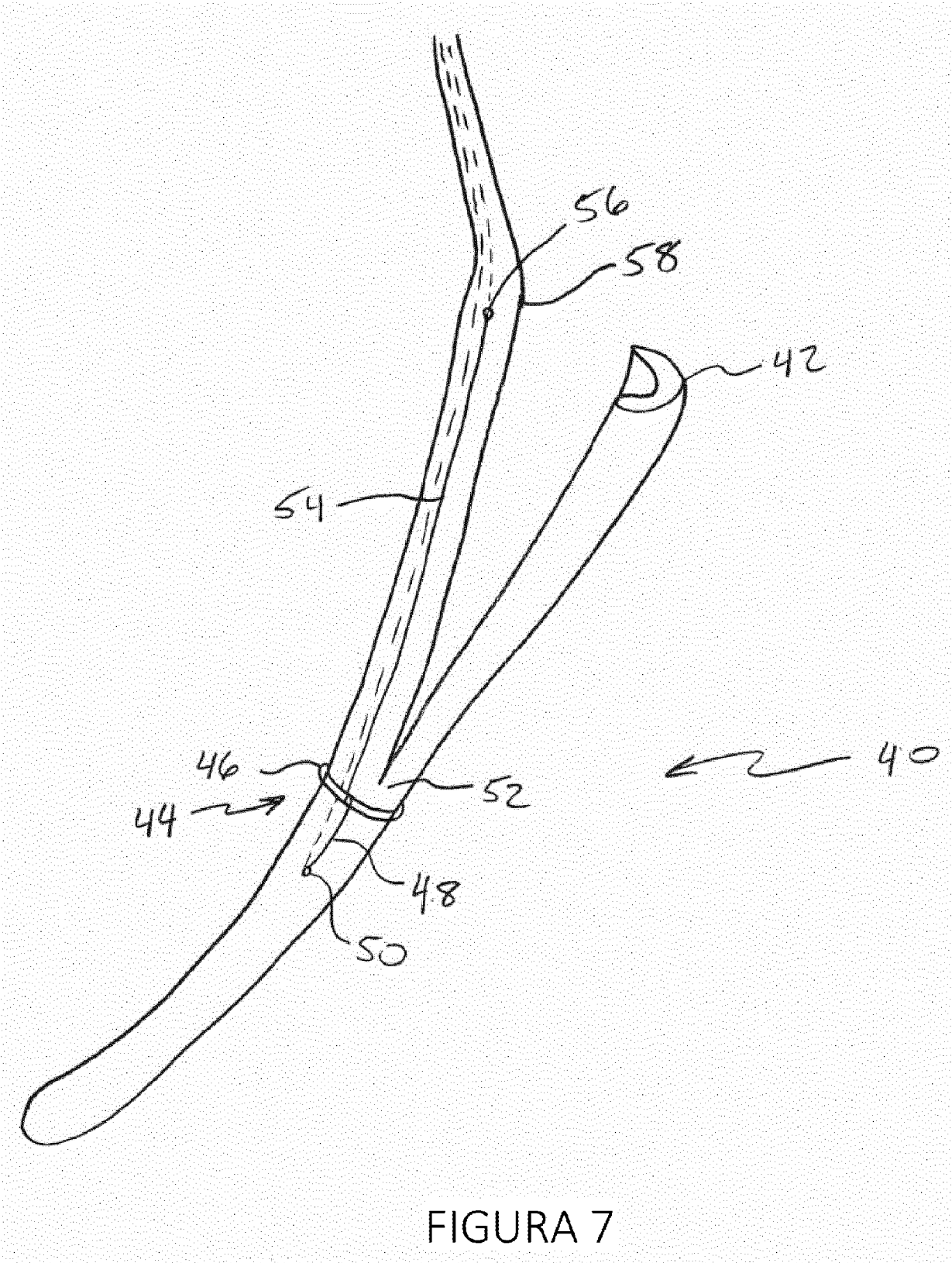


FIGURA 7