

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

VOLUMEN 37 SUPLEMENTO 2 · NOVIEMBRE DE 2022

**TRABAJOS LIBRES,
VIDEOS Y PÓSTERES**

48 CONGRESO - SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL

**1 A 4 DE NOVIEMBRE DE 2022
CENTRO DE CONVENCIONES LAS AMÉRICAS
CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA**





REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Volumen 37 - Suplemento 2 - Año 2022

Editora: MÓNICA BEJARANO, MD, MSc, MACC
Coeditor: PATRIZIO PETRONE, MD, PhD, MPH, MHSA, FACS
Editor asociado: ROBIN GERMÁN PRIETO, MD, MACC, MACG
Asistente editorial: TERRY STELLE

COMITÉ EDITORIAL

GABRIEL CARRASQUILLA-GUTIÉRREZ, MD, PhD
Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia

RODOLFO DENNIS-VERANO, MD, MSc, PhD
Fundación Cardioinfantil; Pontificia Universidad Javeriana; Hospital San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

LUIS CARLOS DOMINGUEZ-TORRES, MD, PhD
Universidad de la Sabana, Bogotá, D.C., Colombia

FABIÁN EMURA, MD, PhD
Emura Foundation for Cancer Research, Bogotá, D.C., Colombia
Universidad de la Sabana, Chía, Colombia

JAIME ESCALLÓN, MD, MSc
University of Toronto; University Health Network & Mount Sinai Hospital, Toronto, Canadá

HERNEY ANDRÉS GARCÍA-PERDOMO, MD, MSc, EdD, PhD, FACS
Hospital Universitario del Valle; Universidad del Valle, Cali, Colombia

MARCELA GRANADOS-SÁNCHEZ, MD, FCCM, FACP
Clínica Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

FABIÁN MÉNDEZ-PAZ, MD, MSc, PhD
Universidad del Valle, Cali, Colombia

DIEGO ROSSELLI-COCK, MD, MEd
Pontificia Universidad Javeriana; Hospital San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

ÁLVARO SANABRIA-QUIROGA, MD, MSc, PhD, FACS
Fundación Colombiana de Cancerología-Clinica Vida, Medellín, Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO

DANIEL ANAYA-SAÉNZ, MD, PhD, FACS
Moffitt Cancer Center, Estados Unidos

ITALO BRAGHETTO, MD, MSc
Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

JOSÉ J. CEBALLOS ESPARRAGÓN, MD, PhD, HFEB
Vithas Hospital Santa Catalina, Las Palmas de Gran Canaria-Islands Canarias, España

ATTILA CSENDES, MD, MSc
Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

GABRIEL HORTOBAGYI, MD, MSc
University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, TX, Estados Unidos

CARLOS PELLEGRINI, MD, PhD, MSc
Henry N. Harkins Professor of Surgery, University of Washington, Estados Unidos

MIGUEL RODRÍGUEZ-BIGAS, MD, FACS, FASCRS
The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, Estados Unidos

GUSTAVO VALBUENA, MD, PhD
The University of Texas Medical Branch, Galveston, Estados Unidos

ISSN: 2011-7582

ISSN: 2619-6107 (En línea)

doi.org/10.30944/issn.2011-7582

Indexada en: Scopus, DOAJ, SciELO Citation Index, como parte del Índice de Thompson-Reuters (antiguo ISI) (www.scielo.org), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) (www.lilacs.bvsalud.org/es), RedAlyC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) (www.redalyc.org), REDIB (Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico) (www.redib.org), Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC Data Bases), siicsalud (www.siicsalud.com), IMBIOMED (www.imbiomed.com), MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas) (<http://miar.ub.edu/idioma/es>)



La Revista Colombiana de Cirugía se distribuye bajo una Licencia de Atribución de Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

JUNTA DIRECTIVA

2021-2023

Presidente

Oscar Guevara - Bogotá, D.C.

Vicepresidente

Alejandro Múnera - Medellín

Fiscal Médico

Arnold Barrios - Bogotá, D.C.

Secretario

Jorge Herrera - Popayán

Secretario Suplente

Robin Prieto - Bogotá, D.C.

Tesorero

Adriana Córdoba - Bogotá, D.C.

Tesorero Suplente

Carlos Ordoñez - Cali

Representante del Consejo Asesor

Francisco Henao - Bogotá, D.C.

Vocales Principales

Nayib Zurita - Cartagena

Silvia Guerrero - Bucaramanga

Gabriel González - Bogotá, D.C.

Bernardo Borráez - Pereira

Manuel Moros - Cúcuta

Felipe Vargas - Bogotá, D.C.

Vocales Suplentes

Fernando Arias - Bogotá, D.C.

Mauricio Zuluaga - Cali

Alejandra Arteaga - Pasto

Luis Carlos Domínguez - Chía

Fernando Escobar - Florencia

Alfonso Palmieri - Sincelejo

Consejo Asesor (ex presidentes)

Hernando Abaúnza, MD - Bogotá, D.C.

Camilo Cabrera, MD - Bogotá, D.C.

Humberto Aristizábal, MD - Medellín

Jaime Escallón, MD - Bogotá, D.C.

Armando González, MD - Cali

Francisco Henao, MD - Bogotá, D.C.

Julio Alberto Nieto, MD - Bogotá, D.C.

Stevenson Marulanda, MD - Bogotá, D.C.

Martiniano Jaime, MD - Medellín

Saúl Rugeles, MD - Bogotá, D.C.

Oswaldo Borráez, MD - Bogotá, D.C.

William Sánchez, MD - Bogotá, D.C.

Jesús Vásquez, MD - Medellín

Jorge Daes, MD - Barranquilla

Lilian Torregrosa, MD, Mag - Bogotá, D.C.

Comité Ejecutivo

Óscar Guevara - Presidente

Alejandro Múnera - Vicepresidente

Arnold Barrios - Fiscal Médico

Jorge Herrera - Secretario

Robin Prieto - Secretario Suplente

Adriana Córdoba - Tesorero

Carlos Ordoñez - Tesorero Suplente

William Sánchez - Director Ejecutivo

Contenido

Introducción

<i>Bejarano M.</i>	49
--------------------------	----

Trabajos Libres

Cabeza y cuello	51
Cirugía de tórax.....	58
Pared abdominal y hernias.....	63
Endoscopia quirúrgica.....	67
Cirugía gastrointestinal	67
Cirugía bariátrica	72
Colon y recto.....	75
Hepatobiliar y páncreas	79
Cirugía vascular.....	91
Nutrición y metabolismo quirúrgico.....	99
Oncología quirúrgica	99
Cirugía de trauma	106
Mínima invasión.....	115
Cirugía de trasplantes	118
Infecciones y heridas.....	118
Cirugía y COVID-19.....	119
Cirugía general	121
Educación	174
Bioética, humanismo y profesionalismo	180

Videos

Cabeza y cuello	182
Cirugía de tórax.....	183
Pared abdominal y hernias.....	184
Endoscopia quirúrgica.....	186
Cirugía gastrointestinal	188
Cirugía bariátrica	193

La *Revista Colombiana de Cirugía*, es el órgano oficial de la Asociación Colombiana de Cirugía, aprobada por Resolución número 003277 del 11 de septiembre de 1986 expedida por el Ministerio de Gobierno de la República de Colombia.

Las opiniones expresadas en la *Revista Colombiana de Cirugía* son responsabilidad de los autores y en nada comprometen el pensamiento de la Asociación Colombiana de Cirugía, la cual puede estar de acuerdo con dichos conceptos, o no estarlo, pero que, a la luz del mandato constitucional de la libertad de expresión, respeta en cada una de las personas. Conforme a la ley, está prohibido la reproducción total o parcial por cualquier medio mecánico o electrónico, sin permiso del Editor.

La correspondencia debe dirigirse a la Calle 100 No. 14-63, oficina 502, Bogotá, D.C., Colombia; teléfonos: 257 4560 - 257 4574501 - 611 4776

Dirección electrónica: revista.cirugia@ascolcirugia.org; info@ascolcirugia.org; URL: www.revistacirugia.org; www.ascolcirugia.org.

Diagramación e impresión. Panamericana Formas e Impresos S.A.

Impreso en Colombia.

Colon y recto.....	195
Hepatobiliar y páncreas	201
Oncología quirúrgica.....	202
Cirugía de trauma	205
Mínima invasión.....	205
Cirugía general	212

E-póster

Cabeza y cuello	230
Mama y tejidos blancos	242
Pared abdominal y hernias.....	252
Endoscopia quirúrgica.....	254
Cirugía gastrointestinal.....	256
Cirugía bariátrica	268
Colon y recto.....	270
Hepatobiliar y páncreas	278
Cirugía vascular.....	285
Oncología quirúrgica.....	293
Cirugía de trauma	302
Mínima invasión.....	312
Cirugía de trasplantes	313
Infecciones y heridas.....	314
Cirugía y COVID-19.....	315
Cirugía general	316
Educación	371
Índice de Títulos.....	372
Índice de Autores.....	390

Introducción

Mónica Bejarano, MD., MSc., MACC*

*Editora, Revista Colombiana de Cirugía. Cali, Colombia

Nuevamente nos reunimos en la hermosísima ciudad de Cartagena de Indias para llevar a cabo el 48° Congreso Semana Quirúrgica Nacional y el XXXIV Congreso Panamericano de Trauma, pero es esta ocasión nos sentimos honrados porque celebramos los primeros Cincuenta años de la Asociación Colombiana de Cirugía.

Agradecemos a los organizadores del Congreso y la Junta Directiva de la Asociación por su trabajo en la logística de este magno acontecimiento.

Recibimos más de 620 resúmenes de los trabajos inscritos al Congreso, lo que muestra el interés creciente de los cirujanos generales, médicos residentes y estudiantes de las diferentes universidades, para formar parte de este importante evento científico y académico compartiendo sus experiencias.

Pero así mismo, refleja el arduo trabajo de corrección de estilo, edición y diagramación del equipo editorial de nuestra revista. Esperamos que este Suplemento sea de su entero agrado y contribuya al conocimiento sobre temas quirúrgicos en la región.

Trabajos Libres

Cabeza y Cuello

01 - ID625

Abordaje video asistido para tumor de base de lengua ayudado con energía de ultrasonido: Reporte de caso clínico

Paola Stephany González Ausique; Diego Alejandro Ardila

Clínica Los Nogales, Bogotá, D.C.
stephanyg92@hotmail.com

Introducción: La cirugía transoral con ultrasonido es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva utilizada para tratar de lesiones de vía aerodigestiva superior. Utiliza y aprovecha la alta calidad de los endoscopios, permitiendo así una mejor visualización del campo quirúrgico, con gran nitidez y precisión, con lo que evita los abordajes invasivos que conllevan un incremento en la morbilidad. A continuación, se presentan dos casos clínicos del uso de esta técnica en la resección de un tumor de base de lengua en una institución de Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Reporte de caso clínico de un paciente de 60 años con diagnóstico de carcinoma escamocelular de la base de la lengua, con compromiso ganglionar cervical, quien se consideró candidato al procedimiento quirúrgico mediante cirugía transoral con energía de ultrasonido.

Resultados: El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo sin complicaciones intra ni posoperatorias. Se logró la resección total de la lesión y se completó con un vaciamiento radical modificado del cuello izquierdo, obteniendo un

carcinoma escamocelular de 2x2x1,8 cm con un ganglio positivo en el vaciamiento de cuello y un borde positivo. El paciente tuvo egreso al primer día postoperatorio, con dolor controlado y sin trastorno alguno de la deglución o fonación.

Conclusiones: La cirugía transoral con ultrasonido es una nueva opción terapéutica para diferentes lesiones del tracto aerodigestivo superior, que disminuye las complicaciones y las secuelas de los abordajes abiertos clásicos, por lo cual se busca ampliar el uso de esta técnica en el territorio colombiano.

01 - ID997

Adenoma ectópico paratiroideo: un reto diagnóstico, a propósito de un caso

Fiamma Vásquez; Camila Fernanda Rosas Morales; Andrés Álvarez

Clínica Los Nogales, Bogotá, D.C.
fiamvasquez@hotmail.com

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es una patología caracterizada por la elevación anormal de la paratohormona asociado a hipercalcemia y alteraciones óseas, renales, cardiovasculares y neurológicas. Aunque la mayoría de los casos son secundarios a adenomas de paratiroides o hiperplasia, hay un grupo no despreciable de localización ectópica. Los adenomas ectópicos tienen una tasa variable entre 6 a 16 %, con una incidente reportada por Roy et. al de 1562 casos en 10 años. Usualmente se requiere de estudios más profundos, como PET-CT, para establecer su ubicación y así realizar la resección quirúrgica, la cual es el único tratamiento curativo.

Métodos: Se trata de un reporte de caso de una paciente joven con hiperparatiroidismo de difícil manejo, secundario a adenoma ectópico submaxilar adyacente a la yugular.

Resultados: Paciente de 33 años de edad con cuadro clínico de 3 años de evolución de hiperparatiroidismo primario, que condiciona osteoporosis severa y múltiples fracturas patológicas, con requerimiento de intervenciones quirúrgicas y postración. Estudios iniciales sin evidencia de imágenes sugestivas de adenomas paratiroides. Fue llevada en diferentes tiempos quirúrgicos a hemitiroidectomía izquierda, exploración cervical y finalmente a hemitiroidectomía derecha más paratiroidectomía, con persistencia de hiperparatiroidismo. Finalmente se realizó una PET-CT con colina, que evidenció un adenoma ectópico. En un cuarto tiempo quirúrgico se identificó un adenoma ectópico submaxilar, en vecindad de la vena yugular interna.

Conclusiones: Este caso demuestra el retro diagnóstico de un adenoma ectópico paratiroideo y la ayuda de estudios especializados para llegar a un diagnóstico certero y poder dar así el manejo quirúrgico indicado.

01 - ID776

Aproximación al cáncer de paratiroides, a propósito de un caso

Laura Viviana Tinoco Guzmán; Juan Sebastián Valencia Fajardo; María Isabel Fernández; Luis Fernando Tintinago; William Victoria Morales
Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad ICESI
Lautinocog@gmail.com

Introducción: El cáncer de paratiroides es un tumor maligno raro, que comprende el 0,5-5 % de los pacientes con hiperparatiroidismo. La mayoría de estos cánceres son esporádicos. Se considera una neoplasia funcional dada por manifestaciones como enfermedad ósea, afectación renal, arritmia cardíaca y trastorno neurocognitivo. La cirugía es el tratamiento de primera línea. Es fundamental lograr una resección radical en bloque, que incluya lóbulo tiroideo ipsilateral con márgenes de resección negativos. El papel de la disección

profiláctica del compartimiento central sigue siendo controvertido. Debe hacerse un seguimiento estrecho por alta tasa de recurrencia, de hasta el 50 %.

El propósito de este trabajo fue describir el caso clínico de un paciente con diagnóstico de cáncer de paratiroides y revisar la literatura.

Métodos: Paciente masculino de 59 años, con historia clínica de tos seca, sensación de atragantamiento y disfonía. En los estudios se identificó la presencia de un nódulo tiroideo; se realizó biopsia guiada por ecografía, con reporte de patología Bethesda V. Fue llevado a cirugía para tiroidectomía total más vaciamiento cervical ganglionar central, sin complicaciones. El informe de patología indicó tumor paratiroideo atípico que infiltra el tejido tiroideo, ganglios linfáticos negativos para malignidad, resección quirúrgica radical con bordes de sección libres de tumor.

Resultados: Paciente fue dado de alta sin complicaciones. En seguimiento ambulatorio sin evidencia de recaída y sin síntomas de hipocalcemia, con reposición de calcio oral.

Conclusiones: El carcinoma de paratiroides es una neoplasia endocrina con escasos reportes en la literatura. Se debe sospechar en pacientes con masas nodulares en tiroides e hiperparatiroidismo. Es fundamental el manejo quirúrgico, garantizando una resección en bloque con márgenes negativos.

01 - ID509

Asociación entre tiroiditis linfocítica crónica y carcinoma papilar de tiroides: Revisión sistemática y metaanálisis de estudios retrospectivos en especímenes quirúrgicos

Carlos Gustavo Osorio Covo; Jorge Andrés Ballestas Barrera; William Camilo Camargo Martínez; Francisco Herrera Sáenz

Universidad de Cartagena; E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
cosorioc@gruposcalpellum.com

Introducción: Existen resultados inconsistentes con relación al planteamiento de la hipótesis que sugiere una mayor probabilidad de documentar un carcinoma papilar de tiroides en especímenes quirúrgicos con cambios compatibles con tiroiditis

linfocítica crónica. En los metaanálisis existentes se han incluido estudios no comparables metodológicamente y no se proponen claras fuentes de sesgo, justificación para la realización del presente metaanálisis.

Métodos: Fue realizada una búsqueda bibliográfica en PUBMED y EMBASE y se obtuvieron los estudios retrospectivos donde se comparaba la prevalencia de carcinoma papilar de tiroides en especímenes con y sin cambios por tiroiditis linfocítica crónica. La evidencia recolectada fue sintetizada estadísticamente.

Resultados: Un total de 22 artículos fueron incluidos. La población estuvo conformada por 63.548 especímenes. El OR combinado fue 1,81 (IC95% 1,51-2,21). Hubo heterogeneidad en la distribución de las razones de oportunidad entre los estudios ($I^2 = 91\%$; $p > 0,00001$). La forma del gráfico en embudo de los estudios incluidos en el análisis parece estar simétrica, lo que indica la ausencia del sesgo atribuible a los estudios pequeños.

Conclusiones: La literatura actual sugiere que existe un mayor riesgo de documentar un carcinoma papilar de tiroides en especímenes quirúrgicos en los que se observan cambios compatibles con tiroiditis linfocítica crónica, sin embargo, existen fuentes de sesgo que no será posible controlar en estudios retrospectivos, por lo que recomendamos estudiar la hipótesis que sugiere una mayor probabilidad de diagnosticar un carcinoma papilar de tiroides en especímenes con cambios compatibles con tiroiditis linfocítica crónica mediante metodologías prospectivas.

01 - ID597

Asociación entre tiroiditis linfocítica crónica y carcinoma papilar de tiroides: Estudio prospectivo en especímenes quirúrgicos

Carlos Gustavo Osorio Covo; Jorge Eduardo Martínez Castro; William Camilo Camargo Martínez; Francisco Herrera Sáenz

Universidad de Cartagena; E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
cosorioc@gruposcalpellum.com

Introducción: La hipótesis que sugiere asociación entre cáncer papilar (CPT) y tiroiditis linfocítica crónica (TLC) genera debate. Estudios retrospectivos sugieren una mayor probabilidad de diagnosticar CPT en especímenes con TLC. No existen estudios prospectivos que respalden la asociación.

Métodos: Estudio analítico, transversal y prospectivo, para comparar la frecuencia del diagnóstico de CPT en especímenes con y sin TLC. La evaluación de especímenes fue prospectiva, documentado diagnósticos clínicos, hallazgos al examen físico, estudios ecográficos, mediciones de la funcionalidad tiroidea y anticuerpos antitiroideos. Se trabajó con base al cálculo de muestra para la comparación de grupos, aumentando potencia estadística y evitando sesgos.

Resultados: Población de 256 pacientes, 229 mujeres (89,5 %) y 27 varones (10,5 %), edad media de $48,8 \pm 14,8$ años. La prevalencia de TLC y CPT fue del 27,7 % y 21,9 %, respectivamente. La coexistencia de CPT y TLC fue encontrada en 19 pacientes (7,4 %). La proporción de pacientes con CPT en función de los hallazgos en el parénquima tiroideo fue: histología usual, 34/106 (60,7 %); cambios por TLC, 19/71 (33,9 %); cambios por hiperplasia folicular, 3/70 (5,4 %) y cambios por hiperplasia papilar, 0/9 (0 %).

Conclusiones: Trascorridos 37 meses desde el inicio del estudio, se ha recolectado el 32,7 % de los especímenes con TLC (72/220) y el 83,6 % de los especímenes sin TLC (184/220) según el cálculo de muestra esperado. Los resultados parciales sugieren que existe una mayor probabilidad de diagnosticar PTC en especímenes quirúrgicos con un parénquima tiroideo de histología usual, en ausencia de enfermedad tiroidea autoinmune o enfermedad por deficiencia de yodo.

01 - ID980

Caracterización del cáncer de tiroides diferenciado, en pacientes atendidos en la I.P.S. Centro Radio Oncológico del Caribe, Cartagena, Colombia

José Joaquín Guzmán Gómez; Gilberto Gómez Posso; Amileth Suárez Causado

Centro Radiooncológico del Caribe, Cartagena
josejguzmangomez@hotmail.com

Introducción: A nivel mundial ha crecido el estudio del cáncer de tiroides, con el fin de avanzar en estrategias diagnósticas y terapéuticas. No obstante, impera el desconocimiento del comportamiento de esta enfermedad en Colombia y más en el caribe colombiano, por lo que consideramos importante ampliar estudios, donde se exponga en diversos puntos de vista, tanto epidemiológico como clínico y patológico, la enfermedad oncológica tiroidea.

Métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes mayores de 18 años, diagnosticados por histopatología con cáncer diferenciado de tiroides, desde el 1° de junio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2019, que fueron llevados a tiroidectomía en el centro Radio Oncológico del Caribe, con muestreo secuencial y por conveniencia. Se obtuvo la información a partir de las historias clínicas. Se construyó una base de datos en Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico.

Resultados: Se identificaron 90 pacientes, con predominio femenino (74,4 %). El 54,4 % eran mayores de 50 años y el 60 % residían en Cartagena. El 70 % tenían sensación de masa en cuello y el 22,2 % eran asintomáticos; el 30,3 % referían una evolución de 6 a 9 meses. Respecto a los antecedentes, el 78,9 % no tenían comorbilidades. La lesión tumoral predominó en el lóbulo derecho (53,3 %), con tamaño de 2 a 4 cm en el 34,4 %. La patología describió histología papilar en el 95,6 %, invasión capsular en 23,3 % y presencia de metástasis en 2,2 %. La clasificación ganglionar predominante fue de 0. Al 86,7 % se realizaron tiroidectomía total y al 57,8 % vaciamiento ganglionar central. La clasificación Bethesda más frecuente fue V (37,7 %).

Conclusiones: El perfil epidemiológico del cáncer de tiroides en la muestra estudiada se caracterizó por ser de predominio femenino, en mayores de 50 años, con sensación de masa en cuello, un tiempo de evolución de 6 a 9

meses. La patología mostró afección unilobular derecha, ausencia de metástasis ganglionares cervical y a distancia, con heterogeneidad en el tamaño tumoral. En la clasificación Bethesda las lesiones de mayor prevalencia fueron V y VI. El principal procedimiento para el tratamiento fue la tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar.

01 - ID701

Carcinoma odontogénico de células fantasmas. Reporte de un caso y revisión de la literatura

María Fernanda Palacio Isaza; Joel Arévalo Novoa; Alfredo Martelo Román; Diego Fernando Caycedo Medina

Instituto de Cancerología Las Américas Auna;
Clínica Las Américas Auna, Medellín
mafepalacio@gmail.com

Introducción: El carcinoma odontogénico de células fantasmas es un tumor maligno infrecuente, originado de un tumor epitelial odontogénico, la mayoría de las veces de quistes odontogénicos calcificados benignos. Se presenta en un 0,37 % a 2,1 % de todos los tumores odontogénicos.

Métodos: Reporte de caso de un paciente que ingresó al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Instituto de Cancerología Las Américas Auna en el año 2018, con una masa en maxilar superior. Se evaluó la historia clínica completa y se hizo revisión de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 65 años, que consultó en el año 2018, con una historia de cinco meses de evolución de aparición de masa en maxilar superior; con rápido aumento de tamaño y sangrado frecuente. Las tomografías computarizadas de cara y cuello contrastadas mostraron gran lesión tumoral con compromiso de maxila anterior. Se le realizó biopsia con diagnóstico inicial de carcinoma escamocelular; y estadificación pulmonar sin metástasis, para un estadio radiológico inicial cT4cN0M0. Fue llevado a tratamiento quirúrgico oncológico con maxilectomía infra mesoestructuras ampliada a derecha e izquierda, vaciamiento de cuello bilateral y reconstrucción microquirúrgica. La patología definitiva informó carcinoma odontogénico de células fantasmas de 6,5 cm, con márgenes

negativos. No requirió adyuvancia. Seguimiento a 4 años libre de enfermedad, con adecuada rehabilitación.

Conclusiones: El carcinoma odontogénico de células fantasmas es un tumor maligno con altas tasas de recurrencia, por lo cual su principal manejo es una resección quirúrgica amplia con márgenes negativos, para su tratamiento definitivo.

01 - ID652

Cirugía transoral endoscopia, experiencia en el Hospital de San José, centro de referencia en cirugía de cabeza y cuello

Santiago Ángel Vargas; Rogers Leonardo Baquero; Juan Fernando Castañeda; Alfonso Pabón; Iván Moncada

Hospital de San José; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.
sangel@fucsalud.edu.co

Introducción: La cirugía transoral endoscopia es una técnica quirúrgica que permite la aproximación a los resultados de la cirugía robótica, sin la variable de altos costos en equipos y entrenamiento. Tiene tiempos quirúrgicos equivalentes, resultados estéticos y funcionales, y tasas similares en relación con resecabilidad, complicaciones y recidiva.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes intervenidos en el Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes intervenidos por patología maligna y benigna, con resultados oncológicos, funcionales y estéticos satisfactorios. Asociado a esto, con estancia hospitalaria promedio de 3 días y sin complicaciones en su postoperatorio.

Conclusiones: Los innovadores avances de la biotecnología y la infotecnología en el manejo de tumores de cabeza y cuello de las últimas décadas han permitido evidenciar la transición del uso de técnicas quirúrgicas abiertas hacia protocolos quirúrgicos mínimamente invasivos y endoscópicos, como son las cirugías endoscópicas de cabeza y cuello, ofreciendo resultados estéticos

y funcionales y tasas similares en relación con resecabilidad, con disminución marcada de complicaciones y tiempos de rehabilitación.

01 - ID820

Estenosis subglótica: reto en cualquier escenario. Reporte de 3 casos

Lia Jasmín Jiménez Ramírez; Jorge Augusto Herrera Chaparro; Katheryn Daniela Lagos Castro

Clínica La Estancia, Popayán
liajimenez@unicauca.edu.co

Introducción: La estenosis traqueal es una complicación variable, generalmente asociada a la intubación prolongada. Su síntoma temprano suele ser disnea y hasta un 30 % pueden ser asintomáticas. Históricamente, según su severidad, es factible el manejo endoscópico, sin embargo, existe más evidencia de que la reconstrucción traqueal es la mejor indicación, incluso en pacientes post COVID.

Métodos: Estudio descriptivo con reporte de casos y revisión de la bibliografía.

Resultados: Se presentan 3 casos de estenosis traqueal: dos secundarios a infección por SARS-COV-2 y uno por intubación prolongada. El primero caso, masculino de 29 años, quien se presenta con estenosis del 50 % en la unión laringotraqueal, inicialmente manejado con dilatación endotraqueal endoscópica, con reingreso por estridor severo, que requirió traqueostomía emergente; se complicó con traqueítis, presentó decanulación accidental y falleció. El segundo caso, masculino de 55 años, reingreso al día 45 con estenosis subglótica mayor del 50 % y traqueítis; en la evolución requirió resección traqueal al cuarto mes y posterior resección de granulomas con láser. El tercer paciente, masculino de 42 años, remitido por estridor con estenosis subglótica de 55 %, manejado inicialmente con dilataciones endoscópicas, pero por estridor a repetición requirió resección traqueal y anastomosis, logrando mejoría completa y buena calidad de vida en los tres meses de seguimiento.

Conclusiones: Las estenosis de la vía aérea vienen en aumento a la par con el avance del

cuidado crítico y, como lo describe la literatura, la reconstrucción traqueal es una opción viable y efectiva. No obstante, la dilatación endoscópica puede usarse como un escalón para lograr estabilizar al paciente y que luego sea intervenido.

01 - ID591

Experiencia de traqueostomía mediastinal como técnica quirúrgica en pacientes con neoplasias cervicotorácicas extensas, en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia

Paula Andrea López Muñoz; Mario Fernando López Mora; Carlos Andrés Carvajal; Andrey Moreno Torres; Claudia Marcela Pineda Bernal

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
paulitalopezmsurg@gmail.com

Introducción: Las neoplasias cardiorácicas pueden ser primarias o secundarias, estar presentes en cualquier parte del tracto aerodigestivo superior y requerir exanteración cervicomediastínica. Desde hace muchos años se describe en la literatura la traqueostomía mediastínica anterior, que es una técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento de neoplasias cervicotorácicas extensas que afectan la laringe y la tráquea superior. El objetivo de este trabajo fue presentar la experiencia con esta técnica quirúrgica en el Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Serie de casos retrospectiva donde se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años, con neoplasias cervicotorácicas con compromiso mediastínico cervical de la tráquea, que fueron operados en el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá, D.C., Colombia, desde 2018 hasta 2022. Se identificaron las indicaciones para realizar esta técnica quirúrgica como cirugía de rescate en pacientes con neoplasias cervicotorácicas avanzadas. Se describieron diferentes variables, como la técnica quirúrgica, y se evaluaron los resultados del traqueostoma mediastínico, tempranos y a largo plazo.

Resultados: Se evaluaron pacientes con diferentes patológicas oncológicas avanzadas a nivel cervicotorácico, a quienes se les realizó traqueostoma mediastinal. Se encontraron

adecuados desenlaces posquirúrgicos y oncológicos.

Conclusiones: El traqueostoma mediastinal como abordaje quirúrgico permite exteriorizar la vía aérea por debajo de los vasos innominados, logrando la extirpación de tumores cervicotorácicos de gran volumen.

01 - ID950

Índice de masa muscular cervical a nivel de C3 en tomografía de pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Laura Viviana Mendieta Torres; Álvaro Antonio Herrera Hernández; Carolina Luque Cala; Laura Isabel Valencia Ángel

Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga
vivi884@gmail.com

Introducción: Un bajo índice de masa muscular esquelética se ha asociado a pobre desenlace en el tratamiento de pacientes con cáncer, incluyendo los tumores de cabeza y cuello. La estimación de este índice puede ser de utilidad en la orientación terapéutica de estos pacientes, independientemente de la edad. El objetivo de este estudio fue calcular la masa muscular cervical ajustada por la talla en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Métodos: Estudio de corte transversal, donde se incluyeron los pacientes con cáncer de cabeza y cuello manejados por nuestro servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario de Santander, en Bucaramanga, entre enero de 2020 y junio de 2022. Se analizaron variables clínicas y el área tomográfica de los músculos paravertebrales y esternocleidomastoideos a nivel de C3; se calculó el índice de masa muscular cervical. Se analizaron los datos usando el programa Stata.

Resultados: Se estudiaron 76 pacientes, de los cuales 54 tenían imágenes adecuadas para realizar el análisis, el 67,9 % hombres, con una mediana de edad de 66 años (rango: 33-98). Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de laringe (35,2 %), orofaringe (22,2 %), lengua (18,5 %) y piel (11,1 %); el 68,6 % en estadio IV. La mediana de la masa muscular cervical en hombres fue de 40,14 (RIC:

34,9-43,3) y en mujeres de 29,6 (RIC: 26,9-33,5), De acuerdo con este índice de masa corporal, un 21,4 % de los pacientes estaban en bajo peso, 16,7 % en sobrepeso, 7,1 % en obesidad y el porcentaje restante en rango normal.

Conclusiones: En nuestro estudio no se observó ningún caso de bajo índice de masa muscular cervical usando los puntos de corte corregidos por índice de masa corporal establecidos por Chargin et al. Se debe explorar la posibilidad de establecer puntos de corte adecuados para nuestra población.

01 - ID995

Manejo de metástasis de presentación inusual de un tumor testicular. Reporte de caso

Paula Andrea López Muñoz; Miguel Angel Murcia Claros

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
paulitalopezmsurg@gmail.com

Introducción: La diseminación metastásica del tumor de células germinales de tipo no seminomatoso testicular ha sido bien documentada y se conoce que el 95 % de los casos involucran ganglios linfáticos retroperitoneales. Las metástasis a nivel cervical, intravascular e intracardiaca no se encuentran dentro de los sitios más frecuentes.

Métodos: Paciente de 22 años de edad, con cuadro clínico de cuatro meses de evolución de aparición de masa cervical izquierda. Se hizo biopsia de masa que identificó compromiso metastásico de neoplasia compatible con tumor de células germinales no seminomatoso mixto, con componentes de tumor de seno endodérmico de patrón entérico (50 %), teratoma maduro (40 %) y carcinoma embrionario (10 %).

Resultados: Se llevó el paciente a resección quirúrgica por un equipo multidisciplinario. Hasta el momento no ha presentado recaída.

Conclusiones: El tumor de células germinales no seminomatoso con componente mixto es un tumor infrecuente, de comportamiento agresivo. Su compromiso a distancia más frecuente es a nivel retroperitoneal, por diseminación linfática. Las metástasis cervicales, mediastinales,

intravasculares e intracardiacas son muy poco frecuentes.

01 - ID602

Masa cervical gigante: Teratoma inmaduro en adulto, una patología exótica en este grupo etario

Fernando Ulloa Gordon; Álvaro Granados Calixto; Carlos Andrés Samacá Cedeño

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.
ulloagordonmd@gmail.com

Introducción: Los teratomas son tumores de origen germinal, con una incidencia de 1 por cada 20.000 a 40.000 recién nacidos. El 90 % se diagnóstica en neonatos y de forma excepcional después del primer año de vida. La localización cervical tiene una incidencia del 3 al 8 %, con predominio en los compartimentos laterales. Contienen en su histología las tres líneas germinales, predominando el tejido neuroglial. Se clasifican en teratomas maduros, inmaduros y malignos. El 20 % de los teratomas contienen elementos de malignidad asociados a neuroblastoma, teratocarcinoma o tumores neuroectodérmicos. Las metástasis son a pulmón, riñón, mediastino, ganglios cervicales, hígado y vértebras. Son refractarios al tratamiento sistémico.

Métodos: Reporte de caso clínico, soportado por la bibliografía encontrada en una búsqueda sistematizada en PubMed, Cochrane, LILACS.

Resultados: Paciente masculino de 20 años quien consulta por gran masa cervical, con aumento progresivo del tamaño, que limita la movilidad cervical y genera parestesias a nivel del miembro superior izquierdo; además refiere aumento de tamaño del testículo izquierdo. La histología inicial de la masa mostró un quiste congénito con recubrimiento epitelial intestinal, por lo que se plantea como posibilidad un quiste de duplicación intestinal vs. un quiste de hendidura branquial. Se identificaron lesiones también en mediastino y retroperitoneo. Tras la resección de las lesiones, la patología definitiva identificó un teratoma inmaduro metastásico.

Conclusiones: El tratamiento es la resección quirúrgica total de la lesión, alcanzando una supervivencia en neonatos hasta 90 % a 10 años. Lo opuesto ocurre en adolescentes y adultos, con sobrevida de 62,5 % a 10 años. Es muy poco frecuente la identificación de este tumor en adolescentes y adultos, convirtiéndose en una entidad de reporte obligatorio por la escasa casuística descrita en la literatura médica.

Cirugía de tórax

01 - ID1008

Colocación de marcapasos diafragmático por laparoscopia en niños

Paula Castro; Linda Lucía Cardoso Franco; Germán Mogollón; Mario López

Instituto Roosevelt, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional; Universidad de los Andes
pcastros@unal.edu.co

Introducción: La insuficiencia ventilatoria crónica es una afección poco frecuente, y cuando se presenta da lugar a una asistencia ventilatoria prolongada, con diversas repercusiones. La estimulación diafragmática permite el destete de la ventilación mecánica o traqueostomía.

Métodos: Se hizo una revisión retrospectiva de los últimos cinco años en un solo centro, el Instituto Roosevelt, Bogotá, D.C., Colombia, donde se identificaron los pacientes con insuficiencia ventilatoria crónica en quienes se implantó un marcapasos de diafragma vía laparoscopia. Se recopiló la técnica quirúrgica, complicaciones, tiempo de seguimiento en UCI y los resultados.

Resultados: En tres pacientes masculinos, con edad media de 15 años, se colocó un marcapasos de diafragma vía laparoscópica, dos de ellos con síndrome de Ondine y otro con mielitis transversa aguda, y uno usuario de traqueostomía. Se realizó el procedimiento quirúrgico mediante cuatro trocares, los electrodos se insertaron a través del trocar epigástrico y se ubicaron en las zonas de máxima respuesta determinadas por mapeo. Los electrodos se canalizaron vía subcutánea hasta el cuadrante derecho de la pared. En dos pacientes se

diagnosticó neumotórax intraoperatorio y fueron tratados con toracostomía cerrada, retirada en el primer día postoperatorio. A los tres pacientes se les retiró exitosamente el soporte ventilatorio continuo.

Conclusiones: El marcapasos diafragmático es eficaz para el destete de la ventilación mecánica a largo plazo y permite una mayor independencia. La laparoscopia evita la necesidad de toracotomías bilaterales. Las complicaciones fueron diagnosticadas y tratadas en el intraoperatorio. No obstante, se necesitan más estudios para consolidar la información, puesto que las series prospectivas aleatorias son difíciles de realizar en enfermedades huérfanas.

01 - ID428

Corrección de fistula traqueoesofágica: un reto quirúrgico

Natalia María Gómez Cadavid; Juan Carlos Varón Cortés; Jesús David Gómez Barrios; Rafael Eduardo Arraut Gámez

Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche, Santa Marta
natalia_1380@hotmail.com

Introducción: Las fistulas traqueoesofágicas son una comunicación anómala entre la tráquea y el esófago, en cualquier parte del trayecto. Si bien es una entidad poco frecuente, su manejo es retador; con opción de manejo paliativo, mediante la colocación de stents, o curativo, con cirugía.

Métodos: Paciente de 47 años de edad, con secuelas neurológicas por haber presentado ACV hemorrágico reciente; con requerimiento de hospitalización en UCI, portador de traqueostomía y de sonda nasogástrica para alimentación enteral, que posterior a un mes cambiaron a alimentación enteral por gastrostomía. Se sospechó fistula traqueoesofágica por debito de contenido alimentario por la traqueostomía, y se confirmó mediante endoscopia y fibrobroncoscopia. Se llevó a manejo quirúrgico para reconstrucción de tráquea y corrección de fistula esofágica con interposición de tejido vivo.

Resultados: Sesometió el paciente a una cirugía de dos componentes, en primera instancia corrección

de la fistula esofágica, con sutura no absorbible en dos planos; interposición de musculo omohioideo entre el esófago y la tráquea, con posterior sección de anillos traqueales involucrados en la formación de la fistula y anastomosis traqueal con puntos separados de PDS, verificando que no hubiera fugas. El paciente salió de quirófano extubado, con respiración espontanea.

Conclusiones: Respecto de su etiología, las fistulas traqueoesofágicas adquiridas representan al menos el 50 %. Los manejos disponibles son mediante endoscopia con colocación de stents en la vía aérea y en la vía digestiva, que cumple funciones paliativas, disminuye el riesgo de complicaciones o prepara al paciente para optimizar su estado musculo nutricional antes de someterlo al procedimiento quirúrgico, el cual se considera como el manejo definitivo.

01 - ID601

Factores determinantes de las complicaciones secundarios a la traqueostomía percutánea en pacientes hospitalizados en el Hospital Militar Central

Paola Stephany González Ausique; Dánel Rubén Yarig Blanco Guerrero; Carlos Alberto Rodríguez Sabogal

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
stephanyg92@hotmail.com

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que implica la realización de una incisión en la pared anterior de la tráquea cervical, la piel y tejidos blandos suprayacentes, en personas con obstrucción de la vía aérea superior, necesidad de respiración asistida prolongada en pacientes críticos o protección y mantenimiento de la vía respiratoria. El primer reporte de la técnica percutánea realizada en Colombia fue publicado por Fajardo y su grupo de colaboradores en el Hospital San Ignacio de Bogotá.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, en el que se incluyeron los pacientes mayores de 18 años sometidos a traqueostomía percutánea en el Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: De los 449 pacientes que fueron llevados a traqueostomía percutánea, se encontraron 54 complicaciones tempranas, siendo la más frecuente la traqueítis, seguida por el sangrado. En la mayoría de los pacientes que presentaron complicaciones, al momento de la realización del procedimiento estuvo presente alguna patología pulmonar. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (42 %). Se reportaron 32 casos con complicaciones tardías, identificando la estenosis subglótica como la más común (37,5 %).

Conclusiones: El sangrado y la infección fueron las complicaciones más frecuentes en pacientes llevados a traqueostomía percutánea, con un volumen comparable con la incidencia a nivel mundial.

01 - ID478

Factors associated with early complications of surgical management due to penetrating laryngotracheal trauma in Colombia

Mario Fernando López Mora; Stella Isabel Martínez; Carlos Andrés Carvajal

Hospital Santa Clara E.S.E., Bogotá, D.C.
mariofdolopez@hotmail.com

Introduction: The objective aimed to describe factors associated with early complications of surgical management due to penetrating laryngotracheal trauma in Colombia.

Methods: A descriptive and retrospective cohort study was carried out. Bivariate analysis using Pearson's X² and Fisher's exact test was utilized in order to find associations with morbidity outcomes.

Results: Between 2005 and 2019, 50 patients with penetrating laryngotracheal injuries underwent surgery. Median age was 29.5 years (IQR = 24.0-39.7), wherein, 92% were male. Trachea was the most affected organ in 74% of patients and lesions associated with laryngotracheal trauma were reported in 50% of patients. Cervicotomy was the surgical approach in 92% of patients. The 30-day overall morbidity was 24% and mortality was 6%; dehiscence of the primary repair, or anastomosis,

was present in 10% of the patients: 2% partial and 8% complete. Dehiscence was associated with infection ($p=0.002$). Early stenosis was described in 10% of the patients; association was found between stenosis and dehiscence ($p=0.001$), infection ($p=0.001$), and reoperation ($p=0.001$). Finally, infection was present in 8% of the patients and was indeed associated to requirement of postoperative ICU hospitalization ($p=0.003$).

Conclusiones: Limited information is available about factors related to early complications in laryngotracheal trauma. Nonetheless, in this series, a statistically significant association was found between early dehiscence of the primary repair, or anastomosis, and infection. Moreover, early stenosis was associated with dehiscence, infection, and reoperation. Finally, early infection was associated with requirement of postoperative ICU hospitalization.

01 - ID608

Hematogiolinfangioma de presentación inusual en mediastino. Reporte de caso

Maria Alejandra Triviño Cortés; Diana Ximena Robayo; Carlos Palacio; Rafael Barrera; Sebastián Calvo

Hospital Simón Bolívar, Bogotá, D.C.
maletri_0312@hotmail.com

Introducción: El hematogiolinfangioma es una malformación vascular de flujo lento, con contenido tanto linfático como venoso. Actualmente se consideran malformaciones genéticas producidas por una alteración en la angiogénesis. Las anomalías vasculares de bajo flujo como el hematogiolinfangioma se presentan entre un 1-4 % de la población y el 0,5 % de estos tumores se ubican en el mediastino, principalmente el mediastino anterior.

Métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente de 16 años, con masa en el cuello hace 3 años, asociado a síntomas de síndrome constitucional.

Resultados: Se tomó hemocultivo con cocos Gram positivos y las imágenes diagnósticas mostraron una masa en mediastino anterior más derrame pericárdico sin taponamiento. Fue llevada

a toracotomía con hallazgo de posible tumor vascular; cirugía vascular realizó arteriografía con embolización de una malformación mediastinal, y en un segundo tiempo quirúrgico, mediante esternotomía se extrajo una masa de 15 cm. El resultado de patología confirmó hematogiolinfangioma.

Conclusiones: El diagnóstico de esta patología se debe hacer mediante la sintomatología más la imagenología, dada la inespecificidad de cada uno por separado, sin embargo, se debe confirmar por histopatología. El tratamiento es la resección del 100 % del tumor, sea por técnica no invasiva o resección quirúrgica, por el riesgo de recidiva a los 2 años.

01 - ID921

Mediastinitis descendente necrosante: propuesta de irrigación continua del mediastino

Adriana Serna Lozano; Ernesto Villamizar; Carmen Santos García; Nicolás Daniel Sánchez Hernández; Fabien Mantilla Sylvain

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
serna.adriana@gmail.com

Introducción: La mediastinitis descendente necrosante es una patología que, aunque es poco común, presenta una mortalidad de hasta el 40 %. Requiere de un diagnóstico temprano y manejo agresivo para mejorar la supervivencia. Es una infección polimicrobiana que se origina en la orofaringe, con necrosis fascial extensa que desciende hasta el mediastino, condicionando una afección grave para la vida. El objetivo de este trabajo es presentar una técnica sencilla y útil para la irrigación con solución salina del mediastino, mediante una sonda Foley® conectada a una bomba de infusión.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 30 años, con absceso de origen odontogénico de una semana de evolución, quien desarrolló un absceso cervical.

Resultados: La tomografía computarizada de cuello evidenció gas en el mediastino anterior, por lo que fue llevado a cervicotomía anterolateral derecha y, en un segundo tiempo, a toracotomía

posterolateral derecha, con drenaje de material purulento del mediastino anterior. Se insertó una sonda vesical (Foley) conectada a irrigación, lo que permitió un lavado constante de la cavidad. Fue necesario también una cervicotomía izquierda, así como lavado del mediastino posterior. La evolución del paciente fue adecuada y se le dio egreso.

Conclusiones: El pronóstico de la mediastinitis descendente de origen no cardiovascular depende de su manejo temprano y agresivo. El abordaje se puede hacer mediante vía abierta, video asistida (VATS) o percutánea (con pocos casos reportados). El adecuado drenaje de la colección y la antibioticoterapia apropiada garantizan la resolución del cuadro. Se propone la utilización de una sonda Foley® conectada a irrigación continua, como método de lavado y drenaje continuo del mediastino. Consideramos que la irrigación continua puede evitar nuevas colecciones, disminuyendo como consecuencia la morbilidad asociada a múltiples reoperaciones para drenaje del mediastino.

01 - ID1002

Pectus excavatum: experiencia del Hospital Militar Central 2013-2022

Carlos Alberto Rodríguez Sabogal; Juan Sebastián Cuéllar Díaz; Francisco Gil Quintero; Daniela Alejandra Osorio Beltrán; Sebastián Valenzuela Pardo; Laura Gisell Rodríguez Suárez; Santiago Bahamón Rodríguez; Diana Rivera Triana
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
charlier099@outlook.com

Introducción: Pectus excavatum es una de las anomalías más frecuentes de la pared torácica. Causa compresión de órganos intratorácicos, generan dificultad respiratoria y perjuicios estéticos, con impacto en el bienestar mental de los pacientes. Este estudio evalúa la calidad de vida en los pacientes mayores de 12 años que se sometieron a una intervención quirúrgica por técnica Nuss para corrección de pectus excavatum.

Métodos: Estudio prospectivo de serie de casos, donde se incluyeron los pacientes que fueron sometidos a corrección de pectus excavatum

con técnica Nuss en nuestra institución, durante 9 años (2013-2022). Se evaluaron variables preoperatorias, estancia hospitalaria, complicaciones y calidad de vida mediante una encuesta telefónica validada en español.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, ocho de los cuales contestaron la encuesta. Se encontró alteración en el ecocardiograma en el 12,5 %. Respecto al procedimiento, el tiempo operatorio estuvo entre 61 y 120 minutos. En seis pacientes se necesitó una barra para la fijación (75 %) y se requirió de uso de un solo catéter pleural en cinco casos (62,5 %). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 5 días (RIQ 2,5 - 5,5). La mayoría no presentaron complicaciones postoperatorias (87,5 %). El cuestionario de Nuss modificado evidenció diferencias significativas en los pacientes antes y después de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: La corrección del pectus excavatum mediante técnica de Nuss demuestra un efecto positivo, tanto en la esfera física como biopsicosocial de los pacientes, al corregir su deformidad, lo que se ve reflejado en una mejora de la autoestima y en la percepción de su estado de salud.

01 - ID571

Perforación esofágica como causa de mediastinitis aguda manejada medicamente: Reporte de caso

Brayan Andrés Buitrago Maldonado; Edgar Alberto Carmona Gómez; Douglas Omar Ortiz Espinel; María Alejandra Gutiérrez Ardila
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
andres513j@gmail.com

Introducción: La mediastinitis es una infección grave y letal del tejido conectivo mediastinal cuyas etiologías comprenden el postoperatorio de cirugía cardíaca, la infección cervicofacial y la perforación esofágica. El tratamiento consta de antibioticoterapia y drenaje quirúrgico.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer, quien refirió ingesta de hueso de pollo, desarrollando fiebre y dolor torácico tres días después. Ingresó

con taquicardia y leucopenia, como signos de respuesta inflamatoria sistémica. Se hizo esofagogastroduodenoscopia que documentó perforación esofágica a 3 cm del cricofaríngeo, de 5 mm de diámetro, en pared posterior y anterior, con salida de material purulento. La tomografía computarizada torácica reportó aire retroesofágico, neumomediastino, estriación grasa, derrames pleurales bilaterales, trayecto fistuloso y pseudosaco de 42x9x10 mm.

Resultados: Se inició el manejo con colocación de sonda nasogástrica para alimentación enteral y antibioticoterapia con Piperacilina/Tazobactam + Vancomicina por 21 días. Se obtuvo respuesta clínica satisfactoria, modulando la respuesta inflamatoria y resolviendo la sintomatología. Se realizaron tomografía de control y radiografía de vías digestivas que informaron ausencia de colecciones o fistulas. Se reinició la vía oral sin complicaciones y se dio egreso.

Conclusiones: La perforación esofágica por cuerpo extraño es una entidad infrecuente, que puede derivar en una complicación letal, como la mediastinitis. El estándar de oro en el tratamiento de la mediastinitis es el drenaje de las colecciones. Nuestra paciente fue manejada de forma satisfactoria con antibioticoterapia, sin requerir una intervención quirúrgica, a pesar haberse documentado colecciones por tomografía. Se concluye que, ante una adecuada individualización, en pacientes cuyo estado de salud lo permita, el manejo conservador puede ser una alternativa a la cirugía.

01 - ID650

Reconstrucción de fracturas costales paravertebrales: Reporte de caso

Nicolás Felipe Torres España; Astrid Carolina Álvarez Ortega; Álvaro Ignacio Sánchez Ortiz; Mauricio Velásquez Galvis
Fundación Valle del Lili, Cali
nicolasfelipe.torres@gmail.com

Introducción: El trauma de tórax es una entidad muy frecuente en nuestro medio. Aunque se asocian de forma común con diferentes tipos de fracturas costales, las que se ubican a nivel

paravertebral son infrecuentes y representan un reto terapéutico en la actualidad.

Métodos: Evaluación retrospectiva de la historia clínica e imágenes representativas intraoperatorias de un paciente adulto joven, quien sufre politrauma secundario a explosión de caldera, con efecto de golpe, contragolpe y caída libre de aproximadamente 3 metros. Fue remitido como urgencia vital a nuestro hospital universitario de alta complejidad.

Resultados: En la evaluación se encontró trauma cerrado toracoabdominal, con múltiples fracturas de arcos costales posteriores izquierdos paravertebrales (6 a 10), que condicionaron tórax inestable con repercusión en la mecánica ventilatoria. Requirió manejo quirúrgico para reconstrucción de pared torácica, utilizando el sistema multidireccional StraTosII® (Strasbourg Thorax Osteosynthese) de MedXpert® y rehabilitación en unidad de cuidado intensivo. Tuvo una evolución clínica favorable y al seguimiento en consulta externa su recuperación fue satisfactoria.

Conclusiones: Las fracturas costales paravertebrales tradicionalmente no tienen una indicación quirúrgica clara. Previamente se consideraron de manejo conservador, pero existen casos en los que hay un severo compromiso de la pared torácica, que obliga a intentar una reconstrucción costal que permita una adecuada mecánica ventilatoria y una menor morbilidad en estos pacientes.

01 - ID642

Síndrome del opérculo torácico secundario a hipertrofia de los músculos escalenos: Un reporte de caso

Marcel Leonardo Quintero Contreras; Raúl Andrés Vera Gamboa; Jeremías Carvajal Bautista; Diego Fernando Olivera Bríñez

Instituto de Enfermedades del Tórax del Nororiente Colombiano/INTORAX, Cúcuta; Universidad de Pamplona
marcelquintero@yahoo.com.ar

Introducción: El síndrome del opérculo torácico (SOT), es un grupo de patologías relacionadas con variaciones anatómicas que comprimen los

vasos axilares o el plexo braquial, causando una respuesta inflamatoria en dichas estructuras. Se presenta clínicamente con síntomas como dolor, parestias y parestesias de los miembros superiores. Su incidencia mundial oscila entre 3 y 80 casos por cada 1000 personas al año. Aunque el manejo médico es la primera línea terapéutica en el SOT, el enfoque quirúrgico ha mostrado ser eficaz en su tratamiento. Este estudio tiene como objetivo exponer la conducta quirúrgica en una paciente con SOT refractario al manejo médico.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso, de una paciente con SOT y el manejo quirúrgico por el equipo de cirugía torácica, en el Instituto de Enfermedades del Tórax del Nororiente Colombiano (INTORAX), un centro de III nivel de atención en Cúcuta, Colombia.

Resultados: Se documentó una paciente de 28 años, con cuadro crónico de dolor neuropático y parestia en miembro superior izquierdo, con diagnóstico imagenológico de SOT. Se llevó el caso a junta de tórax, donde se decidió el plan quirúrgico. Se realizó liberación del plexo braquial seccionando la inserción del escaleno anterior, sin complicaciones. La paciente tuvo evolución clínica satisfactoria hasta el egreso, 15 días después de la intervención.

Conclusiones: Al analizar este caso, se reconoce la necesidad de estudios con mayor rigurosidad científica, que permitan evaluar nuevas opciones terapéuticas, para así establecer protocolos estandarizados en el manejo de esta patología.

01 - ID501

Tratamiento quirúrgico de la estenosis traqueal postintubación en el Hospital Universitario Departamental de Nariño: Serie de casos

Melissa Benavides Rey; Mario Fernando López Mora; Yamile Jurado

Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto

mariofdolopez@hotmail.com

Introducción: De acuerdo con algunos estudios, la tasa de estenosis traqueal postintubación varía de un 10 al 22 %. Sin embargo, solamente 1 a 2 % de estas estenosis son severas o sintomáticas y

se manifiestan con disnea inspiratoria o estridor laríngeo.

Métodos: Serie de casos de pacientes con estenosis subglótica o traqueal postintubación, que requirieron reconstrucción laringotraqueal en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, desde el 1° de Febrero de 2022 hasta el 31 de Julio de 2022. Se analizaron variables demográficas, días de intubación orotraqueal, métodos diagnósticos, localización y extensión de la estenosis, técnica quirúrgica y morbilidad postoperatoria a corto plazo

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, predominando el género masculino (70 %). Tres pacientes tenían antecedente de infección por SARS COV2, todos habían requerido ventilación mecánica invasiva y cuatro traqueostomía; el promedio de intubación orotraqueal fue de 7,4 días. El diagnóstico se hizo en todos los casos con broncoscopia flexible y tomografía computarizada. Dentro de las complicaciones postoperatorias se encontró presencia granulomas en dos pacientes, re-estenosis e infección del sitio operatorio en un paciente cada una. La mediana de tiempo de hospitalización en UCI fue de 3 días (RIQ 3-3,7 días) y la mediana de hospitalización en sala general fue de 7 días (RIQ 6-7,7). En todos los casos el reporte de patología evidenció inflamación y fibrosis (siete con metaplasia escamosa del epitelio y tres con hiperplasia submucosa).

Conclusiones: La resección traqueal y la anastomosis termino-terminal sigue siendo la mejor técnica quirúrgica para el tratamiento de la estenosis traqueal circunferencial. El uso de la broncoscopia intraoperatoria (por el servicio de Neumología) es clave para localizar exactamente los límites de la estenosis, permite ahorrar la mayor cantidad de tráquea posible y lograr así una anastomosis de calidad, que se refleja en los resultados postoperatorios.

Pared abdominal y hernias

01 - ID755

Abordaje simultáneo vía laparoscópica de hernia inguinal y de Petit. A propósito de un caso

Ricardo Alonso Jurado Arenas; Carlos Andrés López López; Camilo Alvarado Bedoya; Carolina Vargas Mora

Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga;
Universidad Autónoma de Bucaramanga
ricardojuradocirujano@gmail.com

Introducción: La hernia de Petit es un defecto herniario dado por debilidad del músculo oblicuo menor, que se encuentra a través del triángulo lumbar inferior, limitado por la cresta ilíaca, el músculo oblicuo externo y el músculo dorsal ancho. Se clasifica en congénitas, espontáneas, traumáticas e incisionales. Tienen un riesgo bajo de encarcelamiento y estrangulamiento.

Métodos: Se presenta caso de una femenina de 83 años, quien consultó por dolor en región lumbar e inguinal izquierda. La ecografía mostró una hernia inguinal directa y un defecto herniario lumbar ipsilateral.

Resultados: Durante el procedimiento, después de que se redujo el defecto inguinal directo y se fijó una malla, se repositó la paciente en decúbito lateral derecho, se liberaron las adherencias del colon descendente, se identificó un defecto lumbar de Petit de 1,5 cm y otro adyacente de 5 mm. Se redujo el contenido de grasa preperitoneal, se hizo corrección primaria del defecto, con posterior fijación de una malla cubriendo los dos defectos. El procedimiento transcurrió sin complicaciones y se hospitalizó la paciente para vigilancia clínica por un día. Se dio de alta con resolución clínica adecuada.

Conclusiones: Es posible reparar defectos herniarios lumbares e inguinales en un mismo tiempo quirúrgico vía laparoscópica, sin complicaciones quirúrgicas ni clínicas.

01 - ID787

Coexistencia de hernia de Garegeot y hernia inguinal: Presentación de un caso clínico

Daniel López Zapata; Laura Carolina Pinzón Martínez

Universidad de Cartagena, Cartagena
Daniellop8816@gmail.com

Introducción: La hernia de Garegeot, definida como una hernia femoral que contiene el apéndice

cecal, se presenta en un 0,08 % de las hernias femorales, mientras las hernias inguinales son frecuentes y se presentan en aproximadamente el 15 % de la población adulta. Se han descrito abordajes inguinal, por laparotomía, extraperitoneal, transabdominal preperitoneal y laparoscópico.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 77 años, hipertensa y exfumadora, quien consultó por un cuadro clínico de cinco horas de evolución de dolor tipo cólico en región inguinal derecha, de aparición gradual, de intensidad 9/10 en EVA, que se irradiaba a todo el abdomen.

Resultados: Se observó una masa en la región inguinofemoral derecha, compatible con una hernia inguinal derecha encarcelada. La paciente fue llevada a cirugía con hallazgo de hernia inguinal directa (Nyhus IIIA) y hernia femoral (Nyhus IIIC), con ciego en el saco herniario inguinal y apéndice cecal dentro de saco herniario femoral, con adherencias firmes. Se introdujo un tapón de malla de prolipropilene en el defecto femoral con técnica Lichtenstein plug y se procedió a unir el tendón conjunto al ligamento inguinal (técnica de Bassini) con seda 2-0, logrando reparar el defecto en la pared posterior; finalmente, se colocó un malla de prolipropilene 10x10 cm con técnica de Lichtenstein. La evolución fue favorable y se dio de alta al día siguiente.

Conclusiones: La hernia femoral de Garegeot usualmente se presenta sola (crural pura en mujeres). En la mayoría de los casos es un hallazgo intraoperatorio, por lo que el cirujano debe tener conocimiento de posibles variantes y múltiples técnicas quirúrgicas para un manejo definitivo adecuado. En este caso, con dos hernias simultáneas, realizamos un manejo híbrido con técnica con tensión y sin tensión, logrando un reparo anatómico de la región inguinofemoral.

01 - ID423

Comparison of postoperative outcomes between Lichtenstein-type open hernioplasty versus Nyhus-type preperitoneal hernioplasty: a retrospective cohort study in Colombia

Luis Felipe Cabrera Vargas; Andrés Mendoza Zuchini; Brandon Steven Aparicio Blanco; Mauricio

Pedraza Ciro; Iván David Lozada Martínez
 Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.; Capítulo
 Futuros Cirujanos ACC
 luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introduction: Inguinal hernia are the most common defect of the abdominal wall in 75% and their treatment consists of surgical repair. The technique of choice is laparoscopic because of its overall benefits. However, when this is not available, open approaches may be a viable option. Currently the most commonly used open techniques are Lichtenstein and Nyhus. However, there are no long-term studies that demonstrate a superiority of one over the other

Methods: Retrospective cohort study that included patients undergoing open inguinal hernia correction with mesh, using Lichtenstein-type open hernioplasty versus Nyhus-type preperitoneal hernioplasty, in two centers in Bogotá, Colombia, during a period of two years. Frequencies and percentages were calculated. A bivariate analysis was performed to compare groups, according to the complications presented between the two techniques.

Results: A total of 193 patients were included, of whom 53.4% were men and 58% (n=112) were approached with the Nyhus technique. Non-absorbable suture fixation was performed in 100% of patients. Among the main complications, seroma (5.2%), pain (4.1%), bleeding (2%), recurrence (10.8%) and reoperation (0.5%) were observed, of which only recurrence showed a statistically significant difference, being lower in the Nyhus approach (3.5% vs. 20.6%; $p < 0.001$). No patients died.

Conclusions: Both Nyhus- and Lichtenstein-type hernioplasty techniques were shown to cause a low incidence of postoperative complications with zero mortality, with significantly lower recurrence using the Nyhus technique up to 1 year postoperatively.

01 - ID408

Hernia de Amyand izquierda en lactante de 6 meses

Víctor Ruano Flórez; Pastor Thomas; Alvaro Fontalvo

Universidad de Cartagena; Fundación Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja – La Casa del Niño, Cartagena
 dr.ruanoalflorez@gmail.com

Introducción: La hernia de Amyand se define como la presencia del apéndice vermiforme en el saco herniario inguinal. La mayoría de los casos de hernia de Amyand se diagnostican incidentalmente durante el procedimiento quirúrgico mientras se realiza una herniorrafia inguinal derecha. Se ha informado que la prevalencia de la hernia de Amyand es del 1 %. Las hernias de Amyand del lado derecho son más comunes que las hernias de Amyand del lado izquierdo.

Métodos: Presentamos un caso particularmente raro de un lactante de 6 meses con una hernia de Amyand del lado izquierdo. Se cuenta con el registro fotográfico.

Resultados: Paciente masculino de 6 meses de edad traído al servicio de urgencias con cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución consistente en irritabilidad, asociado a múltiples episodios eméticos de contenido alimentario, asociado a deposiciones líquidas sin presencia de sangre. Al examen físico se encuentra el abdomen distendido y protrusión en región inguinoescrotal izquierda no reductible. Se consideró que el paciente cursaba con una hernia inguinal complicada por lo que se llevó a cirugía donde al abrir el saco herniario se encontró en su interior el ciego y el apéndice cecal.

Conclusiones: La hernia de Amyand corresponde al 1 % de las hernias en niños y es más común del lado derecho. La hernia de Amyand de lado izquierdo es una entidad rara.

01 - ID779

Manejo integral para hernia ventral compleja. Reconstrucción más abdominoplastia en un solo tiempo

Roberto Quintero Portillo; Sergio Arbeláez Bolaños; Rosa Claudia Eslait Merchán
 Clínica La Merced, Barranquilla
 robertoquinterop_@hotmail.com

Introducción: La hernia ventral compleja representa un reto para el cirujano general. Existen diferentes técnicas para su reparación, desde la eventrorrafia clásica, pasando por la laparoscópica, hasta las técnicas de reconstrucción de pared.

Métodos: Se presenta una serie de casos con diagnóstico de hernia ventral compleja sintomática o recidivante, manejados por el mismo grupo quirúrgico de cirugía general y cirugía plástica, en la Clínica La Merced, en Barranquilla, en los años 2021-2022. Se hizo estudio diagnóstico tomográfico de la pared abdominal.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes, entre los 20 y 65 años, que fueron llevados a cirugía electiva en conjunto, usando un abordaje de abdominoplastia vertical o transversa. Se practicó lisis de adherencias, apendicectomía, disección del espacio retromuscular, separación de componentes, colocación tipo subline de malla de polipropileno (sin contacto visceral) o mallas especiales (con contacto visceral), paniclectomía y colgajos. En dos casos se colocó la malla online por fibrosis severa y adherencias. El tiempo quirúrgico promedio fue de 190 minutos y la estancia de 24 a 48 horas, con evolución satisfactoria. Entre las complicaciones se presentaron seroma, en dos casos, e isquemia del colgajo que requirió desbridamiento, en un caso de un paciente cardíopata. No se han observado recidivas.

Conclusiones: El cirujano debe manejar las diferentes técnicas de reconstrucción de pared en hernia ventral para elegir la adecuada en cada paciente. Somos conscientes de que la hernia ventral compleja no es atractiva para los cirujanos porque implica eventrorrafias laboriosas, procedimientos quirúrgicos prolongados o complejos, con bajos honorarios (valor de UVR inadecuado). El manejo integral en solo tiempo quirúrgico es una opción con resultados adecuados, que mejora la calidad de vida funcional y estética de nuestros pacientes, lo que motiva para crear equipos de trabajo según las necesidades de la institución.

01 - ID917

Manejo quirúrgico de hernia incisional gigante con pérdida de domicilio, asociada a apendicitis complicada en saco herniario: Reporte de caso

Silvia Valentina Agudelo Mendoza; Camilo Andrés Polanía Sandoval; Laura Alejandra García Zambrano; Carlos José Pérez Rivera; Felipe Casas Jaramillo; Paulo Andrés Cabrera Rivera
Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología, Bogotá, D.C.; Universidad del Rosario
silvia.agudelo@urosario.edu.co

Introducción: La apendicitis dentro del saco herniario es un evento poco común, con una incidencia general informada de 0,08 a 1 %. La apendicitis complicada asociada a una hernia incisional es aún mucho menos frecuente, reportándose una incidencia de 0,008 %.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 69 años, comórbida, que ingresó por cuadro de dolor abdominal, con evidencia de eventración crónica, sin signos de agudización.

Resultados: Al ingreso se encontró con hiperglicemia, por lo que se abordó como descompensación aguda de diabetes mellitus tipo II, no obstante, ante persistencia de dolor abdominal, se realizó una tomografía computarizada, el cual evidenció una colección contenida asociada a la eventración. Por estos hallazgos imagenológicos, más cambios en coloración de la piel de reciente aparición, leucocitosis y elevación de PCR, se decidió llevar a laparotomía exploratoria. Durante el procedimiento, se observó una gran hernia ventral M1-5W3, asociada a apendicitis complicada por absceso periapendicular dentro de saco herniario, por lo que se realizó apendicectomía, lavado, desbridamiento y cierre diferido con colocación de sistema de presión negativa. Posteriormente, se llevó a múltiples lavados logrando cierre primario de pared abdominal con malla y colgajo. La paciente no requirió traslado a UCI, sin embargo, cursó con estancia hospitalaria prolongada debido a complicaciones médicas, que se solucionaron adecuadamente.

Conclusiones: La apendicitis dentro del saco herniario es una entidad clínica inusual, la mayoría de las veces diagnosticada en el intraoperatorio. Este caso puede contribuir al conocimiento sobre la forma de presentación y abordaje de estas patologías poco comunes.

01 - ID400

Simil-EXIT con cierre primario de la pared abdominal en recién nacido con gastrosquisis*Mauricio Pedraza Ciro; Sergio del Río; Luis Felipe Cabrera Vargas; Oscar Ovalle; María del Rosario Bustamante Clavijo; Pedro Perdomo*

Universidad El Bosque; Los Cobos Medical Center, Bogotá, D.C.

mpedraza93@gmail.com

Introducción: La gastrosquisis es una malformación congénita caracterizada por salida de vísceras a través de un defecto paraumbilical de la pared abdominal. Se han propuesto múltiples técnicas para el manejo, entre ellas, Simil-EXIT (Ex Útero Intrapartum Treatment) es un abordaje perinatal que permite la resolución del defecto, con disminución de riesgos para el neonato.

Métodos: Se presenta el caso de una madre gestante de 29 años, sin antecedentes de riesgo, con embarazo de 35 semanas y diagnóstico preparto de gastrosquisis, en quien se consideró un plan de Simil-EXIT, con grupo multidisciplinario.

Resultados: Recién nacido nace con técnica Simil EXIT y de inmediato se practicó cierre primario de defecto de pared abdominal; posteriormente, fue trasladado a la Unidad de Cuidados Neonatales, con buena adaptación, sin complicaciones tempranas ni tardías. En el seguimiento posoperatorio se evidenció adecuada evolución, con cierre completo de pared abdominal, sin complicaciones adicionales.

Conclusiones: La resolución de la gastrosquisis por Simil-EXIT facilita la reducción de las asas intestinales a la cavidad abdominal, manteniendo la circulación feto-placentaria. Además, disminuye el tiempo de exposición de las asas intestinales al ambiente y obvia el uso de ventilación mecánica sobre el recién nacido.

Endoscopia quirúrgica

01 - ID542

Uso de endoVAC en el tratamiento de fístula esófago-pericárdica: A propósito de un caso*Simón Muñoz González; Samir Quejada Cuesta; René Marcelo Escobar Pérez; Yuliana López Ramírez; Juan Camilo Ricaurte Ciro*Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
simugonma@gmail.com

Introducción: La fístula esófago-pericárdica es una patología muy rara, con pocos reportes disponibles en la literatura científica. No existen algoritmos de manejo ni conductas claras en su tratamiento.

Métodos: Se hace el reporte de caso de un joven de 16 años con diagnóstico de fístula esófago-pericárdica, en quien se procedió con manejo multidisciplinario y terapia de cierre asistido por vacío endoscópico (endoVAC).

Resultados: La terapia con endoVAC puede lograr el control de heridas en el tracto gastrointestinal y de fístulas, como se ha descrito anteriormente en otras patologías, y como se evidenció en este caso con cierre completo del trayecto fistuloso, con mejoría clínica y egreso hospitalario del paciente.

Conclusiones: Si bien hacen falta muchos estudios al respecto, las técnicas endoscópicas suponen un futuro prometedor en el tratamiento de patologías quirúrgicas graves, como la fístula esófago-pericárdica.

Cirugía gastrointestinal

01 - ID1032

¿Es la gastrectomía total el único tratamiento para los tumores gástricos proximales?*Ana Deise Bonilla Castañeda; Raúl Eduardo Pinilla Morales; Gustavo Adolfo Aguirre Bermúdez; Alcibiades Aranda Hoyos; Mario Arturo Rey Ferro*
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
deiseboca@yahoo.com

Introducción: En general, en los tumores gástricos proximales se ha considerado que el tratamiento de elección es la gastrectomía total (GT); sin embargo, existe la posibilidad de realizar gastrectomía proximal (GP) en casos seleccionados de pacientes con adenocarcinoma gástrico estadio I y otros tumores gástricos, como el tumor estromal gastrointestinal (GIST). Aunque el procedimiento no está exento de complicaciones, la realización de gastrectomía proximal representa beneficios

a mediano plazo en el estado nutricional de los pacientes cuando se compara con la gastrectomía total, causando menor pérdida de peso y menor descenso de la hemoglobina, y disminuyendo los requerimientos de suplementación de vitamina B12.

Métodos: Se reporta una serie de cuatro casos de pacientes con tumores gástricos proximales llevados a gastrectomía proximal, entre enero y mayo de 2022, en instituciones especializadas en el manejo de cáncer. Para la reconstrucción existen diferentes técnicas: nuestros pacientes fueron llevados a reconstrucción con doble tracto (DT).

Resultados: La estancia hospitalaria promedio fue de 7,75 días. Tres de los pacientes no presentaron ninguna complicación postoperatoria y, en el seguimiento a los 90 días, los tres pacientes tuvieron índice de masa corporal y nivel de hemoglobina normal. Uno de los pacientes falleció secundario a descompensación aguda de sus patologías de base (estado hiperosmolar hiperglicémico).

Conclusiones: Es posible lograr mejores resultados nutricionales en pacientes con tumores gástricos proximales seleccionados, con resecciones más conservadoras, sin sacrificar los principios oncológicos. Este procedimiento no presenta diferencias en las complicaciones postoperatorias comparado con la gastrectomía total, sin embargo, las complicaciones más típicas de la gastrectomía proximal son la esofagitis por reflujo y la estenosis de la anastomosis.

01 - ID535

Causa de prolongación del tiempo de espera para cierre de estomas intestinales

Valentina Santa Gil; Bernardo Borráz Segura; Felipe Anduquia-Garay; Valeria López López; Juliana Gómez Raigosa; Mario Camilo Erazo Erazo; Paydieg Natalia Márquez Parra; Luisa Manuela Cortés Londoño; Jessica Soto Vásquez; Natalia Hurtado Hurtado

Liga Contra el Cáncer - Seccional Risaralda - Departamento de Cirugía Gastrointestinal; Clínica Comfamiliar Risaralda - Departamento de Cirugía Gastrointestinal; Universidad Tecnológica de

Pereira - Departamento de Ciencias Quirúrgicas, Pereira

Valen.santagil@gmail.com

Introducción: Los estomas son creados por múltiples razones y tienen indicaciones como protección de anastomosis, procesos infecciosos, obstructivos y tumorales, que alteran la calidad de vida de los pacientes. El tiempo de cierre de estomas es influenciado por diferentes causas y su prolongación impacta severamente nuestros pacientes y el sistema de salud. El objetivo de nuestro estudio fue determinar las causas de demora en el cierre de estomas en un departamento de cirugía gastrointestinal y calcular el tiempo promedio para el cierre del estoma en estos pacientes.

Métodos: Revisión prospectiva de una base de datos retrospectiva. Se aplicó una encuesta telefónica indagando la causa de prolongación en el tiempo de cierre de la ostomía de los pacientes en quienes se realizó un estoma intestinal en un servicio de cirugía gastrointestinal en Pereira, Colombia, entre junio de 2018 y febrero de 2022.

Resultados: Se realizaron 92 estomas susceptibles de cierre y sobrepasaron los 6 meses para la programación de su cierre. Las colostomías fueron más frecuentes que las ileostomías (64 % vs 36 %); la colostomía en asa del colon transverso fue el tipo más común (40,2 %) y la indicación más frecuente fue la protección de anastomosis (53,3 %). Entre las causas más frecuentes de prolongación del tiempo de espera para cierre de ostomía se encontraron los trámites administrativos, seguidos de las condiciones médicas asociadas a la enfermedad de base y la pandemia. El promedio del tiempo de cierre de estos pacientes fue mayor de un año (13,2 meses).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio sugieren que las causas más frecuentes de prolongación del tiempo de espera para cierre de colostomía fueron los inconvenientes administrativos y las condiciones médicas asociadas a la enfermedad de base. El tiempo promedio de cierre de ostomía en estos pacientes fue mayor de un año.

01 - ID931

Cirugía gastrointestinal neonatal: Experiencia en un centro de salud nivel III*Mónica Alejandra Solís Velasco; Juan Felipe Osorno Moncayo; Patricio Gálvez; Luis Mauricio Figueroa; María Fernanda Acuña; José Luis Castillo; Juan Carlos Dueñas; Diego Palta*Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
monica.solis@correounivalle.edu.co

Introducción: El manejo de la patología quirúrgica gastrointestinal neonatal se asocia a alta morbimortalidad. Caracterizar la población es importante para desarrollar intervenciones que impacten en los desenlaces.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de la población de neonatos llevados a procedimientos quirúrgicos gastrointestinales, sus indicaciones más frecuentes, comorbilidades asociadas, tipo de cirugía y desenlaces, durante el año 2021 en un hospital nivel III en la ciudad de Cali, Colombia.

Resultados: Se operaron 29 neonatos en el 2021, 55 % de género masculino. Más de la mitad nacieron pretérmino (52 %), con una edad gestacional promedio de 36 semanas y un peso promedio de 2394 gr. El 62 % tenían comorbilidades, principalmente gastropatías (28 %), cardiopatías (24 %) y nefropatías (24 %), que en el 44 % se hizo el diagnóstico prenatal. Las indicaciones predominantes de cirugía fueron atresia esofágica (n=8, 28 %), gastrosquisis (n=7, 24 %) y malformación ano-rectal (n=7, 24 %). El procedimiento índice se realizó en promedio a los 5 días de vida; 69 % de las cirugías fueron de urgencia y 17 % por cirugía mínimamente invasiva. El 48 % presentó alguna complicación a 30 días, principalmente dehiscencia e infección de sitio operatorio. Trece pacientes requirieron reintervención (44 %); el 62 % de estas fueron planeada. La estancia hospitalaria promedio fue de 36 días. La mortalidad fue del 17 %, por causas que incluyeron falla ventilatoria, sepsis neonatal y cardiopatía; sólo una muerte ocurrió en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones: La mayoría de los neonatos que requieren cirugía gastrointestinal son

prematurados y tienen comorbilidades congénitas. Fortalecer el diagnóstico prenatal y tener un manejo multidisciplinario especializado durante el perioperatorio podría mejorar los desenlaces postquirúrgicos.

01 - ID698

Cirugía mínimamente invasiva en cáncer gástrico localmente avanzado: Una experiencia de 8 años en el Nororiente Colombiano*Sergio Romero; Deivis Jesús López Melo; Jennifer Carreño; Rafael Alberto Olarte; Hender Alirio Hernández Martínez; María Sofía Labrador Morales*
E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta
epidemiologia@herasmomeoz.gov.co

Introducción: En Latinoamérica el cáncer gástrico es diagnosticado en estadios avanzados mediante endoscopia debido al bajo uso de pruebas de tamizaje. El objetivo de este trabajo fue describir los desenlaces a corto plazo de la cirugía mínimamente invasiva, en pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado intervenidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, en Cúcuta, Colombia.

Métodos: Estudio descriptivo donde se incluyeron los pacientes consecutivos que requirieron cirugía mínimamente para el tratamiento de cáncer gástrico, entre noviembre de 2014 y enero de 2022. La gastrectomía laparoscópica se realizó con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux. Se evaluaron los desenlaces perioperatorios, oncológicos y complicaciones con la clasificación de Clavien-Dindo. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional.

Resultados: Se identificaron 172 pacientes, 102 (62 %) fueron hombres. El tumor fue visible en tomografía preoperatoria en 143 (83 %) y la mayoría se localizaron en el cuerpo (n=80, 47 %), seguido del antro (n=64, 37 %) y, finalmente, la unión gastro-esofágica (n=16, 9 %). La tercera parte de los pacientes reportaron comorbilidades (n=66), siendo la diabetes mellitus (n=18) la más frecuente. La mediana del tiempo operatorio fue de 238 minutos. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 8 días (rango 7-10). La mediana de ganglios resecaados totales fue de 25 (rango 18-35) y de

ganglios afectos fue de 7 (rango 3-12). La mediana de tamaño tumoral fue de 70 mm (rango 42-90) y la del margen proximal fue de 50 mm (rango 40-90). Los estadios más frecuentes fueron IIIA (16 %), IIB (13 %) y IIIB (13 %). Se presentaron 13 complicaciones Clavien-Dindo igual o mayor de IIIb.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva para el tratamiento de cáncer gástrico localmente avanzado es factible en nuestro medio y cumple con los estándares internacionales al ser realizada por centros con alto volumen de cirugías y personal entrenado.

01 - ID425

Laparoscopic omental patch with or without primary closure for perforated peptic ulcer repair: a multicenter study

Luis Felipe Cabrera Vargas; Andrés Mendoza Zuchini; Carlos José Pérez Rivera; Laura Cristina Arce Polanía; María Alejandra Pineda; Nicolás Núñez Ordóñez; Iván David Lozada Martínez

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada; Pontificia Universidad Javeriana; Capítulo Futuros Cirujanos ACC
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introduction: There is still uncertainty on the best surgical approach to reduce the perioperative risk and complications after perforated peptic ulcer (PPU) repair. The aim of this study was to compare patient outcomes after using a pedicled omental patch with or without simple closure for repair.

Methods: A retrospective multicenter cross-sectional study was carried out. We considered two groups for analysis (laparoscopic primary closure with omental patch vs laparoscopic omental patch alone). Descriptive analysis and bivariate analysis were performed to compare outcomes.

Results: A total of 53 patients were included (27 patients managed with a laparoscopic pedicled patch vs. 26 with laparoscopic primary closure and pedicled patch). No statistically significant differences were found in postoperative outcomes. The average age was 35 years. 31 patients were women (58.5%). The median time of symptom

evolution was 23 hours. No statistically significant differences were found in terms of surgical time ($p=0.47$), bleeding ($p=0.47$), complication rate ($p=0.49$), postoperative antibiotic management ($p=0.69$), readmission ($p=0.49$), and hospital length of stay ($p=0.49$).

Conclusions: The pedicled omental patch repair with or without additional simple closure is a reasonable choice with low mortality and complication rates for PPU's smaller than 20 mm. The combined technique seems to be more frequently used for duodenal ulcers and the patch alone is more frequent in pre-pyloric PPU.

01 - ID710

Linfadenectomía individualizada con verde de Indocianina en gastrectomía mínimamente invasiva para el tratamiento de cáncer gástrico: Serie de casos

Sergio Romero; Deivys Jesús López Melo; Jennifer Carreño; Rafael Alberto Olarte; Hender Alirio Hernández Martínez

E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta
epidemiologia@herasmomeoz.gov.co

Introducción: El valor clínico del verde de indocianina (ICG) en la gastrectomía por técnica mínimamente invasiva para el tratamiento del cáncer gástrico se encuentra en estudio y es prometedor. Las metástasis en nodos linfáticos son un factor de riesgo mayor en la recurrencia del cáncer gástrico. El verde de indocianina ofrece una valoración intraoperatoria mayor de los vasos linfáticos y puede guiar al cirujano en tiempo real durante la linfadenectomía D2. El objetivo de nuestro estudio fue describir la experiencia en el uso de verde de indocianina en gastrectomía por técnica mínimamente invasiva en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, un centro de referencia de Cúcuta, Colombia.

Métodos: Serie de casos en la que se incluyeron los pacientes consecutivos en los que se usó verde de indocianina durante la gastrectomía por vía laparoscópica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, Colombia. A todos se les realizó linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux.

Resultados: Se identificaron 14 pacientes, con mediana de edad fue 64 años (rango 44-70). La mitad de las pacientes fueron mujeres. Nueve tenían comorbilidades, cardiovasculares (n=3), pulmonares (n=2), endocrinas tipo diabetes (n=1), neoplásicas como tumor sólido no metastásico (n=1) y dos pacientes tenían uso previo de antiagregantes plaquetarios. No se reportó conversión a vía abierta ni exitus intraoperatorio. La mediana de ganglios resecados totales fue 31 (RIQ 25 - 51) y la de ganglios afectos fue 6 (RIQ 3 - 13). En el análisis histopatológico, en 7 pacientes identificaron adenocarcinoma intestinal, en 2 difuso y en 5 con células en anillo de sello. Se reportaron 2 complicaciones de manejo médico, Clavien-Dindo I y II.

Conclusiones: El uso de verde de indocianina en la gastrectomía por técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de cáncer gástrico incrementó el promedio de ganglios totales extraídos en la linfadenectomía D2, sin aumentar las complicaciones esperadas para el procedimiento.

01 - ID679

Relación entre los niveles de sodio preoperatorio y la dehiscencia anastomótica en cirugía gastrointestinal

Carlos Julio Calderón Salazar; Angela Cristina Ríos Cadavid; Juliana González Tamayo; Sara Prieto Trujillo

Hospital Occidente de Kennedy Subred Suroccidente, Bogotá, D.C.; Universidad del Rosario calderons.carlos@hotmail.com

Introducción: La fuga o dehiscencia anastomótica (DA) constituye una pérdida de la relación víscero-visceral tras una anastomosis intestinal. Establece una complicación seria en cirugía gastrointestinal, impactando en la morbimortalidad, los resultados oncológicos y la estancia hospitalaria. Su incidencia varía hasta un 14 %. Las alteraciones hidroelectrolíticas se han relacionado con DA, más específicamente la hiponatremia, siendo uno de los desórdenes hidroelectrolíticos más frecuentes en el ámbito intrahospitalario, que se asocia a edema de tejidos.

Métodos: Estudio de corte transversal con componente analítico donde se incluyeron pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal en el Hospital Occidente de Kennedy Subred Suroccidente, Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Se analizaron 138 pacientes y 45 pacientes tuvieron fuga anastomótica. Cerca del 40 % del total de las anastomosis fueron con sutura mecánica, 33,3 % manuales y 24,6 % mixtas. El análisis univariado encontró que, cuando se usó sutura mecánica hubo 3 veces más de riesgo de presentar fuga anastomótica al comparar con la sutura manual (OR: 3,05; p=0,01). El análisis multivariado evidenció que un aumento en una unidad de sodio disminuye la probabilidad de presentar fuga anastomótica en un 10 % (OR: 0,90; p=0,045) y el uso de sutura mecánica aumenta más de tres veces la presentación de fuga anastomótica (OR: 3,47; p=0,034) versus sutura manual.

Conclusiones: La fuga anastomótica es una complicación seria en cirugía gastrointestinal. El diagnóstico en la mayoría es tardío. Se han documentado algunos predictores preoperatorios, como el estado nutricional, comorbilidades, antecedente de tabaquismo o el requerimiento de soporte vasopresor; sin embargo, esos factores de riesgo preoperatorios en su gran mayoría no son medibles, corregibles u objetables, a excepción del estado nutricional. Este estudio evidenció un aumento en la probabilidad de fuga anastomótica en pacientes con hiponatremia prequirúrgica, pudiendo corresponder a un factor de riesgo de dehiscencia anastomótica que se puede medir y tratar antes del procedimiento quirúrgico.

01 - ID422

Surgical management for refractory gastroparesia: a comparative study between gastric bypass and pyloroplasty

Carlos Lopera; Jean Pierre Vergnaud Córdoba; Raúl Suárez; Sebastián Sánchez Ussa; Iván David Lozada Martínez; Luis Felipe Cabrera Vargas

Los Cobos Medical Center, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque; Capitulo Futuro Cirujanos ACC Clopera1999@gmail.com

Introduction: Gastroparesis is one of the most common motor disorders of the upper gastrointestinal tract. It is defined by characteristic symptoms and evidence of an objective gastric emptying delay. The aim of this study was to determine the clinical characteristics in patients undergoing surgical management for refractory gastroparesis.

Methods: A retrospective descriptive study of patients diagnosed with refractory gastroparesis who underwent pyloroplasty or laparoscopic gastric bypass for two years at a referral center in Medellín, Colombia. Data concerning perioperative evaluation, surgical procedure, perioperative complications, and postoperative evolution, was analyzed.

Results: A total of 16 patients were included. Of those, 62.5% patients were taken to gastric bypass; 93.7% patients were women, average BMI was 29.7 kg/m² (range: 21.3 - 33.4) and 23.1 on average (range: 20.9 - 25.4) presurgical and postoperative, respectively. The main pre-surgical symptom was nausea (50%) followed by vomiting (12.5%). The two groups were similar in all the analyzed characteristics except that the patients who were taken to gastric bypass had more obesity and therefore a higher BMI compared to the pyloroplasty group. This difference was statistically significant ($p=0.01$) as well as the surgical time was statistically lower in the group with pyloroplasty ($p=0.001$).

Conclusions: Gastric bypass is a procedure that may be considered as the first line of surgical treatment for patients with refractory gastroparesis.

01 - ID914

Validación de predictores de coledocolitiasis con base en lo dispuesto en las guías de manejo americanas (ASGE) y europeas (ESGE) en un hospital público colombiano de IV nivel de atención

Joaquín Andrés Suárez Mesa

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

jasuarezme@gmail.com

Introducción: La coledocolitiasis se presenta entre el 10 al 20 % de las personas con coledocolitiasis sintomática, por lo que es necesario contar con un enfoque diagnóstico eficiente, dada la alta carga de morbilidad que puede desarrollar. Existen dos vertientes diagnósticas ampliamente reconocidas, como las guías de manejo americanas (ASGE) y europeas (ESGE). Para nuestro contexto local es de utilidad su validación y el establecimiento de puntos de corte para la totalidad pruebas de laboratorio que se involucran.

Métodos: Estudio de pruebas diagnósticas. Revisión de historias clínicas de todos los pacientes atendidos en el hospital Simón Bolívar de Bogotá, D.C., Colombia, por patología litiasica biliar que fueron sometidos a colecistectomía durante cuatro años (de julio de 2018 a julio de 2022). Se hizo análisis multivariado en el paquete estadístico de SPSS y se realizó curvas ROC, tablas cruzadas para el cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos, likelihood ratio, prevalencia y normogramas de Fagan para el respectivo análisis comparativo.

Resultados: La prevalencia de coledocolitiasis correspondió al 18 %. Los puntos de corte establecidos correspondieron a 179U/L para fosfatasa alcalina, 93 U/L para TGP y 55 U/L para TGO. De ellas, la más sensible y específica fue la TGO. La probabilidad post-test de las guías ASGE para alto riesgo fue ligeramente mayor (89 % IC95% 79 % - 94 %) que las guías europeas (88 % IC95% 73 % - 95 %), mientras en riesgo intermedio y bajo los resultados fueron similares.

Conclusiones: Teniendo en cuenta el riesgo beneficio, dada la pequeña diferencia entre la probabilidad post-test de las guías en mención para alto riesgo de coledocolitiasis, es estadísticamente más recomendable acatar las recomendaciones de las guías europeas (ESGE).

Cirugía bariátrica

01 - ID875

Efecto de la cirugía bariátrica sobre la resistencia a la insulina en pacientes sin diabetes mellitus, a un año de seguimiento,

en una Institución de alta complejidad en la ciudad de Bucaramanga

Gonzalo Andrés Domínguez Alvarado; Néstor Díaz; Edwin Wandurraga Sánchez; Luis Ernesto López Gómez; Marcela Bermúdez Mantilla; Carlos Felipe Palomino Peña; Mario Fernando Páez; Alejandro Sánchez Buitrago

Universidad Autónoma de Bucaramanga
gdominguez@unab.edu.co

Introducción: En Colombia, para el 2015 la obesidad tenía una prevalencia del 18,7 %, por lo que ha sido considerada un problema de salud pública. Tiene relación directa con la resistencia a la insulina y es un factor de riesgo importante para desarrollar patologías cardiovasculares, como diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia, entre otros. El objetivo de este trabajo fue determinar los factores clínicos o bioquímicos asociados al cambio del HOMA - IR e insulina en ayuno en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Métodos: Estudio de cohorte con análisis de datos secundarios anonimizados. Se incluyeron los pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre los años 2016 y 2021, sin antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Se evaluó HOMA - IR e insulina en ayuno pre-procedimiento y un año posterior al mismo.

Resultados: Se evaluaron 80 paciente, 67,5 % eran mujeres, con una edad media de $41,8 \pm 12,9$ años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (36,3 %), dislipidemia (33,5 %) y SAHOS (21 %). Después de la cirugía, la prevalencia del síndrome metabólico disminuyó del 64 % al 3,7 % ($p < 0,005$) y HOMA - IR de 76,5 % al 22,5 %. La insulinemia tuvo una media de $24,65 \pm 18,6$ pre-procedimiento y de $6,96 \pm 3,95$ post-procedimiento. Adicionalmente, los paciente que padecen obesidad tienen un riesgo hasta tres veces más de presentar resistencia a la insulina.

Conclusiones: La cirugía bariátrica y metabólica es efectiva para la reducción de peso y de esta manera genera un impacto positivo en la reducción de la resistencia a la insulina y, por ende, disminuye el riesgo cardiovascular.

01 - ID730

Experience with magnetic liver retraction in morbid obesity vs. laparoscopic common liver retractor in bariatric surgery: A comparative study

Guillermo Borjas; Néstor Sánchez; Alí Urdaneta; María González; Eduardo Ramos; Andrés Maldonado; Jorge Guillén

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Robótica, Clínica Portoazul AUNA, Barranquilla; Centro Clínico La Sagrada Familia, Maracaibo, Venezuela; Grupo Médico Santa Paula, Caracas, Venezuela

drguillermoborjas@hotmail.com

Introduction: One of the recent advances in bariatric surgery is the use of magnetic devices in order to perform an incisionless approach. These types of surgeries require an effective and safety liver retraction in order to obtain an excellent exposure of the gastroesophageal junction. We compare the magnetic liver retraction and standard liver retraction with laparoscopic grasper in patients with morbid obesity undergoing to bariatric surgery.

Methods: This case-control study was conducted in the International Unit of Bariatric and Metabolic Surgery. All procedures were performed during the period between 2020 and the first semester of 2021. We randomly selected 100 patients (group A) where was used incisionless surgery with magnetic liver retraction using the magnetic system of IMANLAP® in the left liver lobe to perform the liver retraction and another randomly selected group of 100 patients (group B), where common liver retraction with 5 mm trocar was performed with the laparoscopic grasper.

Results: Among the 100 patients of the group A the mean age was 38,3 and the mean body mass index was 46,1 kg/m² (morbid obesity). The magnetic system was successfully used for liver retraction in 95% of the cases; only in the 5% of the cases it was not possible to used it. Regarding the body mass index, the magnetic system was safe in the 97% of the cases presenting complications

related to the magnetic system in only three cases.

Conclusions: According to these results, the magnetic liver retraction can be safe and used in bariatric surgery regarding the body mass index.

01 - ID552

Microbioma intestinal y cirugía bariátrica

Rami Mikler; Fabio Eduardo Pinzón Cepeda; Sebastián Sánchez Ussa; Natalia Saade; Eduardo Posada

Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.
r.miklerl@javeriana.edu.co

Introducción: La obesidad es una entidad de alta prevalencia en el mundo, representando actualmente un problema de salud pública. En la etiopatogenia de la enfermedad se identifica un probable rol del microbioma intestinal, esta población bacteriana con la que el humano mantiene una relación simbiótica y se beneficia de procesos de catalización, influencia la respuesta inmunitaria, funcionamiento del tracto gastrointestinal con énfasis en la absorción de nutrientes, permeabilidad enteral y homeostasis de la glucosa y la respuesta inflamatoria. Una disbiosis puede promover el desarrollo de la obesidad, así como sus comorbilidades. Al compararse las distintas estrategias terapéuticas para la obesidad, la cirugía bariátrica permite un mejor control de comorbilidades, mientras también evidencia un cambio en la diversificación bacteriana enteral.

Métodos: Se hizo una revisión crítica de la literatura para plasmar la importancia del microbioma intestinal y su comportamiento en la obesidad, así como el papel de la cirugía bariátrica en su resolución.

Resultados: En el postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica se documentó una disminución de Firmicutes con respecto a los Bacteroidetes.

Conclusiones: Las alteraciones en la microbiota del paciente llevado a cirugía bariátrica permiten una mejor función metabólica para el individuo, sin embargo, se requieren más estudios para poder desarrollar nuevos blancos terapéuticos y permitir un mejor entendimiento de la fisiopatología de la

obesidad y la influencia de la cirugía bariátrica en esta.

01 - ID735

Single-port sleeve gastrectomy magnetic assisted versus laparoscopic sleeve gastrectomy: A new era in single-incision surgery

Guillermo Borjas; Néstor Sánchez; Alí Urdaneta; María González; Andrés Maldonado; Eduardo Ramos; Jorge Guillén

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Robótica, Clínica Portoazul AUNA, Barranquilla; Centro Clínico La Sagrada Familia, Maracaibo, Venezuela; Grupo Médico Santa Paula, Caracas, Venezuela
drguillermoborjas@hotmail.com

Introduction: Sleeve gastrectomy is one of the most popular bariatric surgeries. With the advent of new technologies, single port approach in bariatric surgery is on the rise due to its benefits in terms of shorter hospital stay, less pain, and better aesthetic results. In conjunction with the development of magnetic devices for tissue retraction in different steps of the surgery, the combination of the single port approach assisted by magnets for sleeve gastrectomy (SPSG-MA) has been developed. The aim of our study is to compare the short-term results of SPSG-MA vs conventional laparoscopic SG (CLSG).

Methods: A prospective comparative study was performed. We compared two groups who underwent SPSG-MA (n=150) and CLSG (n=135) between January 2020 to January 2022. A single vertical intraumbilical incision, a single port placed transfacially and a magnetic retractor were used to perform SPSG-MA.

Results: Both groups were similar in body mass index, age, sex and type of comorbidities. The operative time was similar in both groups (SPSG-MA 52.5 min vs CLSG 52.9 min; p=0.829). Length of hospital (1.07 days) stay was significantly shorter in the SPSG-MA group (p=0.00) than in the CLSG group (1.51 days). There were no conversions to open surgery in any patient or any fatal event. The most frequent complications encountered

were postoperative nausea and vomiting and mild gastrointestinal bleeding.

Conclusions: The magnet-assisted single-port gastric sleeve compared with the conventional technique has shown the same level of safety in terms of intraoperative and postoperative complications. It also shows benefits in terms of hospital stay and does not involve a longer surgical time than the conventional technique.

Colon y recto

01 - ID827

Convirtiendo un tumor de ángulo hepático irresecable en operable, acercándonos a la neoadyuvancia en cáncer de colon

Carlos Edmundo Martínez Jaramillo; Nairo Javier Senejoa Núñez; Heinz Orlando Ibáñez Varela; Viviana Marcela Hidalgo Mora

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
carmar1961@yahoo.com

Introducción: El cáncer de colon (CC) es una de las neoplasias malignas más frecuentes a nivel mundial, siendo la cuarta causa más común de muerte por cáncer. La neoadyuvancia en cáncer de colon es un concepto teórico, reciente y atractivo.

Métodos: Reporte de caso de un hombre de 40 años quien ingresó por cuadro de 3 meses de dolor abdominal tipo picada, a nivel de epigastrio y flanco derecho, de moderada intensidad, asociado a deposiciones de aspecto diarreico, 1-2 veces al día, con presencia de sangre y pérdida de peso (7 kg).

Resultados: En cirugía se hizo el hallazgo de un tumor estenosante en ángulo hepático, irresecable, por lo que se realizó una derivación interna. Posteriormente se indicó manejo oncológico, lo que permitió la resección quirúrgica.

Conclusiones: La evaluación sistemática de la cavidad, la verificación de los planos de disección, así como la necesidad de la resección oncológica formal, orientan la toma de decisiones intraoperatorias y facilitan la indicación de una derivación, interna o externa, para la conservación del tránsito gastrointestinal, permitiendo un rápido

inicio del manejo oncológico. La neoadyuvancia en cáncer de colon es una alternativa terapéutica segura y emergente en cánceres localmente avanzados de colon, que facilita la disminución del estadio, así como la posibilidad de una resección R0. Sin embargo, aún quedan muchos aspectos por definir, como los esquemas, el tipo de imágenes y la clasificación regresión imagenológica / histológica.

01 - ID640

Estudio comparativo del manejo con mucosectomía endoscópica de lesiones de extensión lateral en colon versus recto: Evaluación de desenlaces clinicopatológicos en un centro de Bogotá, Colombia

María Paula Olivera Bolívar; Natalia Moreno Suárez; Sofía Pachón Rodríguez; Catalina María Alarcón Valenzuela; Javier Alejandro Carrera Siachoque; Rafael García Duperly; Mauricio Pedraza Ciro; Carlos José Pérez Rivera; Luis A Sánchez

Centro de Coloproctología y Endoscopia, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
maria.paula.olivera1@gmail.com

Introducción: Las lesiones de extensión lateral son lesiones de más de 10 mm de diámetro, con una extensión más lateral que vertical a través de la pared del colon o el recto. La identificación de estas lesiones no polipoides es de gran importancia debido a su mayor potencial de progresar a cáncer colorrectal comparado con las lesiones polipoides.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, de una base de datos retrospectiva del Centro de Coloproctología y Endoscopia, en Bogotá, donde se incluyeron los pacientes con lesiones de extensión lateral de colon y recto, que fueron llevados a resección por mucosectomía endoscópica, entre los años 2015 y 2020.

Resultados: Para este estudio se utilizó una muestra de 92 pacientes, representado por 54 mujeres (55,6 %) y 43 hombres (44,3 %). Su localización más frecuente fue el recto (36,1 %), seguido del colon ascendente (20,8 %) y el ciego (19,4 %). Entre estas lesiones se identificaron 58,2 % Granulares y 41,5 % No granulares, siendo los primeros hallados más frecuentemente en recto

y los segundos en colon. Su diámetro se encontró entre 20-29 mm y 30-39 mm, respectivamente. El 48,8 % correspondieron a un patrón histopatológico de adenoma con displasia de bajo grado. La perforación se presentó en un 1,0 % y el sangrado en un 5,5 %.

Conclusiones: Las lesiones de extensión lateral son más frecuentes en recto en comparación con las lesiones de colon. También es superior la incidencia de lesiones mayores de 40 mm en recto, sin embargo, esto no tiene implicaciones para las complicaciones tempranas o tardías.

01 - ID540

Fistula recto uterina asociada a infección por actinomicas

Julián Andrés Orrego Colorado; Diego Valbuena
UNISANITAS, Bogotá, D.C.
julian14_2@hotmail.com

Introducción: La actinomycosis es una infección bacteriana crónica, causada por *Actinomyces*, una bacteria anaerobia Gram positiva, que infiltra los tejidos con formación de abscesos y fistulas, afectando estructuras como la orofaringe, tracto urogenital y gastrointestinal. Esta condición es poco común, alcanzando a nivel gastrointestinal y pélvico, un 20 % y 3 %, respectivamente, donde puede producir perforación y fistulas. La presentación de fístula recto o colo-uterina es rara, por lo que hizo el siguiente reporte de caso.

Métodos: Se evaluó el caso de una paciente de 57 años, con sospecha de tumor de origen ginecológico, quien fue llevada a histerectomía radical con salpingo-ooforectomía bilateral, con hallazgo de absceso uterino el cual comprometía las paredes colorrectales, con evidencia de fístula recto-uterina, que requirió resección anterior alta de recto y colostomía terminal.

Resultados: El resultado histopatológico reportó inflamación asociada a presencia de *Actinomyces*.

Conclusiones: Esta entidad se describe como una infección crónica, rara, de afectación diversa. Tiene una evolución subaguda y suele confundirse con procesos neoplásicos. El diagnóstico generalmente es tardío, por lo que en la mayoría de los casos se describe el diagnóstico histopatológico

posterior al manejo quirúrgico. Se encuentra poca literatura al respecto, especialmente reportes de casos a nivel mundial. No encontramos evidencia en la búsqueda de literatura colombiana. Son aún menos frecuentes los casos de fistulas colo o recto-uterinas, como se presentó en nuestra paciente.

01 - ID892

Hemicolectomía derecha laparoscópica vs abierta para el manejo del cáncer colorrectal, resultados a corto plazo en un centro de cuarto nivel

Nelson Antonio Niño Puentes; Andrés Ramiro Lanza Díaz; María Sofía Labrador Morales; Gina Marcela Carrillo Herrera
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.
nelson.ino30@gmail.com

Introducción: El cáncer de colon tiene una incidencia de 19,5 por 100.000 habitantes. El manejo quirúrgico presenta el mayor impacto en la sobrevida y el tiempo libre de enfermedad. Por lo anterior, se ha buscado estandarizar la técnica de resección con el fin de obtener mejores resultados a nivel global. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados del abordaje laparoscópico con la vía abierta, para sumar a la literatura mundial acerca de esta patología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, a partir de los datos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon derecho, sometidos a manejo quirúrgico. Se compararon los resultados de las técnicas laparoscópica y por vía abierta, en función de la morbilidad y mortalidad posoperatoria y el resultado oncológico.

Resultados: La mayoría de las cirugías fueron de carácter programado, con un tiempo quirúrgico en promedio para la vía abierta de 151 minutos y la vía laparoscópica de 130 minutos; tuvieron menor tiempo de hospitalización por vía laparoscopia. Hubo un mayor recuento ganglionar en la vía laparoscopia. Se identificó fístula anastomótica y reintervención en 2 pacientes por laparoscopia y uno por vía abierta, sin otras complicaciones mayores u óbito.

Conclusiones: Este estudio reportó un excelente rendimiento para ambas técnicas, con mejor desempeño en la vía laparoscópica en cuanto a tiempo quirúrgico y de hospitalización, recuento ganglionar y requerimiento de tratamiento adyuvante, pero con mayores complicaciones, sin diferencias estadísticamente significativas, probablemente asociado al tamaño de la muestra. A pesar de esto, es posible afirmar que la vía laparoscópica no es inferior a la abierta, justificando el viraje hacia las técnicas menos invasivas.

01 - ID803

Invaginación intestinal colo-cólica secundaria a adenocarcinoma de colon transverso

Mario Daniel Vengoechea Visbal; Leidy Stefany Rizo Sánchez; Laura Carolina Pinzón Martínez; Ana Milena Murgas Acevedo

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
mvengoecheav@unicartagena.edu.co

Introducción: La invaginación intestinal causa el 1-5 % de las obstrucciones intestinales en adultos y su localización más frecuente es intestino delgado (49,5 %), seguida de ileo-cólica (29,1 %) y colo-cólica (19,9 %). En adultos la causa más común son tumores de origen benigno, seguida por los malignos. El adenocarcinoma de colon transverso se presenta en el 2,6 % de las invaginaciones intestinales en adultos y el 10 % de las invaginaciones colo-cólicas.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, que consulta por cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en dolor abdominal localizado en flanco izquierdo, progresivo, asociado a deposiciones diarreas, hiporexia y pérdida de 10 kg en 3 meses.

Resultados: La paciente ingresó con signos vitales normales, abdomen doloroso a la palpación en marco cólico, sin masas, megalias ni signos de irritación peritoneal. La tomografía abdominal mostró marcada dilatación del colon derecho con invaginación del colon transverso sobre el colon izquierdo y obstrucción intestinal distal. Se llevó a laparotomía exploratoria con hallazgos

de masa de 10x10 cm en el ángulo esplénico del colon, intususcepción del colon transverso con perforación intestinal, dilatación masiva de hemicolon derecho, con signos de sufrimiento por distensión. Se realizó colectomía subtotal hasta tercio medio de colon descendente y anastomosis laterolateral ileo-cólica. Se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos, con evolución favorable, egresando en su noveno día postquirúrgico. El reporte de patología informó adenocarcinoma tipo intestinal de colon transverso.

Conclusiones: La invaginación intestinal es una causa rara de obstrucción intestinal en adultos, siendo infrecuente su localización colo-cólica. La etiología tumoral requiere de manejo quirúrgico, para lo que se recomienda resección en bloque del segmento invaginado, sin reducción.

01 - ID578

Manejo de la patología hemorroidal. Experiencia del grupo de coloproctología FUCS

Nelson Antonio Niño Puentes; Andrés Ramiro Lanza Díaz; María Sofía Labrador Morales; Paula Catalina Rodríguez

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.
nelson.ino30@gmail.com

Introducción: Las hemorroides son una inflamación de los paquetes venosos del canal anal, cuya fisiopatología es multifactorial y pueden presentarse en más del 40 % de la población. Su manejo representa un reto para el cirujano dadas las altas tasas de recidiva, sangrado y dolor postoperatorio. Se han propuesto gran variedad de estrategias terapéuticas que resulten en la disminución de dichas complicaciones. Sin embargo, no se cuenta con datos suficientes para recomendar una técnica sobre la otra. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de un centro de cuarto nivel, comparando los resultados del uso de dichas técnicas a corto plazo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, tomando datos de las historias clínicas de los pacientes con manejo quirúrgico de hemorroides en el servicio de coloproctología, entre agosto de 2021 y agosto de 2022.

Resultados: Los pacientes cursaron en su mayoría con hemorroides grado 3 (45 %) y grado 4 (28 %). Los procedimientos más frecuentes fueron la hemorroidectomía convencional (48 %) y la hemorroidopexia con sutura mecánica (43 %). Las complicaciones más frecuentes fueron el dolor y el sangrado, la mayoría en la convencional y en menor grado con el uso de energía.

Conclusiones: La patología hemorroidal, aunque ampliamente estudiada, representa un reto quirúrgico. Hay múltiples opciones terapéuticas. En este estudio se observó un viraje seguro hacia nuevas técnicas, que no presentan mayor tasa de recidiva pero que sí pueden disminuir las complicaciones postoperatorias. Aun así, la individualización del paciente y la experiencia del cirujano siguen siendo el criterio de mayor peso para la elección de la técnica.

01 - ID870

Técnica de Pull-Through: una alternativa como anastomosis coloanal sin estoma derivativo

Alexánder Obando Rodallega; Abraham Kestenbergh Himelfarb; Juan Guillermo Holguín Henao; Jessica Capre Pereira; Nathalie Villán Ramírez; Ana María Lourido Gamboa; Juan Camilo Arboleda Mera
Fundación Valle del Lili, Cali
albinet007@gmail.com

Introducción: La escisión mesorrectal total transanal (TaTME) ha ayudado a superar las dificultades asociadas con la cirugía pélvica. La fuga anastomótica es un motivo de preocupación, por lo que el estoma de protección se realiza con frecuencia. La técnica de Turnbull-Cutait Pull-Through se ha utilizado como una alternativa a la anastomosis coloanal inmediata con estoma, después de una resección anterior ultrabaja.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 54 años, obeso, con cáncer rectal inferior, llevado a TaTME laparoscópico posterior a neoadyuvancia.

Resultados: El procedimiento fue laborioso, debido a un mesocolon corto, pelvis estrecha y gran fibrosis de la fascia de Denonvillier, sin plano de clivaje entre el recto y la próstata. Ante estos hallazgos operatorios, se decidió realizar resección transanal con la técnica de Pull-Through

y anastomosis coloanal diferida. El paciente egresó sin complicaciones.

Conclusiones: La realización de TaTME con Pull-Through es un procedimiento seguro, como una alternativa para anastomosis coloanal sin estoma derivativo, con desenlaces funcionales y oncológicos similares. Presenta mayor estancia hospitalaria, pero es una medida salvadora en escenarios técnicamente laboriosos, que no permiten realizar una anastomosis coloanal adecuada.

01 - ID576

Uso de dispositivo de presión negativa en el manejo de fístula anastomótica colorrectal baja

Mauricio Pedraza Ciro; Anwar Medellín Abueta; Javier Alejandro Carrera Siachoque; Rafel García Duperly; Brandon Steven Aparicio Blanco
Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
mpedraza93@gmail.com

Introducción: La fístula anastomótica es una de las complicaciones más serias en la cirugía colorrectal, pues se asocia con una morbimortalidad entre 6 a 22 %. Recientemente, la terapia de presión negativa ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de fístulas anastomóticas localmente contenidas, después de la resección colorrectal baja, en pacientes con cáncer.

Métodos: Se presenta y analiza el caso de un paciente con fístula anastomótica posterior a una proctosigmoidectomía, manejada exitosamente con terapia de presión negativa endoluminal, en un hospital de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá. Además, se hizo revisión de la literatura científica en búsqueda de manejos similares y tasas de éxito.

Resultados: La fístula anastomótica es la complicación más significativa de la resección anterior de recto, reportada entre un 1,5 y un 17,5 %. Ante las importantes implicaciones en la condición general y funcional de los pacientes y sus complicaciones, se ha descrito la terapia de presión negativa como un tratamiento intermedio para este tipo de fístulas, con buenos resultados.

Conclusiones: La terapia de presión negativa para las fístulas colorrectales bajas tiene importantes implicaciones en la calidad de vida del paciente y la reducción de la morbi-mortalidad.

Hepatobiliar y páncreas

01 - ID670

Ablación laparoscópica de neoplasias hepáticas: análisis inicial de una cohorte

Hernán Camilo Luna Hurtado; Oscar Germán Palacios Rodríguez; Diego Fernando Dávila Martínez; Ramsés Gómez Casas; Manuela Castañeda Pérez; Federico López Uribe

Clínica Las Américas, Medellín; Universidad CES
camiloluna23@hotmail.com

Introducción: La ablación percutánea de lesiones hepáticas se emplea en pacientes con alto riesgo quirúrgico y tumores hepáticos en etapas tempranas, pero está limitada a la localización hepática del tumor y el difícil acceso mediante métodos radiológicos, aspectos superables por vía laparoscópica. Se ha demostrado su seguridad y ventajas, ya que permite preservar tejido hepático sano en aquellos pacientes que tienen una reserva funcional deficiente.

Métodos: Estudio descriptivo de la morbimortalidad de una cohorte sometida a ablación laparoscópica de neoplasias hepáticas (ALNH), por un mismo grupo de cirugía hepatobiliar, en la Clínica Las Américas, Medellín, Colombia, desde agosto de 2018 hasta agosto de 2022. Se hizo un análisis retrospectivo de fuente secundaria.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes, 19 (59,3 %) de los cuales presentaban metástasis de cáncer colorrectal. La ubicación más frecuentemente fue el segmento VIII (n=16, 50 %), en contacto con el diafragma. La mediana del tiempo quirúrgico fue de 120 minutos y del sangrado fue de 80 ml. En 26 pacientes (81,2 %) el dolor postoperatorio fue ausente o leve. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 2 días, mayor en quienes se asoció con otro procedimiento. Se presentaron complicaciones postoperatorias en un paciente

(3,1 %) con íleo posoperatorio (Clavien-Dindo I), manejado médicamente. Un paciente reingresó por dolor abdominal y fue manejado con analgésicos. Ningún paciente presentó fiebre, infección de sitio operatorio, sangrado posquirúrgico o fístula biliar. No hubo mortalidad ni necesidad de reintervención.

Conclusiones: La ablación laparoscópica de neoplasias hepáticas (ALNH) es un procedimiento mínimamente invasivo, seguro, con rápida recuperación posquirúrgica. Nuestra población presentó baja morbilidad, sin mortalidad. Se requiere seguimiento de esta cohorte a 3 años para definir los desenlaces oncológicos.

01 - ID648

Bazo ectópico en cola de páncreas, una rara entidad clínica: reporte de caso

Carlos Alberto Millán Cortes; Julián Jiménez Moreno; Derly Liset Gallo Bonilla; Crístian Camilo Bogoya Pérez

Hospital de San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
mimac13@hotmail.com

Introducción: El bazo ectópico intrapancreático imita una neoplasia intrapancreática en los estudios por imágenes y, debido a que actualmente no existen criterios diagnósticos radiológicos establecidos, algunos pacientes pueden ser sometidos a pancreatomecтомía distal innecesaria. El principal objetivo de este estudio fue dar a conocer nuestra experiencia, contribuyendo a mejorar el enfoque diagnóstico del bazo ectópico.

Métodos: Presentamos un caso exótico de bazo ectópico ubicado en la cola del páncreas, inicialmente abordado como una posible neoplasia intrapancreática.

Resultados: Gracias al adecuado enfoque diagnóstico utilizado, posteriormente la lesión fue caracterizada como un bazo ectópico.

Conclusiones: El bazo ectópico es una rara anomalía anatómica en la que el bazo se localiza fuera de su posición anatómica habitual, ubicándose en la cavidad pélvica, hígado, glándulas suprarrenales o, más exóticamente, en la cola del páncreas,

como en el caso expuesto en este documento. Esta condición debe distinguirse de entidades clínicas como el bazo accesorio, asplenia y la esplenosis peritoneal. Estas masas de tejido esplénico pueden confundirse fácilmente con entidades intrapancreáticas que justifican una intervención quirúrgica precoz, como adenocarcinomas, tumores neuroendocrinos (NET), quistes linfopiteliales, tumores pseudopapilares o linfomas. Por ello, las herramientas diagnósticas tales como la TAC, RNM, y la gammagrafía hepatoesplénica desempeñan un papel clave en la correcta caracterización de las lesiones intrapancreáticas, que en conjunto con otros hallazgos intraabdominales, tales como la asplenia, permiten la exclusión de sus diagnósticos diferenciales, para evitar intervenciones médicas y quirúrgicas innecesarias.

01 - ID1031

Caracterización de los pacientes a llevados resecciones hepáticas por metástasis de cáncer colorrectal en un Centro Oncológico de referencia de Medellín

Camilo Andrés Tarazona Bautista; Sergio Lesmes; Carmen Rodríguez; Juan Pablo Olaya; Laura Arenas; Eliseo Bustamante

Fundación de Cancerología Clínica Vida, Medellín; Universidad de Antioquia
camilotarazonab@gmail.com

Introducción: En los pacientes sin lesiones metastásicas hepáticas en el diagnóstico inicial, si posterior de la resección primaria se produce una metástasis, se esperará una tasa de supervivencia y una calidad de vida reducidas. El objetivo de este trabajo fue caracterizar las variables clínicas de los pacientes y de los procedimientos quirúrgicos, y evaluar si existieron diferencias entre el tipo de metástasis y factores asociados con recurrencia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, observacional de tipo analítico. La población de referencia y blanco fueron los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal con metástasis hepáticas. Se tomaron todos los pacientes mayores de 18 años atendidos en la Fundación de Cancerología Clínica Vida, en Medellín, entre

marzo de 2017 y febrero de 2021, con diagnóstico de cáncer colorrectal con metástasis hepáticas y que fueron tratados mediante resección hepática (metastasectomía) por vía abierta o laparoscópica en algún momento de su enfermedad.

Resultados: Al clasificar nuestros pacientes en los dos subtipos de metástasis, no encontramos diferencias estadísticamente significativas frente a las variables clínicas. La mayoría de los pacientes tenían T3 según la clasificación TNM, así como N1, sobre todo en los pacientes que tenían cáncer de colon con metástasis hepática sincrónica.

Conclusiones: No encontramos factores clínicos asociados con el riesgo de recurrencia, ni diferencias significativas entre las metástasis hepáticas sincrónicas o metacrónicas.

01 - ID632

Cirugía de Frey para el manejo del dolor de la pancreatitis crónica: experiencia en un centro de alta complejidad

Juliana González Tamayo; Daniela Ayala Olaya; Nicolás Caballero Otalora; Carlos Eduardo Rey Chaves; Danny Michell Conde Monroy; Juan Carlos Sabogal Olarte

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
juliana.gota07@gmail.com

Introducción: La pancreatitis crónica es una de las patologías con mayor afectación en la calidad de vida, causado principalmente por dolor y disfunción endocrina y exocrina. La cirugía de Frey, un procedimiento híbrido que incluye la resección y descompresión del páncreas, está indicada en estos casos, permitiendo el alivio del dolor y la preservación de la función pancreática. Desafortunadamente, la literatura descrita es poca.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a cirugía de Frey, entre enero de 2014 y febrero de 2022, en el Hospital Universitario Mayor Mederi, un centro de alta complejidad, en Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Fueron incluidos 18 pacientes, con una edad media de $52,4 \pm 17,1$ años. La etiología en el 83,3 % de los casos fue idiopática. La duración media de los síntomas y del diagnóstico

prequirúrgico fue de $18,6 \pm 26,9$ meses. La morbilidad global del procedimiento fue del 38,9 %, con una media de sangrado intraoperatorio de 142,7 ml. El 22,2 % de los pacientes presentaron fuga bioquímica, pero no se presentaron fístulas tipo B o C. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 42,5 meses (RIQ 19-65). El dolor se redujo en $3,3 \pm 1,02$ puntos en la escala análoga visual del dolor. A 6 pacientes le diagnosticaron malignidad en el seguimiento.

Conclusiones: La cirugía de Frey es un procedimiento seguro, con resultados aceptables en cuanto al alivio del dolor y la preservación de la función pancreática. Sin embargo, el seguimiento a largo plazo es imprescindible debido al riesgo inherente de malignidad pancreática.

01 - ID424

Comparative study between general surgeons and residents in general surgery in laparoscopic cholecystectomy

Jean André Pulido Segura; Marcia Santafé Guerrero; María Paula Navia Sánchez; María Camila Castañeda Fuentes; Carlos José Pérez Rivera; Iván David Lozada Martínez; Luis Felipe Cabrera Vargas
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.; Capítulo Futuros Cirujanos ACC
Japsmd@gmail.com

Introduction: Laparoscopic surgery is a minimally invasive approach that has multiple advantages over open surgery, making this approach the gold standard in the management of cholelithiasis and acute cholecystitis. Currently, laparoscopic cholecystectomy is the most practiced procedure by general surgeons, and for this reason, it is important to incorporate it early in practice.

Methods: An analytical observational study was carried out comparing patients underwent laparoscopic cholecystectomy. A total of 192 medical records of patients were reviewed that had undergone laparoscopic cholecystectomy during the study period. The first group (G1) corresponds to four general surgeons, the second group (G2) to 2th year residents, and the third group (G3) to 4th-year residents.

Results: No direct relationship was found between these risk factors and the surgical outcome, showing not significant p-value in case of gangrenous ($p=0.81$) and perforated ($p=0.12$) gallbladders. Also, there was no statistically significant difference in the mean hospital stay between the three groups with a p-value of 0.73. At the same time similar complications were shown, highlighting non-significant p-values to demonstrate differences in surgical site infections ($p=0.06$), readmission ($p=0.55$), hospital stay ($p=0.73$), intensive care unit stay ($p=0.76$), and mortality ($p=0.37$).

Conclusions: This study shows that laparoscopic cholecystectomy performed by second and fourth-year residents is a feasible procedure, performed with the proper supervision of a specialist. Also, there is an association between early exposure to this procedure and a decrease in the operative time.

01 - ID904

Electroporación irreversible en tumor de Klatskin: reporte de un caso y revisión sistemática

Juan David Molina Marín; Diego Fernando Dávila Martínez; Oscar Germán Palacios Rodríguez; Susana Cardona Bernal
Clínica CES, Medellín; Universidad CES
juandamo162407@gmail.com

Introducción: El colangiocarcinoma hiliar, representa menos del 2 % de las neoplasias malignas. El colangiocarcinoma irresecable tiene una mediana de supervivencia global de 3 a 6 meses. La electroporación irreversible (IRE) es una técnica ablativa que utiliza un método diferente de destrucción celular.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 24 años que ingresó en 2017 icterico y afebril. En la colangiografía se encontró una neoplasia Bismuth-IV, englobando la porta derecha, condicionando atrofia lobar ipsilateral, compromiso subsegmentario bilateral, sin adenopatías retroperitoneales, ni compromiso peritoneal. Sin metástasis en tórax. La biopsia

confirmó colangiocarcinoma. Se hizo CPTH con drenaje interno-externo bilateral. Se inició quimioterapia neoadyuvante con oxaliplatino y 5-fluorouracilo, logrando estabilidad de la enfermedad. Se llevó a estadificación laparoscópica el 24/10/2018, que fue negativa para lesiones secundarias, por lo que se convirtió y se realizó electroporación irreversible bajo guía ecográfica intraoperatoria (NANOKNIFE, AngioDynamics, Latham, NY), con 3 agujas, 90 pulsos, 4 aplicaciones. No hubo complicaciones y se dio alta al segundo día posoperatorio.

Resultados: El paciente tuvo evolución satisfactoria. El 05/07/2019 se evaluó para considerar hepatectomía derecha ampliada, encontrando un posible remanente hepático pequeño. Entonces, se realizó embolización portal derecha. Continuó con quimioterapia por adenopatía mediastinales en PET-CT, que desaparecieron después de la terapia. La colangiografía en 2022 demostró cambios fibróticos en la masa, sin restricción en la difusión; se discutió el caso y se decidió implantar un stent autoexpandible y no realizar cirugía.

Conclusiones: La IRE es un método prometedor, que mejora la supervivencia en colangiocarcinoma hiliar irreseccable. La revisión sistemática sobre IRE y colangiocarcinoma realizada hasta 09/09/2022 reportó una mejor supervivencia media global y bajos porcentajes de eventos adversos.

01 - ID570

Enfermedad de Caroli manejada con segmentectomía lateral Izquierda. Reporte de caso

Víctor Ruano Flórez; Laura Vanessa Rodríguez Reyes; Belisario Solana

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
dr.ruanoalflorez@gmail.com

Introducción: La enfermedad de Caroli corresponde a una dilatación multiquística de la vía biliar intrahepática, autosómica recesiva, asociada a fibrosis hepática congénita. Es localizada, unilobar, con predominio izquierdo. Se caracteriza

por colangitis recurrente, hepatolitiasis y, en algunos casos, progresión a hipertensión portal.

Métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente de 37 años, quien ingresó por cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en dolor abdominal, tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos. Refería episodios similares a repetición durante el último año y diagnóstico de enfermedad de Caroli. Al examen físico se encontró abdomen doloroso a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho.

Resultados: Se realizó colangiografía que mostró dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda, segmentos 2 y 3, con imágenes focales a la altura del segmento 3, además de anomalía de la unión bilio-pancreática, observándose el colédoco y el conducto de Wirsung confluyendo en un conducto único, a 14 mm de la desembocadura e hipotrofia secundaria de lóbulo hepático izquierdo. Se llevó a segmentectomía lateral izquierda de segmentos hepáticos II y III, respetando el ligamento falciforme y el segmento IV, se ligaron los radicales de dichos segmentos con sus respectivos vasos; se identificó gran saculación de la vía biliar intrahepática, con múltiples cálculos. El reporte de patología fue a favor de enfermedad de Caroli.

Conclusiones: La enfermedad de Caroli es una entidad poco frecuente, cuyo manejo debe ser individualizado. En los casos en los que existe afectación parcial, la hepatectomía segmentaria podría ser curativa, por lo anterior, es importante realizar un diagnóstico temprano y brindar un manejo oportuno.

01 - ID757

Experiencia de un centro de referencia de cirugía hepatobiliar en Colombia en la realización de 203 pancreatoduodenectomías - resultados quirúrgicos y oncológicos. Méderi Hospital Universitario Mayor, 2014-2022

Juan Carlos Sabogal Olarte; Danny Michell Conde Monroy; Carlos Eduardo Rey Chaves; Daniela Ayala Olaya; Juliana González Tamayo; Marco Venegas
Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, D.C.
juancarlos.sabogalolarte@gmail.com

Introducción: Las lesiones tumorales pancreáticas y periampulares corresponden actualmente a una de las patologías oncológicas con mayor índice de mortalidad. En Colombia, no encontramos estudios caracterizando esta población, por lo que no conocemos los resultados quirúrgicos y oncológicos en el manejo de esta patología. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia quirúrgica con pancreaticoduodenectomía proximal y los resultados oncológicos en los pacientes tratados por el grupo de cirugía hepatobiliopancreática, entre 2014 - 2022, en el Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Estudio retrospectivo, donde se incluyeron los pacientes con tumores pancreáticos y periampulares, llevados a manejo quirúrgico por un grupo de cirugía hepatobiliopancreática, entre 2014 y 2022, en el Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Se incluyeron 203 pacientes, con una media de edad de 64 años. El adenocarcinoma ductal fue la patología más frecuente (n=136, 74,7 %). La fístula pancreática posoperatoria (POPF) global fue de 23,2 %, de las cuales la mayoría fueron fuga bioquímica (17,3 %), tipo B (4,4 %) y tipo C (1,4 %). La tasa de reintervención fue del 12,5 %. La mortalidad a 30 días por causa operatoria se presentó en un 5,9 %. La sobrevivida a 1, 3 y 5 años fue de 67,9 %, 31,3 % y 4,9 %, respectivamente.

Conclusiones: La pancreatoduodenectomía es un procedimiento de alta complejidad, que requiere ser realizado en centros de referencia de cirugía hepatobiliopancreática y en conjunto a un grupo multidisciplinario, para obtener resultados seguros y con baja morbilidad asociada.

01 - ID907

Factores asociados con la presencia de ISO en pacientes de cirugía hepatobiliopancreática: experiencia de un centro de alto volumen en Colombia

Jaime Ramírez Arbeláez; Ricardo Leonel Arroyave Zuluaga; Luis Manuel Barrera Lozano; Andrés Becerra Romero; Cristian Muñoz García; Verónica Hurtado; Ana Jailler; Natalia Vargas

Hospital San Vicente Fundación Rionegro;
Universidad de Antioquia
jaime.ramirez@sanvicentefundacion.com

Introducción: La infección asociada al cuidado de la salud continúa presente a pesar de las medidas de prevención mundialmente aceptadas. La infección del sitio operatorio (ISO) es un predictor independiente de morbilidad y estancia hospitalaria prolongada. Su frecuencia es del 27 %, según series locales. Nuestro estudio exploró los factores asociados con la presencia de infección del sitio operatorio en cirugía hepatobiliopancreática (HPB).

Métodos: Estudio observacional transversal, analítico, de los pacientes llevados a cirugía en el servicio de Trasplantes / HPB del Hospital San Vicente Fundación Rionegro, en Rionegro, Colombia, desde enero de 2019 hasta junio de 2021. El análisis multivariable se realizó mediante el ajuste de un modelo de regresión logística.

Resultados: Se identificaron 73 pacientes, la mitad mujeres (n=37, 50 %), con edad promedio de 58 años. Se realizaron 20 derivaciones biliodigestivas, 37 pancreatoduodenectomía y 16 hepatectomías mayores. La frecuencia de ISO fue del 21 % (16/73). En el análisis univariado no se encontraron diferencias significativas en los dos grupos. Después del análisis multivariable, la ISO fue asociada con significancia estadística al cultivo de bilis positivo (OR 1,52; p=0,01; IC95% 1,46 - 15,75). Para el ajuste del modelo de regresión logística se utilizó la prueba de Hosmer Lemeshow, que arrojó un valor de p=0,53, indicando buen ajuste y que fue explicado adecuadamente por los datos.

Conclusiones: En nuestro centro, estos hallazgos sugieren que la presencia de cultivo de bilis positivo está asociada de forma significativa con la aparición de ISO en los pacientes de cirugía hepatobiliopancreática.

01 - ID689

Fistula pancreática como factor de morbilidad en cirugía pancreatobiliar, experiencia en el Hospital Internacional de Colombia

Cristian Eduardo Tarazona León; Mauricio Vanegas Ballesteros; Sandra Milena Sanabria Barrera; Gianmarco Camelo Pardo; Weimar Oswaldo Ortiz Jáuregui; Gabriel Fernando Ruiz Hernández; Fabio García

Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: La fístula pancreática postoperatoria (POPF) se define como una comunicación anormal entre el epitelio ductal pancreático y otra superficie epitelial, que contenga derivado pancreático, o fluido rico en enzimas pancreáticas. La determinación de fístula se da por un valor de amilasa superior a 3 veces el valor normal. El objetivo de este estudio fue determinar a través de la revisión de nuestra casuística institucional, la incidencia de fístula pancreática postoperatoria, los factores asociados y su efecto en la morbimortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la recolección de los datos de los pacientes llevados a procedimiento quirúrgico de pancreatoduodenectomía, desde enero de 2017 hasta diciembre de 2020. Se categorizaron los pacientes mediante diferentes variables y determinando el grado de fístula postoperatoria.

Resultados: En total se intervinieron 75 pacientes, de los cuales 24 (33,3 %) desarrollaron fístula pancreática postoperatoria. El rango edad estuvo entre 40 y 80 años. El tipo de fístula que más se presentó fue la grado de fuga bioquímica en un 21,3 %, seguido de fístula grado B en un 9,3 % y, por último, la fístula grado C en un 2,6 %.

Conclusiones: La fístula pancreática postoperatoria (POPF) se considera una de las complicaciones más frecuentes después de una resección pancreática. Es importante la evaluación, para individualizar cada paciente, permitiendo optar por maniobras tempranas en el manejo de este tipo de complicaciones.

01 - ID531

Fístula portobiliar como causa infrecuente de hemobilia: reporte de caso y revisión de la literatura

Valentina Galvis; Daniela Ayala Olaya; Juliana González Tamayo; Carlos Eduardo Rey Chaves; Danny Michell Conde Monroy; Juan Carlos Sabogal Olarte; Valentina Amador

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
valentina.galvis@urosario.edu.co

Introducción: La hemobilia es una causa inusual de hemorragia del tracto gastrointestinal (TGI) y su etiología principal es iatrogénica. La fístula porto-biliar es una complicación reconocida, pero poco común de instrumentación del tracto biliar, que puede provocar hemobilia.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 53 años, con historia de obstrucción de la vía biliar por quiste de colédoco, que requirió hepaticoyunostomía y desarrolló estenosis de la anastomosis. Se hizo drenaje biliar transhepático percutáneo (DTPH) y 3 intentos de dilatación percutánea fallidos, necesitando una nueva hepaticoyunostomía. A los 45 días del postoperatorio acudió al servicio de urgencias por presentar hemobilia e inestabilidad hemodinámica.

Resultados: Requirió laparotomía de urgencia, en la que se controló el sangrado, y en un segundo tiempo quirúrgico, por medio de un cistoscopio, se identificó una lesión ulcerosa de la vía biliar, secundaria a una fístula porto-biliar. La fístula porto-biliar representa un desafío diagnóstico dada su sintomatología inespecífica, pero su abordaje y manejo dependen de la gravedad al momento de presentación. La piedra angular del tratamiento es el control del sangrado y por ende localizar su origen, mediante métodos radiológicos, endoscópicos o quirúrgicos. La decisión depende de la estabilidad hemodinámica del paciente.

Conclusiones: La fístula porto-biliar es una causa inusual pero significativa de hemobilia; debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con sangrado gastrointestinal y/o sangre extraluminal en drenajes quirúrgicos o percutáneos, después de cualquier procedimiento del hígado, las vías biliares o el páncreas. El pronóstico depende de un abordaje multidisciplinario, que priorice el reconocimiento precoz del origen del sangrado.

01 - ID520

Hepatectomía guiada por fluorescencia con verde indocianina: una serie de casos y revisión del tema*Tatiana Barragán; Marcela Hoyos; Álvaro Javier Bayona Daza; Ossian Gabriel Fuentes Díaz; Rolando Martínez*Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
tatianabarraganb@hotmail.com

Introducción: La cirugía hepatobiliar ha evolucionado debido al aumento significativo en el número de casos con lesiones hepáticas, benignas y malignas. El objetivo principal del manejo quirúrgico es la resección con márgenes negativos y con ahorro de tejido sano, para lo cual se han desarrollado diferentes técnicas. La fluorescencia con verde indocianina una de las herramientas más acogidas, dado su perfil de seguridad y costo-efectividad.

Métodos: Estudio descriptivo de serie de casos y revisión de la literatura, en pacientes llevados a hepatectomía por patología hepática maligna confirmada por histopatología, en el Hospital Militar Central, en Bogotá, D.C., en el año 2022, en quienes se aplicó verde indocianina para obtener márgenes negativos sin afectar la funcionalidad residual, la perfusión y el drenaje biliar.

Resultados: Se trata de uno de los primeros estudios en nuestro país en donde se exponen los resultados favorables del uso de verde indocianina en el manejo de un amplio espectro de la patología hepatobiliar. A pesar de no existir hasta el momento estándares universales sobre el tiempo y dosis de aplicación, con base en las recomendaciones actuales, nuestros resultados muestran hallazgos favorables.

Conclusiones: La fluoroscopia con verde de indocianina es una herramienta innovadora para el manejo de la patología hepatobiliar, que mejora los resultados posoperatorios y disminuye la tasa de recurrencia. Pese a que aún hacen falta estudios para estandarizar la técnica, nuestra experiencia muestra resultados prometedores para implementar su uso de rutina en la cirugía hepatobiliar.

01 - ID868

Implementación de barreras de seguridad quirúrgicas como estrategia para disminuir las complicaciones en colecistectomía por laparoscopia*Luis Enrique Herrera Zabaleta; Carlos Mario Gutiérrez; Katty Carolina Cuadrado Nieves; Carlos Cruz Gómez; Sandra Moreno Alonso; Marcelo Ramírez Barrios*Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena
luis.herrera@chsm.com

Introducción: La colecistectomía por laparoscopia es el procedimiento electivo que más se realiza en cirugía general, pero con su implementación llegaron nuevas complicaciones asociadas, las cuales están ampliamente estudiadas, así como los mecanismos para evitarlas. El quirófano es un entorno de alto riesgo y sensible a errores, que pueden prevenirse implementando la cultura de seguridad del paciente.

Métodos: Estudio de retrospectivo, transversal, observacional analítico, en el periodo comprendido entre febrero de 2021 y septiembre de 2022, en el que se analizaron en las historias clínicas de los pacientes llevados a colecistectomía laparoscópica. Se identificaron el uso de barreras de seguridad como parada de seguridad, firma de consentimiento informado, uso correcto del antibiótico profiláctico, identificación de triangulo de seguridad, marcación del sitio operatorio y profilaxis tromboembólica. Cinco cirujanos diferentes realizaron los procedimientos.

Resultados: Se llevaron a cirugía 76 pacientes, con diagnóstico de colelitiasis o colecistitis. En promedio con 3 diagnósticos y tres técnicas de abordaje diferente. El 56 % de los pacientes fueron hombres, la edad promedio de 47 años. Se describió una clasificación de Parkland 5 en dos pacientes. El 92 % tuvieron estancia posquirúrgica menor de 24 horas. Se identificaron dos infecciones de sitio operatorio incisionales superficiales. No hubo conversión quirúrgica, lesiones de la vía biliar, reintervención, re-ingreso a las 30 días, ni mortalidad a 30 días.

Conclusiones: La implementación de las barreras de seguridad y la cultura de seguridad en el quirófano, y en todos los entornos hospitalarios, son verdaderamente eficaces para disminuir el impacto de complicaciones en colecistectomía por laparoscopia.

01 - ID418

Long-term outcomes of laparoscopic common bile duct exploration through diathermy, choledochotomy and primary closure: a retrospective cohort study in Colombia

Daniel Alfonso Gómez; Andrés Mendoza Zuchini; Mauricio Pedraza Ciro; Diego Fernando Salcedo Miranda; Fabien Mantilla Sylvain; Carlos José Pérez Rivera; Iván David Lozada Martínez; Gonzalo Andrés Domínguez Alvarado; Alexis Narváez Rojas; Luis Felipe Cabrera Vargas

Los Cobos Medical Center, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada; Universidad El Bosque; Hospital Simón Bolívar; Capítulo Futuros Cirujanos ACC

Vesaliuscx@gmail.com

Introduction: Choledocholithiasis is a frequent pathology. Unfortunately, when its endoscopic management fails there is no consensus of how it should be addressed. The aim of this study was to evaluate the safety, feasibility and long-term outcomes of laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE) using electrosurgery (coagulation) for choledochotomy followed by primary closure after endoscopic treatment failure.

Methods: A retrospective cohort study of patients who underwent LCBDE from 2013 to 2018 was conducted in Bogotá, Colombia. Clinical demographics, operative outcomes, recurrence rate of common bile duct stones, and long-term bile duct complications were analyzed. A descriptive analysis was performed.

Results: A total of 168 patients were analyzed. Most of the patients were males (53.4%) with a median age of 73 years with no comorbidities (65%). Stone clearance was successful in 167 patients (99.4%). Non-fatal complications were noted in three patients during the surgery or

in the immediate postoperative (1.8%) and managed with T-tube or endoscopically. No cases of mortality surgery related were observed. There were no signs of any type of biliary injury or stricture observed in any of the patients during the 24-month follow-up period.

Conclusions: LCBDE with diathermy and primary closure is a safe and effective treatment option for choledocholithiasis for failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography in terms of long-term as well as short-term outcome.

01 - ID978

Malrotación intestinal, variantes vasculares y otras anomalías anatómicas durante una pancreatoduodenectomía total. Reporte de caso

Diego Rymel Triviño Alvarez; Alonso Vera Torres; Camilo Ernesto Garzón Mesa; Andrés Mauricio Ortega Canizales; María Paula Fontecha Pinzón; Laura Camila Vanegas Forero; Alejandra Moncada Pabón

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.; Universidad del Rosario
diego.trivino@fsfb.org.co

Introducción: La resección pancreática por cáncer es uno de los procedimientos más complejos y técnicamente desafiantes, con alta tasa de complicaciones posoperatorias, que pueden ser de hasta el 60 %, afectado por factores como la edad avanzada de los pacientes, el estado funcional deteriorado, la desnutrición y la ictericia asociada. Adicionalmente, las variantes vasculares y las anomalías anatómicas, como la malrotación intestinal, pueden tener un papel adicional en la complejidad de este procedimiento. El propósito de este reporte de caso fue describir las múltiples variantes anatómicas identificadas desde el preoperatorio y evaluar sus potenciales implicaciones quirúrgicas.

Métodos: Se describe el caso de una mujer de 64 años, con síndrome biliar obstructivo secundario a lesión sólida de cabeza de páncreas, con infiltración duodenal. Durante estudios preoperatorios se identificaron múltiples variantes anatómicas.

Resultados: Se realizó pancreatoduodenectomía total y durante el cual se documentaron las variantes previamente conocidas: Ausencia de vena cava retrohepática con drenaje directo de las venas supra hepáticas a la aurícula, vena porta única en C, arteria hepática rama de la arteria mesentérica superior con trayecto intrapancreático, arteria hepática izquierda rama de la arteria gástrica izquierda, rotación intestinal con ligamento de Treitz a la derecha de la paciente, páncreas pequeño finalizando a 5 cm de la confluencia porta, poliesplenismo, divertículo duodenal en la cuarta porción, ausencia de epiplón mayor. Dado estos hallazgos el procedimiento presentó aumento de la dificultad, llevando a aumento del tiempo operatorio, con adecuados resultados finales.

Conclusiones: Las múltiples variantes anatómicas identificadas desde el preoperatorio tienen potenciales implicaciones quirúrgicas, durante la disección vascular, resección y reconstrucción.

01 - ID714

MiniALPPS: una alternativa segura entre las técnicas de hipertrofia hepática. Presentación de 3 casos de diferentes etiologías tumorales

Fabio Alejandro Vergara Suárez; Cristian Eduardo Tarazona León; Mauricio Vanegas Ballesteros; Mauricio Duque Villalobos

Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta; IPS Universitaria
fabiovergara14@gmail.com

Introducción: La resección oncológica de los tumores hepáticos sigue siendo la mejor alternativa para aumentar la supervivencia y el período libre de enfermedad de los pacientes. Gracias a la regeneración hepática, las técnicas de hipertrofia hepática constituyen una gran alternativa en el manejo quirúrgico de pacientes con alta carga tumoral. Hace unos años se describió una técnica quirúrgica para hipertrofia hepática llamada ALPPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy). En los últimos años, grupos de Chile y Argentina han desarrollado una variante de esta, a la que han denominado Mini-ALPPS.

Métodos: Serie de casos, donde se presentan tres pacientes, de 72 años con hepatocarcinoma gigante en hígado no cirrótico, de 64 años con metástasis hepáticas sincrónicas bilobulares de origen colorrectal y de 52 años con recurrencia hepática de sarcoma retroperitoneal resecado.

Resultados: En los tres casos el remanente hepático calculado era menor del 25 %. La hipertrofia conseguida logró que fuera mayor del 35 %. No hubo complicaciones infecciosas ni fistulas biliares. En el segundo tiempo no se requirió transfusión de sangre transoperatoria ni postoperatoria. La vigilancia se realizó en UCI. La única complicación se presentó en el tercer caso, que cursó con insuficiencia hepática tipo B y precisó soporte vasopresor durante dos días. Los pacientes fueron dados de alta antes del décimo día.

Conclusiones: El MiniALPPS es una alternativa en el tratamiento de tumores hepáticos donde el remanente es insuficiente. Se puede utilizar cuando se requiere una hipertrofia en menor tiempo o cuando fallan las otras técnicas. Es un procedimiento seguro que puede ser considerado dentro del arsenal terapéutico.

01 - ID908

Pancreatectomía distal laparoscópica: estandarización de la técnica quirúrgica

Juan David Molina Marín; Oscar Germán Palacios Rodríguez; Diego Fernando Dávila Martínez; Juan Pablo Tobón; Juan David Espinal Díaz; Iordana Mejía Kambourova

Clínica CES, Medellín; Clínica Las Américas AUNA; Universidad CES
juandamo162407@gmail.com

Introducción: El abordaje laparoscópico de la pancreatectomía distal ha incrementado en los últimos años por su seguridad y disminución de complicaciones posquirúrgicas, sin embargo, la evidencia sobre las variaciones de la técnica quirúrgica y su desenlace es escasa. El objetivo de este estudio fue describir la técnica de pancreatectomía distal laparoscópica (PDL) y los desenlaces clínicos en una serie de pacientes

tratados por un equipo quirúrgico de la ciudad de Medellín, Colombia.

Métodos: Estudio transversal con fuente secundarias de pacientes llevados a pancreatometomía distal laparoscópica, entre febrero de 2014 y agosto de 2022, en dos instituciones de alta complejidad en Medellín, Colombia.

Resultados: Los 56 pacientes fueron llevados a pancreatometomía distal laparoscópica en posición decúbito lateral derecho, con disección secuencial. Se utilizaron 3, 4 o 5 puertos en 73 %, 25 % y 2 % de los pacientes, respectivamente. El rango de tamaño tumoral fue entre 0,5 cm y 23 cm. Se preservó el bazo en 40 pacientes (71 %). La mediana de tiempo operatorio fue de 200 minutos, el sangrado aproximado fue de 155 ml y la mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días. Se reportó un (1,8 %) caso de fístula pancreática (grado B) y una complicación (1,8 %) que requirió reintervención; no hubo mortalidad a 30 días.

Conclusiones: La técnica de pancreatometomía distal laparoscópica propuesta permite un abordaje seguro, reproducible y con una baja tasa de complicaciones en pacientes con neoplasias del páncreas distal.

01 - ID738

Pancreatometomía distal, experiencia en una unidad de cirugía hepatopancreatobiliar

Crístian Eduardo Camelo Pardo; Mauricio Vanegas; Gianmarco Camelo Pardo; Belisario Ortiz Rueda; Fabio García

Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: La resección pancreática es un procedimiento quirúrgico complejo, que involucra la exposición del páncreas en su porción retroperitoneal, su disección alrededor de estructuras vasculares mayores y las características del tejido, por lo que está asociado a una alta morbilidad. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia en un centro de referencia de cirugía hepatopancreatobiliar en nuestro país, determinando los resultados postquirúrgicos de los pacientes llevados a resección pancreática

(pancreatometomía distal o subtotal, por vía abierta o laparoscópica), evaluando las complicaciones y la mortalidad postoperatoria.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, en el que se evaluaron los pacientes llevados a pancreatometomía distal y subtotal, entre enero de 2015 y junio de 2022, categorizando los pacientes de acuerdo a diferentes variables asociadas a morbi-mortalidad y presencia de fístula pancreática.

Resultados: En total, 25 pacientes fueron llevados a cirugía de pancreatometomía distal y subtotal, por vía abierta en 16 casos (92 %) y por vía laparoscópica dos casos (8 %). Se hizo resección multivisceral en 16 pacientes (64 %). La tasa de mortalidad a 30 días fue del 4 % (1/25). El reporte histopatológico indicó un proceso neoplásico maligno en 16 casos (64 %). La incidencia de fuga bioquímica (grado A) fue de un 12 %. La tasa de reoperación fue del 4 %.

Conclusiones: La pancreatometomía distal y subtotal son procedimientos no exentos de complicaciones postquirúrgicas, sin embargo, su proporción es menor en comparación a la pancreatoduodenectomía. Nuestro equipo ha realizado procedimientos laparoscópicos, lo cual es una alternativa favorable en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

01 - ID721

Pancreatometomía y resección multivisceral, una gran controversia: Caminando más allá de la frontera

Cristian Eduardo Tarazona Leon; Mauricio Vanegas Ballesteros; Laura Juliana Rengifo Quintero; Gianmarco Camelo Pardo; Fabio García

Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: Las neoplasias pancreáticas se asocian a mal pronóstico por el tiempo de la intervención y el diagnóstico, sumado a las comorbilidades de cada paciente. Su presentación clínica se caracteriza por dolor abdominal y pérdida de peso, con presencia biomarcadores tumorales elevados. Las resecciones radicales aumentan

la negatividad de los márgenes y la sobrevida. Una alternativa quirúrgica radical en estadios avanzados de la neoplasia pancreática puede llevar a un aumento significativo en la sobrevida de los pacientes comparado con los pacientes con terapia coadyuvante, paliativa o sin posibilidad de resección quirúrgica. El objetivo de este estudio fue determinar las características de los pacientes a quienes se les realizó, en un periodo de 12 años.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de la base de datos de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta, Colombia, con pancreatectomía y resección multivisceral, entre los años 2011 y 2022.

Resultados: En total fueron 32 pacientes, 18 mujeres y 14 hombres, con edad promedio de 58 años. El principal síntoma fue dolor abdominal (n=26). La etiología más frecuente fue el adenocarcinoma del páncreas (n=11). Los órganos resecados junto con la pancreatectomía fueron bazo (n=20) y estómago distal (n=). Se presentaron complicaciones en 13 pacientes (fistula pancreática, hemorragia posquirúrgica, absceso, fuga anastomótica). La sobrevida de 23 pacientes fue a 3 meses.

Conclusiones: La resección multivisceral es una alternativa controvertida en diferentes estudios clínicos, debido a sus beneficios en estadios avanzados de la neoplasia pancreática. Consideramos que se debe contemplar la probabilidad de cruzar la frontera quirúrgica actual, con miras al beneficio de ampliar la sobrevida de los pacientes, acompañado siempre del manejo multidisciplinario.

01 - ID981

Pancreatoduodenectomía laparoscópica. ¿Es el estándar de oro? Ocho años de experiencia en un centro de alta complejidad en Bogotá, Colombia

Oscar Luis Padrón Pardo; Arnold José Barrios Parra; William Hernando Salamanca Chaparro; Manuel Fernando Riveros Dueñas; Jaime Andrés Muskus García; Cielo Milena Uscátegui Moreno; Andrés Felipe Avila Forero; Diana Milena Muñetones

Buitrago; Cristian Camilo Páez Cancelado
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
olpadronpa@unisanitas.edu.co

Introducción: La pancreatoduodenectomía laparoscópica es un procedimiento mínimamente invasivo complejo y avanzado, diseñado para extirpar masas o lesiones del confluente biliopancreático, que representa un reto para el cirujano. El objetivo de este trabajo fue presentar la experiencia de 8 años en la Clínica Universitaria Colombia, un centro de alta complejidad en Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Se revisaron datos de las historias clínicas de 143 pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía en la Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C., Colombia, desde el año 2013 hasta el 2021. Se excluyeron 74 casos que correspondían a pancreatoduodenectomía por vía abierta. Se analizaron las variables demográficas, operatorias y oncológicas de los 69 casos intervenidos por vía laparoscópica.

Resultados: A 69 pacientes se les realizó pancreatoduodenectomía laparoscópica con anastomosis tipo Blumgart modificada. Fueron 28 hombres y 41 mujeres, con una mediana de edad de 59,6 años. El tamaño medio del tumor fue de 3,2 cm. Hubo conversión a cirugía abierta en 4 pacientes. El tiempo quirúrgico medio fue de 352,3 minutos y la pérdida de sangre media fue de 377,4 ml. La morbilidad postoperatoria global fue del 31 %. La tasa de fistula pancreática fue del 33,3 %. La estancia hospitalaria media fue de 16,2 días. La mortalidad posoperatoria a 30 días fue de 11,6 % y la mediana de supervivencia fue de 45,7 meses.

Conclusiones: La pancreatoduodenectomía laparoscópica puede convertirse en el estándar de atención para pacientes seleccionados con tumores de la cabeza del páncreas o periampulares, con resultados oncológicos equiparables a la técnica abierta. Su curva de aprendizaje requiere de cirujanos entrenados y centros de alto volumen.

01 - ID633

Quiste hidatídico gigante con compromiso diafragmático, pericárdico y hepático: uso

de circulación extracorpórea para resección hepática mayor. Reporte de caso y revisión de la literatura

Valentina Galvis; Danny Michell Conde Monroy; Mauricio Peláez; Juan Carlos Sabogal Olarte
Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
valentina.galvis@urosario.edu.co

Introducción: La equinococosis es una zoonosis causada por *Echinococcus*, un parásito con seis especies descritas. La enfermedad hidatídica es causada por taenias de *Echinococcus*, cuya transmisión en humanos es vía fecal-oral. La principal presentación es quística, con compromiso hepatopulmonar, de predominio en lóbulo hepático derecho, cuyo riesgo latente es el choque séptico secundario a la ruptura intraperitoneal, incrementando el riesgo de mortalidad. El diagnóstico es incidental debido a la lenta progresión de la enfermedad. El manejo indicado es el abordaje quirúrgico, en conjunto con terapia antihelmíntica.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente masculino, en tercera década de la vida, proveniente de zona rural de Colombia, quien fue remitido por cuadro de dolor abdominal y fiebre. Los estudios imagenológicos evidenciaron una lesión quística con compromiso torácico y hepático.

Resultados: El paciente fue intervenido en dos tiempos quirúrgicos, en conjunto entre cirugía hepatobiliar, de tórax y cardiovascular; el segundo tiempo con asistencia de circulación extracorpórea, dado el hallazgo intraoperatorio de infiltración a vena cava retrohepática. Como resultado, se logró la resección radical de la enfermedad.

Conclusiones: La equinococosis es una zoonosis endémica de áreas rurales, con una amplia distribución geográfica. El equinococo granuloso es causante de la presentación quística, asintomática, por lo que su diagnóstico es tardío. Es necesario un abordaje individualizado, mixto, quirúrgico y médico. En casos con compromiso cardíaco o de grandes vasos existe literatura sobre el uso de circulación extracorpórea como estrategia para lograr estabilidad hemodinámica intraoperatoria y la resección total de la enfermedad. Así se evita

el alto riesgo latente de diseminación sistémica, sepsis y recaída.

01 - ID525

Resultados de supervivencia de hepatectomía en las metástasis hepáticas del cáncer gástrico. Una revisión sistemática y un metaanálisis de los factores de riesgo

Danny Michell Conde Monroy; Juan Carlos Sabogal Olarte; Carlos Eduardo Rey Chaves; Milciades Ibáñez; Andrés Isaza Restrepo; Felipe Girón Arango; Marco Venegas; Timo Siepmann; Rafael Ibáñez; Daniela Ayala Olaya

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
condedanny889@gmail.com

Introducción: El cáncer gástrico es la tercera causa de muerte por cáncer en todo el mundo. La enfermedad en estadios avanzados es una contraindicación para la cirugía. Algunos estudios han demostrado los beneficios respecto a la supervivencia de pacientes con cáncer gástrico tras la hepatectomía para las metástasis hepáticas (GCLM).

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura, desde el año 2000 hasta el 2022, donde se incluyeron estudios prospectivos y retrospectivos sobre los resultados de supervivencia después de la hepatectomía para el GCLM. Se analizaron datos de supervivencia asociado a un metaanálisis de factores pronósticos. Se construyó una metarregresión para evaluar la supervivencia global y los factores pronósticos.

Resultados: Fueron incluidos 55 estudios, con un total de 1990 pacientes. La supervivencia global a 1, 3 y 5 años fue de 69,8, 34,8 y 24,7 meses, respectivamente. La supervivencia libre de enfermedad fue del 41,4 % a un año, 23,2 % a tres y 20,2 % a cinco años. La presentación metacrónica, el tamaño tumoral hepático pequeño, el estadio ganglionar temprano, la resección R0 y el compromiso unilobar se asociaron con mejor supervivencia global. La presentación metacrónica, el tamaño del tumor primario y una metástasis solitaria fueron factores positivos sobre el tiempo de supervivencia libre de enfermedad.

Conclusiones: La hepatectomía para pacientes con GCLM es segura y ha demostrado mejores resultados de supervivencia. El reconocimiento de los factores pronósticos es imprescindible en la selección de los casos mediante un enfoque multidisciplinario.

Cirugía vascular

01 - ID780

¿Cuándo revascularizar la arteria subclavia izquierda durante cirugía de aorta? Reporte de un caso

Luis Felipe Cabrera Vargas; Fernando Mejía; Rodolfo Barrios Mejía; Jorge Andrés Castrillón Lozano; Juan Andrés Lozano Arce

Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.; Clínica Colombia; Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín

luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: La proximidad de las patologías de la aorta torácica a la arteria subclavia izquierda en ocasiones ha requerido la cobertura intencional de este vaso. La revascularización de la arteria subclavia izquierda durante la reparación de aorta se asocia con un mayor riesgo de complicaciones.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 57 años, con dolor en miembro superior izquierdo con ejercicio, debido a un tumor apical del pulmón izquierdo que rodeaba los vasos subclavios, de crecimiento progresivo, alcanzando 15 x 20 cm. Mediante biopsia trucut se confirmó angioliangioma pleuropulmonar izquierdo. Se decidió llevar a resección quirúrgica en conjunto con cirugía de tórax.

Resultados: Se preservó la vena subclavia y se ligó la arteria subclavia en su porción postescalénica, pero perdió el pulso radial izquierdo y desarrolló de isquemia aguda de la extremidad superior izquierda, con hipotermia mucocutánea, por lo que se hizo revascularización intraoperatoria con puente subclavio axilar preescalénico con injerto de dracón.

Conclusiones: Se ha encontrado evidencia no significativa que favorece la revascularización de

la arteria subclavia izquierda. Las pautas de la Sociedad de Cirugía Vascular recomiendan que se considere la cobertura de la arteria subclavia izquierda en la mayoría de los casos electivos y que la revascularización se realice en condiciones anatómicas específicas. Las investigaciones futuras deben tener como objetivo definir subgrupos de pacientes en quienes les sería beneficioso la revascularización y en quienes no les sería útil.

01 - ID417

Clinical outcomes of patients with Stanford type B aortic dissection treated with endovascular thoracic aortic repair: a case series from a Latin American single-center

Douglas Cáceres Castrillón; Luis Felipe Cabrera Vargas; Camilo Bautista Vacca; María Camila Pinzón Molina; Doménica Acevedo López; Nicole Andrea Acevedo López; Iván David Lozada Martínez

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Capítulo Futuros Cirujanos ACC

Dougcace1944@gmail.com

Introduction: Stanford type B aortic dissection causes significant morbidity and mortality. In Latin America, endovascular techniques have only recently been introduced, so there is not much evidence that has described the outcomes of their use. The aim of this study is to describe the clinical outcomes of patients with Stanford type B aortic dissection treated with endovascular thoracic aortic repair for a period of 14 years.

Methods: A retrospective case series study was carried out in Bogotá. Patients older than 18 years, with a diagnosis of Stanford type B traumatic aortic dissection by computed tomography angiography were included. Perioperative and postoperative outcomes were evaluated, with follow-up at 1 year.

Results: Eight patients were included, of whom five (62.5%) were men. The median age was 71.2 years. Of these, two patients (25%) had an indication for pharmacological medical management, while six (75%) required endovascular surgery. Of the patients who underwent endovascular management, one required conversion to open surgery, and two died in the first 30 days after the

procedure. The length of hospital stays for patients who received medical therapy was 5 days (vs. 12 days), with one day of stay in intensive care (vs. 4.87 days).

Conclusions: A low rate of complications and mortality was evidenced in the endovascular management of Stanford type B aortic dissection, being null in those with uncomplicated clinical presentation. However, both hospitalization and intensive care unit stay was twice as long in those who received endovascular management compared to medical therapy.

01 - ID536

Dissección aórtica aguda tipo B: Reto diagnóstico

Axel Adonai Tolstano; Jesús David Gómez Barrios; Natalia María Gómez Cadavid; María Eduarda Torres de Franca; Laura Estefanía Aguilera Caro; Iván Javier Rodríguez Acosta; Luis Ariza

Universidad Libre de Colombia – seccional Barranquilla; Organización Clínica General del Norte, Barranquilla
tolstano@hotmail.com

Introducción: La disección aórtica aguda hace parte del síndrome aórtico, en donde se involucra la ruptura de la íntima del vaso, generando una luz falsa que afecta el flujo y volumen sanguíneo efectivo a sus afluentes. Es una patología con altos índices de mortalidad temprana, oscilando entre el 10 y el 15 % de los casos. Una vez se diagnostica es considerado una urgencia quirúrgica. La patología coronaria multivaso, asociada a disección tipo B de Stanford, está poco relacionada en la literatura, por lo que el objetivo de este trabajo fue describir el siguiente caso.

Métodos: Paciente femenina de 77 años, con antecedente de hipotiroidismo e insuficiencia cardíaca crónica, que ingresó con cuadro clínico de dolor retroesternal y se diagnosticó infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, Grace de 122 puntos, con función sistólica moderadamente deprimida y FEVI del 38 %. El cateterismo cardíaco concluyó enfermedad coronaria multivaso. Fue valorada por cirugía cardiovascular quien solicitó revascularización

miocárdica, pero durante la estancia en Unidad de Cuidados Intensivo la paciente presentó deterioro hemodinámico y dolor abdominal.

Resultados: Se realizaron imágenes diagnósticas en donde se observó un hematoma retroperitoneal, por lo que se llevó a laparotomía exploratoria por parte del equipo de Cirugía general. Se drenó un hematoma disecante retroperitoneal de 3000 ml sin hallar sangrado activo de los grandes vasos, por lo que se ordenó un aortograma. En el Angiotac toracoabdominal se evidenció la disección aórtica aguda tipo B de Stanford, hasta las arterias ilíacas.

Conclusiones: Finalmente se hizo reparación endovascular emergente, mediante disección bilateral de arterias femorales. Se avanzó la endoprótesis desde la arteria femoral derecha y se ubicó en zona 4 hacia distal, cubriendo el defecto disecante. El aortograma toracoabdominal mostró permeabilidad de los vasos del arco aórtico y espláncnicos, sin endofuga ni desplazamiento.

01 - ID954

Dissección de la arteria axilar y humeral por uso prolongado de muletas

Jairo Alexander Navarro Botero; Alberto Muñoz
Universidad Nacional de Colombia; Hospital Universitario Nacional, Bogotá, D.C.
janavarrob@unal.edu.co

Introducción: El trauma repetitivo por empleo de muleta axilar puede provocar ruptura y daño de la íntima y media de la arteria axilar o humeral, llevando a la formación de aneurisma, estenosis, trombosis, embolización distal, ruptura o disección. Esta última la presentación menos frecuente. El objetivo de este trabajo fue presentar el caso clínico de un paciente de 56 años con disección de arteria axilar y humeral por el uso prolongado de muletas.

Métodos: Reporte de caso de un hombre de 56 años, con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial y secuelas de poliomielitis, usuario crónico de muletas, con clínica de isquemia aguda de miembro superior izquierdo por disección de arteria axilar y braquial. Previa firma de consentimiento informado se presenta

el caso. Se hizo seguimiento a 60 días posterior a procedimiento quirúrgico.

Resultados: Se realizó exploración quirúrgica de arteria humeral en el tercio medio del brazo y posterior a esto, se hizo derivación con vena safena desde la arteria axilar a la humeral. El paciente tuvo adecuada evolución posoperatoria, sin complicaciones inmediatas. Los pulsos humeral, axilar, radial y cubital eran amplios y simétricos, con perfusión distal adecuada y llenado capilar de menos de 2 segundos. En el control a los 25 y 60 días, no se documentaron alteraciones en la perfusión o la movilidad de la extremidad.

Conclusiones: En los reportes de casos investigados, se muestran lesiones vasculares asociadas a deportes de alto impacto, sin mención a disección por muletas, de ahí la importancia de nuestro reporte de caso.

01 - ID419

Endovascular approach for nutcracker syndrome using an arterial stent: the first Latin American experience

Luis Fernando García; Fernando Arroyo; Carlo Vallejo; Javier Del Castillo; Nicole Moreno; Camilo Bautista; Iván David Lozada Martínez; Santiago Suárez; Nicolás Forero; Luis Felipe Cabrera Vargas
Clínica Colsubsidio, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada; Capitulo Futuro Cirujanos
Luisfergava@gmail.com

Introduction: Nutcracker syndrome (NS) consists of compression of the left renal vein (LRV) between the aorta and superior mesenteric artery, causing renal and regional vascular injury. The current approach consists of open surgery. However, this carries the risk of complications and reintervention. Endovascular management has not yet been explored in Colombia.

Methods: Retrospective case series study evaluating the outcome of 11 patients with NS treated by endovascular balloon approach in LRV and angioplasty with arterial stent, between 2019 and 2022, in Bogota.

Results: All patients were female, with an average age of 45 years. Ten of the cases were anterior NS. None of the cases were due to

secondary causes. The average operative time was 54 minutes, 5 cc of bleeding and hospital stay of 1 day. It was no mortality and 100% of patients resolved symptomatology, with no complications or reoperation during the follow-up period.

Conclusions: This study shows that the endovascular balloon approach and angioplasty with arterial stenting is a safe and cost-effective treatment for NS with low incidence of complications and no need for reintervention in the short-medium term.

01 - ID510

Experiencia con dispositivo HeRO GRAFT (Hemodialysis Reliable Outflow)

Alcibiades Aranda Hoyos; Jorge Felipe Tobar Díaz
Universidad del Cauca, Popayán
arandah@unicauca.edu.co

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad crónica no transmisible, asociada a múltiples comorbilidades. A pesar de ser prevenible, su incidencia ha aumentado progresivamente, lo que hace que también aumenten los pacientes que requieren terapia de reemplazo renal vía hemodiálisis. El dispositivo HeRO GRAFT es una opción de acceso vascular definitivo, para pacientes complejos que son dependientes de diálisis, pero tienen agotamiento de accesos vasculares, con trombosis de los ejes axilo-subclavio y yugulo-cava.

Métodos: El dispositivo HeRO GRAFT consta de un componente de flujo venoso de silicona radiopaca, con refuerzo de nitinol trenzado, que va directamente a la aurícula derecha, y un injerto arterial de PTFE, que se anastomosa a la arteria braquial ipsilateral; los dos componentes unidos por un conector de titanio. Se presentan tres pacientes manejados con este sistema.

Resultados: En los 3 pacientes manejados hasta el momento, y con un seguimiento a un año, se ha logrado una TRR efectiva, con un adecuado funcionamiento del dispositivo, el cual se mide por K/tv, volumen de sustitución, velocidad de flujo del sistema, presión venosa estática y recirculación menor al 10 %.

Conclusiones: En pacientes con agotamiento de accesos vasculares para diálisis, el dispositivo HeRO GRAFT es una solución de acceso para hemodiálisis definitiva en pacientes con alta probabilidad de muerte asociada a disfunción del acceso. El objetivo de este dispositivo es aumentar el tiempo de espera para posibilidad de trasplante.

01 - ID885

Fístula traqueo - tronco braquiocefálico postraqueostomía: Manejo de una complicación potencialmente mortal

Nikson Mogollón Martínez; Margarita Martínez Villate; Hernán Darío Fernández Cuartas; Katty Carolina Cuadrado Nieves; Oscar Flórez Molinares
Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena
nikson.mogollon@chsm.com

Introducción: Las complicaciones asociadas a lesiones vasculares al momento de realizar una traqueostomía se pueden presentar de manera intraoperatoria, posoperatoria inmediata o tardía. La fístula traqueo-innominada es una complicación poco frecuente, sin embargo, se encuentra asociada a una alta mortalidad (90 %), por lo cual es de vital importancia describir estas lesiones y sus posibles manejos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, tipo reporte de caso en un centro de alta complejidad.

Resultados: Paciente masculino de 12 años, con antecedentes de parálisis cerebral infantil y epilepsia focal sintomática, portador de traqueostomía y gastrostomía posterior a hospitalización en unidad de cuidados intensivos por cuadro de neumonía bronco-aspirativa. Fue traído a urgencias cursando con sangrado por las paredes de la traqueostomía, por lo que se llevó a cirugía para su revisión. Presentó hallazgos intraoperatorios de lesión traqueal distal a la traqueostomía, con lesión vascular del origen del tronco arterial braquiocefálico con extensión proximal al arco aórtico, que requirió manejo en conjunto con cirugía general y cirugía cardiovascular de manera urgente.

Conclusiones: Existen diversos factores que pueden contribuir a la aparición de una fístula

traqueo-innominada, tales como la edad, la técnica empleada, comorbilidades del paciente o alteraciones anatómicas. Al presentarse, usualmente se asocian a hemorragias masivas que ponen en riesgo la vida del paciente. La sospecha o identificación temprana de la misma permite un mejor desenlace.

01 - ID911

Hemorragia exanguinante por ruptura de fístula arterio-venosa, reporte de un caso

Henry Armando Giraldo Salazar; Jhon Jairo Berrío Caicedo

Universidad del Valle; Fundación Hospital San José de Buga

henry.giraldo@correounivalle.edu.co

Introducción: Entre los tratamientos de la enfermedad renal en etapa terminal esta la hemodiálisis, que requiere uno de varios accesos vasculares, como catéter venoso central, injerto arterio-venoso o fístula arterio-venosa. Esta última es la primera opción de acceso vascular permanente, sin embargo, entre sus complicaciones están infección, pseudoaneurisma, hipertensión venosa, síndrome de robo arterial, estenosis y hemorragia, que es una emergencia quirúrgica potencialmente fatal, que se puede presentar de manera espontánea, durante la diálisis o, inclusive, como intentos suicidas o heridas traumáticas.

Métodos: Reporte de caso mediante revisión de la historia clínica de un paciente atendido en el Hospital San José de Buga.

Resultados: Masculino de 56 años, hipertenso y con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, quien consultó por hemorragia de 3 horas tras ruptura espontánea de fístula arterio-venosa del miembro superior derecho, que no cedió con compresión directa ni vendaje compresivo. Fue llevado a cirugía donde se aplicaron medidas transitorias, se exploró la anastomosis vascular, identificando y disecando la fístula arterio-venosa, para proceder con el cierre de la misma y control definitivo del sangrado.

Conclusiones: Las fístulas arteriovenosas tienen complicaciones que rara vez amenazan la vida, sin embargo, hay casos en que la hemorragia

desde la fístula puede ser exanguinante, por lo cual tiene gran importancia saber realizar el manejo quirúrgico urgente.

01 - ID647

Manejo de trauma de carótida

David Benítez Bermúdez; Alexander Salcedo; Michael Zapata Palomino; Jhon Jairo Berrío Caicedo
Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
davini137@hotmail.com

Introducción: El trauma de carótida penetrante puede presentarse en diferentes escenarios, como pacientes asintomáticos, inestables, con síntomas neurológicos, en coma o con oclusión de vías respiratorias, lo que hace que la intervención quirúrgica sea un desafío, con opciones que incluyen reparo, ligadura o manejo endovascular. El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión del tema para generar un algoritmo de manejo, con base en la literatura más recientemente publicada.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura publicada en los últimos 15 años en Embase, pubmed, NEJM, Cochrane, The Journal of Trauma, Journal of the American College of Surgeons y Colombia médica, seleccionando publicaciones relacionadas con el manejo del trauma de carótida.

Resultados: Los artículos revisados proponen diferentes manejos de acuerdo con el escenario clínico del paciente. No se encontró una decisión uniforme de los autores con respecto a la ventana terapéutica, que oscila entre 4 y 6 horas. Los pacientes se clasificaron en 3 grupos: 1) paciente estable, respondedor, sin sangrado activo, 2) paciente inestable, no respondedor o con sangrado activo, y 3) paciente en coma. Con base en la mejor evidencia y considerando el tiempo de evolución, la presencia de síntomas neurológicos y la presencia o no de flujo distal en el momento del procedimiento, se determinó la alternativa terapéutica, que incluye: manejo conservador, endovascular, quirúrgico con reparo o ligadura.

Conclusiones: Basado en los resultados, se propone un algoritmo de manejo para dar al cirujano herramientas para tomar la mejor

decisión al momento de enfrentarse a un paciente con trauma penetrante de carótida.

01 - ID783

Manejo quirúrgico de aneurisma disecante de la arteria mesentérica superior en paciente pediátrico

Sebastián David Contreras Páez; Paula Camila Flórez Amaya; Camilo Andrés Polanía Sandoval; Jaime Camacho Mackensie; Santiago Correa Salazar
Fundación Cardioinfantil - La Cardio, Bogotá, D.C.
sebastiancopa@unisabana.edu.co

Introducción: Los aneurismas de las ramas viscerales de la aorta abdominal son inusuales en los niños, representando menos del 0,1 % de los aneurismas vasculares. Los aneurismas de la arteria mesentérica superior (AMS) corresponden al 5,5 % de los aneurismas viscerales. Su aparición en niños es anecdótica.

Métodos: Reporte de caso de una niña de 10 años, que presentó disección aguda de la AMS y fue llevada a un reparo quirúrgico abierto con un injerto autólogo de safena.

Resultados: Una niña de 10 se presenta a urgencias con cuadro de angina mesentérica. Después del abordaje inicial, se solicitó tomografía computarizada abdominal, evidenciando ectasia del origen de la AMS, asociado a un flap de disección. Tras el abordaje interdisciplinario, se consideró que era una paciente con probable colagenopatía, dado la presencia de rasgos físicos subyacentes, que presentó una disección espontánea de la AMS, por lo que requirió tratamiento quirúrgico primario. La paciente fue sometida a cirugía observando un pseudoaneurisma de AMS con un cuello de 1 cm, sin afectación de ramas, con trombo y disección desde el ostium. Se practicó una derivación aorto-mesentérica quirúrgica abierta con injerto de vena femoral invertida. Fue llevada a cierre diferido de la pared abdominal un día después. Ambos procedimientos se realizaron sin complicaciones. Tuvo una adecuada evolución en el control posoperatorio.

Conclusiones: Los aneurismas de AMS son una entidad clínica inusual en la edad pediátrica,

usualmente relacionado a desordenes de tejido conectivo, infecciones o trauma. Tener una alta sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo y clínica sugestiva delimita una detección temprana y la posibilidad de un manejo quirúrgico oportuno.

01 - ID448

Masa retroperitoneal gigante asociada a leiomiomatosis intravascular

Diego Felipe González Patiño; Johan Yesid Beltrán Neira; Mauricio García Mora; Juliana Patricia Correa González; Francisco Javier Molina Sánchez
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
difgonzalezpa@unal.edu.co

Introducción: Los tumores intracavos son entidades poco frecuentes, relacionados con neoplasias y principalmente derivados de útero o riñón.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 49 años, con una masa gigante retroperitoneal de 5 años de evolución, sospechosa de leiomioma, que fue remitida por disnea, ascitis y trombosis de la vena cava.

Resultados: Adicionalmente se evidenció un tumor en la vena cava inferior que extendía hasta las cavidades cardíacas. Se llevó a cirugía para resección de la masa retroperitoneal, histerectomía radical, salpingo-ooforectomía bilateral y cavotomía infrarrenal, con resección completa de la lesión intravascular. La evolución fue adecuada. El reporte de patología informó una masa compatible con tumor de potencial maligno incierto de músculo liso uterino y de tumor intracavo compatible con leiomiomatosis intravascular.

Conclusiones: La leiomiomatosis intravascular es una complicación potencialmente mortal. Debe sospecharse en contexto de tumor pélvico asociado con disfunción o masa de cavidades derechas, o con trombosis venosa profunda. Presenta como diagnóstico diferencial el componente de trombosis y de carcinoma de células renales. La resección completa es curativa y, dependiendo de la extensión y complejidad

intracardiaca y/o intravascular, suele requerir uno o dos procedimientos (resección de la masa abdominopélvica y del componente torácico). En el contexto de la baja frecuencia de los tumores intracavos y su alto porcentaje de asociación con neoplasias benignas uterinas, a pesar de la dificultad técnica, se debe optar por la resección completa, dado el alto riesgo de complicaciones y mortalidad.

01 - ID615

Pseudoaneurisma espontáneo del tronco tirocervical: reporte de un caso

Henry Armando Giraldo Salazar; David Benítez Bermúdez; Jhon Jairo Berrío Caicedo
Fundación Hospital San José de Buga; Universidad del Valle
henry.giraldo@correounivalle.edu.co

Introducción: Los pseudoaneurismas del tronco tirocervical son complicaciones raras, que suelen presentarse por lesión arterial al paso de catéter central o de hemodiálisis, pero también tras trauma penetrante o contundente. En la literatura solo encontramos reporte de un pseudoaneurisma del tronco tirocervical de aparición espontánea, el cual se presentó en un paciente pediátrico.

Métodos: Reporte de caso, mediante la revisión de la historia clínica en la Fundación Hospital San José de Buga, de una paciente femenina de 87 años, hipertensa e hipotiroidea, que consultó por masa deformante en cuello, de tres meses de evolución, indolora, con diámetro de 3 centímetros. Negó trauma, punciones o procedimientos quirúrgicos asociados. Al doppler se observó flujo irregular de entrada y salida, y la angiotomografía demostró origen del tronco tirocervical. Tras ocho semanas creció 2 cm y se hizo dolorosa.

Resultados: Debido al alto riesgo de persistencia sintomática, el dolor generado, el gran tamaño de la lesión y el riesgo de sangrado, se decidió manejo quirúrgico. Se encontró una masa de 6 x 4 centímetros, con flujo turbulento visible y dependiente del tronco tirocervical. En el posquirúrgico experimentó desaparición de dolor y deformidad.

Conclusiones: Este corresponde al primer caso en paciente adulto de un pseudoaneurisma del tronco tirocervical espontáneo manejado de forma quirúrgica. Dado lo raro de esta alteración, los escasos casos en la literatura y la ausencia de reportes de aparición espontánea en adultos, aún no se dispone de comparaciones objetivas que permitan dilucidar cuál es la mejor forma de tratamiento.

01 - ID943

Pseudoaneurisma de arteria radial y cubital postraumático, con bifurcación alta de la arteria radial, variante anatómica y reporte de un caso

Ana María Botero Mora; Lina María Botero Mora; Robinson Andrés Orjuela Correa
Hospital San Vicente Fundación Rionegro
boteromora@gmail.com

Introducción: Los pseudoaneurismas del miembro superior son causados por trauma, penetrante o cerrado. En el trauma penetrante, las presentaciones tardías son infrecuentes. Debido a los eventos isquémicos, su manejo estándar es quirúrgico. Las variantes de la arterial braquial están presentes en el 25 % de los casos, lo que es importante para guiar el manejo definitivo.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 40 años, con historia reciente de herida por arma de fuego de carga múltiple en el brazo. La angiotomografía mostró una variante anatómica y oclusión de la arteria braquial distal, reconstitución de vasos distales y artefactos, y la arteriografía permitió visualizar oclusión de la arteria braquial en el tercio distal del brazo, que se originaba en las arterias interósea y cubital, con llenado retrógrado, con permeabilidad de la arteria radial. El paciente tenía la extremidad perfundida, con pulsos distales palpables, por lo que se manejó con anticoagulación.

Resultados: El paciente reingresó por sensación de masa, dolor y cambios de coloración de la piel. La nueva angiotomografía reportó un pseudoaneurisma de la arteria braquial, con la variante anatómica descrita. Se llevó a cirugía

para resección del pseudoaneurisma y reparo de las arterias radial y cubital con injerto de safena invertida, en una bifurcación alta de la arteria braquial en el tercio superior del brazo. La evolución fue satisfactoria, sin complicaciones perioperatorias, y el paciente fue dado de alta una semana después.

Conclusiones: Los pseudoaneurismas de la arteria braquial por trauma penetrante son menos frecuentes que en los miembros inferiores, y su manejo es quirúrgico. No se encontraron reportes en la literatura de esta lesión vascular asociada a la variante anatómica descrita.

01 - ID829

Reparación abierta de aneurisma aórtico abdominal inflamatorio roto

Camila Andrea Otero Payares; Jader José Otero Arroyo; Dilia Fontalvo Rivera; Andrea Otero Atencia; Valentina Arias Macea
Unidad Médica Vasculardr. Jader Otero, Montería
camilaotero26@gmail.com

Introducción: Los aneurismas inflamatorios de aorta abdominal (IAAA) son entidades clínicas raras, que representan del 4 % al 7 % de todos los AAA. Se caracterizan por engrosamiento de la pared aórtica, fibrosis periaórtica o retroperitoneal y adherencia de órganos paraaórticos.

Métodos: Paciente masculino de 65 años de edad, sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico consistente en dolor en hipogastrio, irradiado a miembro inferior izquierdo, de 1 mes de evolución. Se encontró masa pulsátil que iba desde el hipogastrio al epigastrio. Se realizó ecografía de abdomen total que mostró un aneurisma de aorta abdominal, por lo que se solicitó Angiotac de tórax, abdomen y pelvis que evidenció dilatación aneurismática de la aorta abdominal, en su porción pararenal, que comprometía la arteria renal derecha y se extendía hasta las arterias ilíacas, con diámetro anteroposterior máximo de 96 mm.

Resultados: Se indicó resección del aneurisma de aorta abdominal con baipás aorto-biilíaco (derecho e izquierdo), con prótesis de dacrón bifurcada de 14x7 mm. El día de la cirugía, al

iniciar la preparación operatoria, el paciente presentó hipotensión, dolor abdominal intenso y pulsos periféricos no palpables. A la resección del aneurisma de aorta abdominal se evidenció hemorragia retroperitoneal y pared aórtica fibrosada, con área de necrosis. Se tomó biopsia para confirmar diagnóstico, la cual informó infiltrado inflamatorio mediado por polimorfonucleares y linfoplasmocitos.

Conclusiones: La reparación quirúrgica abierta de la IAAA garantiza una regresión del proceso inflamatorio en la mayoría de los pacientes, pero es un desafío que conlleva un mayor riesgo perioperatorio y una mayor tasa de infección a largo plazo.

01 - ID918

Terapia endovascular del trauma aórtico: Reporte de un caso

Ana María Botero Mora; Lina María Botero Mora
Hospital San Vicente Fundación de Rionegro
boteromora@gmail.com

Introducción: El trauma cerrado de aorta torácica es la segunda causa de muerte en pacientes con trauma, con una mortalidad hasta del 80 %. El mecanismo más frecuente es en accidentes de tránsito. La mayoría de los pacientes presentan lesiones asociadas. La angiogramografía es el estudio de elección y actualmente, la terapia endovascular es el manejo estándar en pacientes con trauma grado II a IV, con tasas de mortalidad menores al compararse con el manejo quirúrgico.

Métodos: Paciente masculino de 62 años con politraumatismo secundario a accidente de tránsito, que ingresó inestable hemodinámicamente, documentándose fractura inestable de pelvis, sangrado activo, fracturas en miembros inferiores y trauma de aorta grado III, con ruptura del istmo aórtico. Se realizó control de daños en pelvis y extremidades con mejoría de su estado hemodinámico y posteriormente se llevó a terapia endovascular. No había zona de anclaje seguro posterior a arteria subclavia, por lo que se desplegó endoprótesis torácica posterior a la arteria carótida izquierda.

Resultados: Se logró cubrimiento de la ruptura aórtica, permeabilidad de las arterias innominada y carótida izquierda y flujo retrógrado subclavio vía vertebral. El paciente recibió manejo quirúrgico definitivo de las lesiones concomitantes. En seguimiento a dos años, sin evidencia de endofugas ni claudicación del miembro superior izquierdo.

Conclusiones: La terapia endovascular es el manejo estándar en el trauma cerrado de aorta torácica grado II a IV, con menores tasas de complicaciones. La mortalidad está relacionada directamente con las lesiones concomitantes, por lo tanto, no deben ser obviadas en el manejo multidisciplinario.

01 - ID421

The transmural aortic-endograft anastomosis technique: a novel open approach to type IA endoleaks

Fernando Mejía; Juan Varela; Juan Fernando Muñoz; Manuel Hosman; Manuel Fernando Riveros Dueñas; Isabel Cristina Brito Rojas; Paulo Andrés Saavedra; Iván David Lozada Martínez; Luis Felipe Cabrera Vargas

Clinica Colombia; Clinica Reina Sofia; Universidad Militar Nueva Granada; Unisanitas; Capitulo Futuros Cirujanos ACC
Fermejvillate@gmail.com

Introduction: The reported incidence of type I endoleaks is 4.3% at 5 years after endovascular abdominal aortic aneurysm repair (EVAR). We report a novel technique (transmural aortic-endograft anastomosis technique) with no need of aortic neck clamping, minimal bleeding and a short operative time, that was successfully performed in a patient with increased neck diameter after EVAR.

Methods: A 91-year-old male patient with history of stage III chronic kidney disease in pre-dialysis, arterial hypertension and smoking. Months before, he received EVAR, developing endoleak type IA. Using the aortic doppler ultrasound guidance, a 18-mm polyester tube graft was cut to create a long pledget (5 cm x 1 cm) and was used it to reinforce the external transfixing suture of the affected aortic neck wall to the type 1A endoleak aortic endograft

segment using a 3-0 vascular polypropylene suture, sealing the endoleak without bleeding and no need of aortic clamping, creating the transmural aortic-endograft anastomosis.

Results: Recent series report that renal failure after open infrarenal aortic aneurysm repair occurs in 1 to 13% of cases. Infrarenal clamping is associated with reduced renal clearance and perfusion by up to 40%. Our novel transmural aortic-endograft anastomosis technique avoids the use of aortic clamping, achieving a renal failure risk of 0% with a minimal risk of bleeding.

Conclusions: The technique would be applicable to any conventional self-expandable stent graft, but the benefit would theoretically be greater in those patients with borderline renal function. This technique could be compatible with any stent graft system.

Nutrición y metabolismo quirúrgico

01 - ID922

Protocolo de estudio: Soporte metabólico y nutricional integral en pacientes de cirugía cardiovascular en Colombia

Michael Johannes Dennis Halley; Felipe Casas Jaramillo; Paulo Andrés Cabrera Rivera; Carlos José Pérez Rivera; Camilo Andrés Polanía Sandoval; Camilo Alejandro Velandia Sánchez; María Paula Gamboa Bernal

Fundación Cardio Infantil - La Cardio, Bogotá, D.C.
dennismichael195@gmail.com

Introducción: Los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas cardiovasculares presentan mayor fragilidad y comorbilidades secundarias a su patología de base, lo cual incrementa la probabilidad de presentar algún tipo de riesgo nutricional. Adicionado al hecho de que la malnutrición es un factor determinante para el desenlace y evolución postoperatoria, la malnutrición en este grupo de pacientes se asocia a mayores complicaciones y estancia hospitalaria. Por ende, resultaba fundamental establecer la proporción de desnutrición en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en nuestra institución.

Métodos: Se realizará un estudio observacional, analítico, de corte transversal, en cual se incluirán los pacientes mayores de 18 años sometidos a un procedimiento quirúrgico cardiovascular en la Fundación Cardioinfantil - La Cardio, durante el período comprendido entre agosto de 2022 y febrero de 2023.

Resultados: Mediante la realización de este proyecto se espera encontrar que los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos cardiovasculares en La Fundación Cardioinfantil - La Cardio, tengan una proporción de malnutrición similar a lo reportado en la literatura.

Conclusiones: En la Fundación Cardioinfantil - La Cardio se realizan un gran número de intervenciones cardiovasculares al año. Conociendo que en un alto porcentaje de dichos pacientes se presenta un riesgo nutricional perioperatorio, resulta importante categorizar el perfil nutricional de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en nuestra institución, con el fin de establecer intervenciones perioperatorias asociadas a la nutrición, mejorando desenlaces de estos pacientes.

Oncología quirúrgica

01 - ID521

Acerca de un caso: fibromatosis mesentérica

Juan Alberto Espinosa; Jesús David Gómez Barrios; Natalia María Gómez Cadavid; Rafael Eduardo Arraut Gámez; Laura Estefanía Aguilera Caro; Iván Javier Rodríguez Acosta; Ana María Ríos Giraldo

Universidad Libre de Colombia - seccional Barranquilla
jespinosavasquez@yahoo.com

Introducción: La fibromatosis mesentérica es un tipo de tumor dismoide, con un crecimiento rápido de células fibroblásticas, que afecta principalmente el mesenterio de intestino delgado. Tiene características histológicas benignas y no suele generar reacción inflamatoria sistémica. Es muy baja la incidencia y su presentación clínica puede darse como poliposis colónica familiar o masa abdominal aislada, como el actual caso clínico.

Métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 44 años, sin antecedentes patológicos conocidos, con cuadro caracterizado por dolor abdominal, sensación de pesadez e intolerancia de la vía oral. Al consultar se realizó resonancia magnética nuclear de pelvis que concluyó lesión peritoneal encapsulada, con múltiples refuerzos en su interior septal, con formación de niveles en su interior de 97 x 77 x 90 mm, 349 cc. Se procedió a tomar biopsia percutánea, con hallazgos sugerentes de schwannoma vs sarcoma de bajo grado, por lo que se decidió la necesidad de intervención quirúrgica.

Resultados: Se realizó laparotomía exploratoria con hallazgo de masa a nivel de la raíz del mesenterio de yeyuno, comprometiendo el asa intestinal en sus bordes anti mesentéricos, por lo que se practicó exéresis de la tumoración con márgenes de seguridad, resección de yeyuno más anastomosis. El paciente cursó la recuperación inmediata en Unidad de Cuidados Intensivos, con adecuada evolución postoperatoria y fue trasladado a hospitalización luego de 4 días. Se recibió reporte final de patología, con hallazgo de fibromatosis mesentérica, excluyendo las presunciones de la biopsia inicial.

Conclusiones: Se confirmó una patología de origen benigno, de muy baja incidencia. Siendo así, el procedimiento quirúrgico, con fines diagnósticos y terapéuticos, fue curativo, sin requerimiento de más intervenciones o terapias coadyuvantes.

01 - ID748

Complicaciones en cirugía de Whipple, experiencia de un centro de IV nivel en Bogotá, Colombia

Liliana Cuevas López; Elio Fabio Sánchez Cortés; Francisco Javier Henao; Laura Bravo Rey

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.

lcl92@hotmail.com

Introducción: La pancreatoduodenectomía proximal (PDP) constituye el procedimiento quirúrgico de elección para el manejo de la patología neoplásica de la cabeza del páncreas, la ampolla duodenal o la vía biliar distal. Representa un reto quirúrgico dada la complejidad técnica y

la alta tasa de morbimortalidad. El objetivo de este estudio fue determinar las características demográficas y clínicas, la morbilidad y mortalidad perioperatoria, de los pacientes llevados a PDP en el Hospital Universitario San Ignacio, en Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes llevados a PDP en los últimos 12 años. Se tomaron los registros de la historia clínica de SAHI, se recopilaron y almacenaron en la aplicación web REDCap.

Resultados: Durante el periodo de tiempo establecido, 93 pacientes se sometieron a PDP. La localización más usual fue la cabeza del páncreas (45 %) y el adenocarcinoma fue la histología tumoral más frecuente (73 %). El abordaje fue por vía abierta en el 100 % y sin preservación pilórica en el 57 %. Hubo un promedio de 14,1 ganglios resecaos y resecciones R0 en el 95 % de los casos. Las complicaciones más comunes fueron la infección del sitio operatorio (ISO) (28 %), fistula pancreática (23 %) y fuga biliar (23 %). La mortalidad postoperatoria fue del 12,9 %. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre ISO y antecedente de stent biliar ($p < 0,004$).

Conclusiones: Los resultados encontrados son similares a la mayoría de las cohortes descritas en la literatura. Realizar la descripción de cohortes como esta, es un paso inicial y fundamental para construir la excelencia de centros experimentados en la realización de PDP, pues permite identificar las características demográficas, clínicas, técnicas y las relacionadas con la morbilidad y mortalidad, susceptibles de abordar y mejorar.

01 - ID1004

Consideraciones quirúrgicas y aproximación a una gran masa adrenal productora de DHEA

José Daniel Guerra Toro; Fernando Arias Amézquita; Alma Vanessa Burbano Erazo

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.;

Universidad de los Andes

jdguerrat@gmail.com

Introducción: Los tumores productores de hormonas sexuales son infrecuentes y suelen ser malignos si son feminizantes. Presentamos

el caso de un paciente masculino de 63 años, con antecedente de cáncer pulmonar, posterior a haber recibido radio y quimioterapia, quien consultó por dolor abdominal, con pérdida de la libido, pero sin pérdida de peso. Al examen físico se palpó una masa pétreo sin adenomegalias y ginecomastia.

Métodos: La tomografía abdominal mostró una masa retroperitoneal sólida de 18x15 cm, que desplazaba estructuras intraabdominales en hipocondrio izquierdo. Este paciente tenía aumento de DHEA y el PET descartó focos hipermetabólicos.

Resultados: Se realizó laparotomía encontrando una masa retroperitoneal de 30 cm, hipervascularizada, que involucraba el confluente esplenoportal; se logró resección total. En cirugía se contó con la participación de urología, para evaluar viabilidad del riñón. También se encontró y reseccó una lesión de 1 cm en la cara anterior del estómago, sin otros hallazgos en hígado o peritoneo. El paciente se trasladó a la unidad de cuidado intensivo para el manejo posoperatorio, sin vasopresores; no requirió transfusiones y se dio alta al quinto día postoperatorio, a la espera del resultado definitivo de patología.

Conclusiones: En este paciente con antecedente de cáncer hay mayor sospecha de malignidad. Las guías NCCN recomiendan evaluar funcionalidad de la masa y extensión mediante un PET-CT, y para el tratamiento, hacer resección completa y linfadenectomía, si es anatómica y técnicamente posible. No se recomendaría biopsia ante el riesgo de sangrado e implantes tumorales. El abordaje de preferencia es laparoscópico, a menos que el tamaño lo limite o el potencial de malignidad sea alto, como en este caso. Se puede considerar terapia adyuvante con mitotane o radioterapia.

01 - ID747

Evaluación de la respuesta de la inmunoterapia y terapias dirigidas en pacientes con melanoma avanzado o metastásico manejados en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2010 y 2019

Samuel Rey Robledo; Fernando Carlos Asmar; Elio Fabio Sánchez Cortes; Sergio Cervera
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.
samuelreyrobledo@gmail.com

Introducción: El melanoma es la neoplasia cutánea con mayor mortalidad, responsable de más del 60 % de las muertes asociadas a cáncer de piel. En la última década se han desarrollado nuevas terapias, a partir de estudios tanto del perfil genético de los melanocitos como de la identificación de factores moleculares implicados en la patogénesis de esta neoplasia. No hay reportes en la literatura sobre los desenlaces de estas intervenciones farmacológicas en Colombia, en términos de supervivencia y progresión tumoral. El objetivo de este estudio fue describir los resultados en términos de supervivencia global y libre de progresión tumoral, tanto de la inmunoterapia como de la terapia dirigida (o target), para el tratamiento de pacientes con melanoma en estadios avanzados, en un centro de referencia de la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes que recibieron inmunoterapia y terapia dirigida (o target) para el manejo de melanoma avanzado o metastásico en el Hospital Universitario San Ignacio, en Bogotá, D.C., Colombia, entre el año 2010 y el año 2019.

Resultados: En los pacientes que recibieron terapia con interferón Alfa 2b se observó una mortalidad de 53,8 %. En los pacientes que recibieron inmunoterapia y terapias dirigidas la mortalidad fue de 27,9 %. La mediana de progresión de la enfermedad se observó a los 7 meses en terapia con interferón vs 11 meses en terapia dirigida.

Los efectos adversos relacionados a la administración de la terapia más frecuentes fueron los de tipo neurotoxicidad con la administración del interferón y la elevación de transaminasas con la inmunoterapia y terapia dirigida, siendo en un solo caso una hepatotoxicidad grado IV. El síntoma gastrointestinal más frecuente en la inmunoterapia y terapias dirigidas fue la constipación.

Conclusiones: Se observó que los pacientes con melanoma avanzado o metastásico tratados con inmunoterapia o terapias dirigidas tuvieron menor mortalidad y una mayor supervivencia libre de progresión, en comparación a los pacientes tratados con interferón.

01 - ID796

Implementación de un servicio quirúrgico oncológico en una ciudad intermedia de Colombia

Mariana Ramírez Ceballos; Felipe González; Andrés Camilo Gómez Suaza; Natalia Margarita Abadía Mondragón; Jorge Stiven Jiménez Granados; Angela María Cabezas Restrepo; Susana Lara Muñoz; Rubén Darío Flórez Moreno; Carmen Valeria Brando de Angelis

Clínica San Rafael, Pereira
marianarceballos@gmail.com

Introducción: El cáncer es la segunda causa de mortalidad en Colombia y la cirugía oncológica continúa siendo una parte fundamental en el manejo multidisciplinario de las neoplasias, en conjunto con radioterapia, quimioterapia y terapias sistémicas dirigidas a blancos moleculares. Su papel está descrito en varios momentos durante el manejo de un paciente oncológico, como prevención, diagnóstico, evaluación de la extensión de la enfermedad, tratamiento curativo, complicaciones por la enfermedad o el tratamiento y el manejo paliativo.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, en una cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de cáncer, que fueron manejados por el servicio de cirugía oncológica de la Clínica San Rafael en el año 2022. En enero del año 2022, se creó el grupo de cirugía oncológica de la Clínica San Rafael de Pereira, departamento de Risaralda, Colombia, conformado por un cirujano oncólogo, una cirujana general y un grupo multidisciplinario, que cuenta con médicos generales de apoyo, enfermería, instrumentación quirúrgica, fisioterapia y terapia física.

Resultados: En lo corrido del año, hasta el momento de envío de este artículo, se atendieron 2158 pacientes en consulta externa y un aproximado de 300 interconsultas hospitalarias de primera vez, que permitieron valorar los pacientes para dar continuidad a la ruta oncológica correspondiente, con atención de patologías de cabeza y cuello, tejidos blandos, tracto gastrointestinal, colorrectal y hepatobiliar. En dichos pacientes, se realizaron

298 cirugías, con una tasa de complicaciones asociadas al procedimiento del 8 %, una mortalidad de 0,8 % y un promedio de estancia hospitalaria de 5 días. Además, se ha evidenciado una menor estancia hospitalaria y costos en salud.

Conclusiones: La implementación de un servicio de cirugía oncológica con personal experto mejora la calidad y los resultados de la atención de los pacientes con cáncer, buscando disminuir la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costos de la atención en salud.

01 - ID630

Manejo multidisciplinario de úlcera de Marjolin: resección de carcinoma escamoso y reconstrucción de pared abdominal compleja

Hernán Camilo Luna Hurtado; Luis José Palacios Fuenmayor; Francisco Gil Quintero; Esteban Isaza Gómez; Diego Fernando Caycedo Medina

Clínica Las Américas, Medellín; Universidad CES; Universidad Militar Nueva Granada
camiloluna23@hotmail.com

Introducción: La úlcera de Marjolin es un tipo de cáncer de piel que se desarrolla en áreas de heridas crónicas que no cicatrizan adecuadamente. El 2 % de estas cicatrices presentan transformación maligna y el 71 % corresponde a carcinoma de células escamosas. Las cicatrices con ulceración crónica deben alertarnos sobre la presencia de malignidad. El estándar de oro diagnóstico es el estudio histológico, por eso, ante la sospecha, se debe tomar una biopsia confirmatoria. La cirugía constituye la piedra angular del tratamiento, garantizando un margen oncológico de 2-4 cm.

Métodos: Reporte de caso, con análisis retrospectivo de historia clínica de un paciente de 74 años, que presentó bilioperitoneo como complicación de colecistectomía laparoscópica en el año 2008, y fue manejado con abdomen abierto y cierre por segunda intención, quedando con eventración gigante como secuela.

Resultados: Hace un año notó lesión ulcerada sobre la cicatriz y tomaron biopsia que reportó carcinoma escamocelular. Se hizo tomografía de estadificación, sin compromiso metastásico.

Requirió resección del tumor, quedando un defecto de 25 cm, por lo que se dejó con abdomen abierto y sistema de presión subatmosférica. Presentó síndrome de compartimiento abdominal por Síndrome de Ogilvie, que fue manejado con descompresión oral-rectal y neostigmina. Al resolver esto, fue llevado a reconstrucción de pared abdominal con malla separadora de componentes y colgajo microvascular. La patología quirúrgica reportó una resección R0.

Conclusiones: La úlcera de Marjolin es una entidad poco frecuente, que se debe sospechar en heridas crónicas que no cicatrizan adecuadamente. El diagnóstico es mediante confirmación histológica y el manejo de elección es la cirugía. La reconstrucción de una pared abdominal compleja requiere manejo multidisciplinario y combinación de distintas estrategias para cierre.

01 - ID566

Melanoma: revisión de la literatura y descripción de técnica quirúrgica en identificación de ganglio centinela con verde indocianina. Experiencia institucional, 2022

William Sánchez Maldonado; Juan Sebastián Cuéllar Díaz; Andrea Carolina Flórez Meneses; Camilo Andrés Canizales Herrera; Carolina María Ciro Ossa; María José Arteaga Prada

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
wsanchez@homil.gov.co

Introducción: El melanoma se extiende a vasos linfáticos y al ganglio centinela, y cuando éste se ve afectado, el pronóstico empeora. Se debe considerar practicar una biopsia del ganglio linfático centinela (GLC) cuando el grosor del tumor supera 1 mm o cuando hay características adversas en los melanomas. Si hay metástasis ganglionares, la evidencia en la literatura recomienda la linfadenectomía completa, aunque este procedimiento tiene sus riesgos. Los objetivos de este trabajo fueron revisar la literatura para identificar los pacientes que más se beneficiarán del procedimiento y presentar la experiencia institucional del uso de la técnica quirúrgica con verde indocianina para la identificación del GLC.

Métodos: Revisión de la literatura y descripción de la técnica quirúrgica para la identificación del ganglio centinela con verde indocianina. Revisión de historias clínicas para presentar la experiencia institucional en el Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia, durante el año 2022.

Resultados: A pesar de las pruebas publicadas, encontramos que la realización de una disección completa de los ganglios en todos los pacientes con biopsia de GLC, no es coherente con los datos actuales en la literatura, como en pacientes con una mínima afectación del GLC.

Conclusiones: El ensayo fase III MSLT-I refiere que el manejo basado en la biopsia del GLC en pacientes con melanoma de espesor intermedio a alto conduce a una mejor supervivencia libre. No obstante, el MSLT-II sugiere que se puede prescindir de la linfadenectomía completa tras una biopsia de GLC positiva, ya que la supervivencia del melanoma fue la misma en ambos grupos. No es claro si la afectación mínima del GLC (micrometástasis <1 mm) puede perjudicar el pronóstico en estos pacientes. Con los hallazgos de nuestro estudio, consideramos que la linfadenectomía electiva siempre debe analizarse, caso por caso, cuando se detectan metástasis en el ganglio centinela.

01 - ID888

Osteomielitis del sacro, una rara complicación en el seguimiento de un paciente intervenido por cáncer de recto: ¿cómo proceder?

Diego Fernando Caycedo Medina; Luis Jose Palacios Fuenmayor; María Fernanda Palacio Isaza; Esteban Isaza Gómez

Instituto de Cancerología Clínica Las Américas-AUNA, Medellín
diegocayce1@gmail.com

Introducción: La osteomielitis del sacro es una complicación muy rara en la cirugía pélvica por cáncer, más aún en cáncer colorrectal y resecciones anteriores bajas; otras etiologías incluyen las fistulas del tracto urinario, cirugías ginecológicas, reconstrucción del piso pélvico o enfermedades inflamatorias intestinales. El síntoma predominante es el dolor anococcígeo.

Puede ser letal, bien sea por la sepsis o el compromiso neurológico. Su tratamiento debe ser multimodal, con antibioticoterapia y manejo del foco, percutáneo o quirúrgico, en ocasiones incluyendo reconstrucciones complejas.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 70 años, tratado seis meses previos al ingreso por un cáncer de recto, con neoadyuvancia (quimio-radioterapia), resección anterior baja de recto e ileostomía de protección y quimioterapia postoperatoria. Se hizo análisis de historia clínica y revisión de la literatura.

Resultados: El mes previo a la consulta el paciente presentó dolor anorrectal intermitente e inespecífico. Ingresó séptico, con alteración de la conciencia, y se enfocó como infección urinaria, sin embargo, por evolución estacionaria y los cambios inflamatorios en la región sacrococcígea, se solicitó tomografía computarizada, donde se observó falla anastomótica con colección precoccígea que se drenaba a piel. La resonancia nuclear magnética subsiguiente reportó fistula rectal, con colección presacra, cambios de osteomielitis del coxis y del sacro y fasciitis de la zona. Se descartó recurrencia de la enfermedad oncológica. Se procedió a desbridamiento quirúrgico, uso de terapia de presión subatmosférica, coxectomía más sacrectomía parcial, y antibioticoterapia dirigida. Finalmente se llevó a cirugía para cubrimiento el defecto por parte de Cirugía plástica.

Conclusiones: Se debe sospechar osteomielitis sacra en pacientes con antecedente de resección anterior baja de recto y dolor anorrectal intenso. Se debe descartar recurrencia del cáncer. Su manejo es multidisciplinario.

01 - ID515

Reporte de caso de tumor neuroendocrino de intestino medio, un reto diagnóstico

Antonia Rosero; Liliana Cuevas López; Marlon Andrés Vesga Rosas; Elio Fabio Sánchez Cortes
Pontificia Universidad Javeriana; Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.
rosero-am@javeriana.edu.co

Introducción: Durante los últimos años se ha visto aumento progresivo en el diagnóstico

de tumores neuroendocrinos, probablemente relacionados con mejoría en la calidad de las imágenes diagnósticas, más que con un verdadero aumento de su incidencia. El objetivo de este artículo fue reportar el caso de un paciente adulto de 50 años con tumor neuroendocrino multifocal como causa de sangrado digestivo de origen oscuro, mostrando la variabilidad en su presentación.

Métodos: Reporte de caso de un adulto de 50 años con sangrado gastrointestinal de origen oscuro, en quien se utilizó video cápsula endoscópica, la cual reveló múltiples masas ulceradas a nivel del yeyuno e íleon proximal, de aspecto neoplásico, de entre 1-1,5 cm. Se hizo estadificación mediante tomografía computarizada de tórax y enteroTAC, descartando compromiso sistémico.

Resultados: El paciente fue programado para cirugía y en la laparoscopia diagnóstica hallaron múltiples lesiones nodulares en un segmento de intestino delgado de 80 cm, a nivel del íleon proximal. Se hizo resección quirúrgica con disección ganglionar. El espécimen quirúrgico reportó iNET multifocal de bajo grado, con menos de 2 mitosis/mm² y 4/18 ganglios comprometidos por tumor.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos tienen amplia variabilidad en su presentación y pueden causar sangrado digestivo de origen oscuro. En los últimos años se han hecho avances en mecanismos para el diagnóstico temprano, tales como PET/FDG y 68Ga-DOTATATE, además de la medición de biomarcadores en sangre, principalmente cromogranina A, pero el estudio histopatológico es necesario.

01 - ID611

Resección multivisceral supramesocólica como tratamiento en sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado retroperitoneal

Ana María Muñoz Escandón; Alfonso Carlos Márquez Ustariz; Silvia Guerrero Macías; Mauricio García Mora; Rodrigo Antonio Burgos Sánchez; Jorge Campillo Pardo
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
munoze.ana78@gmail.com

Introducción: El pilar del tratamiento de los sarcomas retroperitoneales continúa siendo el manejo quirúrgico. El comportamiento biológico de estas lesiones y las altas tasas de recurrencia han llevado a estandarizar las resecciones multiviscerales y compartimentales, logrando disminuir las tasas de recurrencia local y mejorando la supervivencia libre de enfermedad. Los órganos involucrados con mayor frecuencia en estas resecciones están en ubicación inframesocólica (riñón, colon). El objetivo de este trabajo fue presentar un caso de resección multivisceral supramesocólica para el tratamiento de un sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado retroperitoneal.

Métodos: Previo consentimiento informado de la paciente, presentamos el caso de una mujer con diagnóstico de tumor retroperitoneal compatible con sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado, tratada con radioterapia neoadyuvante y posteriormente, llevada a resección multivisceral. Se recopilaron datos clínicos prequirúrgicos y documentación fotográfica del procedimiento quirúrgico. También se hizo revisión de la literatura mediante la búsqueda en las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar.

Resultados: Dada la complejidad de la patología y el compromiso de varias estructuras a nivel abdominal, la paciente requirió resección multivisceral del componente supramesocólico (gastrectomía total, pancreatometomía distal, esplenectomía), además de colectomía izquierda. El procedimiento fue realizado sin complicaciones intraoperatorias. Sangrado intraoperatorio: 100 cc. Tiempo quirúrgico: 270 minutos. Reinicio de la dieta a los 5 días, previa prueba de azul de metileno negativa. Egreso hospitalario a los 14 días por manejo dado a una infección asociada a catéter.

Conclusiones: Las resecciones compartimentales se han convertido en el estándar del tratamiento de los sarcomas retroperitoneales primarios, permitiendo obtener resecciones R0 en la mayoría de los casos. Sin embargo, su morbilidad y mortalidad están relacionadas con los órganos resecados, principalmente el páncreas distal y el estómago, así como el número

de anastomosis intestinales. La atención de estos casos en centros especializados y con amplia experiencia en el manejo de sarcomas, permite un tratamiento multidisciplinario y mejores desenlaces oncológicos.

01 - ID406

TaTME (Escisión mesorrectal total mínimamente invasiva por vía transanal): resultados y experiencia en dos instituciones de IV nivel en Medellín, Colombia.

Claudia Echeverri; Lina María Botero Mora; Juan Camilo Correa Cote; Alejandro Múnera Duque; Jaime Andrés Montoya

Clínica Medellín - Quirón Salud; Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín

clau_echeverri@hotmail.com

Introducción: La cirugía es la base del tratamiento curativo del cáncer de recto. La incorporación de la escisión mesorrectal total mejoró los desenlaces oncológicos, disminuyendo las tasas de recurrencia local y regional, e impactó en la supervivencia global. Lograr una escisión mesorrectal total en tumores de recto medio o distal es un reto quirúrgico. La escisión mesorrectal total por vía transanal, busca superar las dificultades técnicas, sin embargo, se desconoce la experiencia regional con esta técnica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, recolectando la información de todos los pacientes con cáncer de recto medio y distal llevados a cirugía con esta técnica, durante un periodo de 50 meses, en dos instituciones de cuarto nivel en Medellín, Colombia. Se analizaron sus características demográficas, la morbilidad perioperatoria y las características de la pieza quirúrgica.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes con procedimiento transanal y laparoscópico de forma simultánea. Al 57 % se les realizó una ileostomía de protección. No se presentó ninguna mortalidad perioperatoria. Hubo complicaciones en el 60,7 % de los pacientes, cuatro casos con fuga anastomótica. El 47,3 % de los mesorrectos fueron calificados por el patólogo.

Conclusiones: Se logró establecer que la tasa de morbilidad perioperatoria es la esperada según

lo reportado en la literatura. Adicionalmente, se resalta la importancia de la curva quirúrgica y de aportar la calificación de la integridad mesorrectal dentro del informe patológico. Se requiere seguimiento a largo plazo para determinar el impacto en desenlaces oncológicos, calidad de vida y morbilidad.

01 - ID801

Uso de analogías y metáforas de guerra en el manejo del paciente oncológico en un país víctima del conflicto armado

Felipe González; Mariana Ramírez Ceballos; Andrés Camilo Gómez Suaza; Natalia Margarita Abadía Mondragón; Jorge Stiven Jiménez Granados; Angela María Cabezas Restrepo; Susana Lara Muñoz; Rubén Darío Flórez Moreno; Carmen Valeria Brando de Angelis

Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.
felipeo.gonzalez@gmail.com

Introducción: Las metáforas de guerra durante los encuentros con el paciente pueden mejorar el entendimiento, generar conciencia y ahorrar tiempo, pero se considera que la carga emocional para el paciente y el riesgo de generar ansiedad o depresión pueden aumentar.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, basado en encuestas a pacientes con cáncer y profesionales de salud, para medir la frecuencia de uso de las metáforas de guerra y evaluar la percepción y el impacto que éste lenguaje genera.

Resultados: El 63,4 % de los profesionales encuestados han utilizado metáforas bélicas, mientras que 32 % de los pacientes recuerdan haberlas escuchado. Las expresiones más frecuentemente utilizadas son "luchar", "atacar", "pelear" o considerar a los pacientes "guerreros" o "héros". Los profesionales los utilizan para tratar de mejorar la comprensión de la enfermedad y su pronóstico. La mayoría de los pacientes entienden que los profesionales quieren ayudar, y solo unos pocos se sienten mal al escucharlas, especialmente con palabras que implican un desenlace desafortunado como "falla", "derrotado", "víctima",

"devastador", "armas" e "invasión". Uno de cada 10 pacientes en nuestro estudio se considera víctima directa del conflicto armado colombiano. La mayoría de los pacientes refieren sentirse bien cuando son considerados héroes, guerreros o reciben un trato especial. El lenguaje demasiado técnico no ayuda a la comprensión por parte de los pacientes.

Conclusiones: El uso de metáforas bélicas es común en nuestro medio. Creemos que ayuda tanto a médicos como pacientes a establecer una comunicación efectiva. Sin embargo, hay palabras o términos que se deben evitar porque generan temor, implican fracaso o tienden a victimizar al enfermo.

Cirugía de trauma

01 - ID462

Amputación primaria como control de daño en trauma complejo de las extremidades

Alcibiades Aranda Hoyos; Jorge Augusto Herrera Chaparro

Universidad del Cauca, Popayán
arandah@unicauca.edu.co

Introducción: El trauma de las extremidades representa uno de los patrones de lesión más comunes que se observan en la práctica médica de emergencia. Lograr el mejor resultado en pacientes con lesiones graves de las extremidades inferiores requiere un enfoque multidisciplinario. En la mayoría de los casos, se puede intentar salvar una extremidad, incluso si el paciente tiene una extremidad mutilada. Sin embargo, a veces no es así y se debe tener en cuenta la premisa de que prima la vida sobre la extremidad afectada.

Métodos: Presentación de caso de un paciente de 30 años con lesión de miembro inferior izquierdo secundaria a colisión vehicular, con trauma de alta energía, que ingresó inestable hemodinámicamente, con avulsión de tejidos blandos, fractura expuesta de fémur y tibia, rodilla flotante, pulso pedio ausente y tibial posterior filiforme. Se llevó a angiotac observando ausencia del paso de medio de contraste a nivel de P3, con reaparición del flujo a nivel de tronco tibioperoneo.

Resultados: Se trasladó el paciente al quirófano para exploración vascular dada la gravedad de la lesión y el estado hemodinámico, MESS 8 puntos. Se decidió realizar amputación primaria, como control de daño, e implantación de sistema VAC sobre el muñón.

Conclusiones: En ocasiones el mejor control de daño en una extremidad es la amputación primaria, teniendo como orden: paciente vivo, salvamento de la extremidad, extremidad funcional. En trauma severo de las extremidades, la amputación primaria favorece la supervivencia del paciente, reduce el dolor, la infección y la discapacidad; además de asociarse a estancias hospitalarias más cortas.

01 - ID898

Cirugía mínimamente invasiva en trauma pediátrico - Casuística anual en un hospital de referencia en Trauma

Juan Felipe Osorno Moncayo; Mónica Alejandra Solis Velasco; Patricio Gálvez; Juan Carlos Dueñas; Diego Palta; Marisol Hinaoui; José Luis Castillo

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
juan.osorno@correounivalle.edu.co

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (CMI) es una alternativa quirúrgica para el diagnóstico en el paciente pediátrico con trauma penetrante, hemodinámicamente estable. En la población pediátrica los antecedentes bibliográficos son escasos, sin embargo, en manos expertas en nuestra institución, además del abordaje diagnóstico, ha sido posible dar un manejo terapéutico.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, de pacientes menores de 18 años con trauma penetrante de torso, abordados mediante cirugía abierta o CMI, en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali, Colombia, en los años 2021-2022. Se presenta su caracterización demográfica, tipo de lesión, indicación quirúrgica y abordaje, requerimiento de UCI, complicaciones, reintervención, estancia hospitalaria y mortalidad.

Resultados: Se operaron 15 pacientes, 93 % de género masculino. El 93 % con heridas por proyectil

de arma de fuego y 7 % por arma cortopunzante. Las regiones más comprometidas fueron abdominal (n=9), toracoabdominal (n=5), torácica (n=3) y pélvica (n=2). Se abordaron 9 pacientes (60 %) por CMI; seis por vía laparoscópica para exploración diafragmática, por abdomen dudoso, evisceración sin dolor abdominal y sangrado digestivo; y tres por toracoscopía para exploración diafragmática y drenaje de hemotórax. La CMI fue terapéutica en dos pacientes con sutura diafragmática y una gastrorrafia; tres pacientes (38 %) requirieron conversión a cirugía abierta. La estancia hospitalaria promedio fue de 14 días y seis pacientes (42 %) requirieron traslado a UCI. El 33 % fueron reintervenidos por control de daños o complicaciones como filtración, hemotórax retenido y una herida olvidada de colon; solo uno con CMI índice. No hubo mortalidad.

Conclusiones: La CMI es una opción diagnóstica y terapéutica, útil para el abordaje de los pacientes pediátricos hemodinámicamente estables con trauma penetrante en torso.

01 - ID409

Epidemiología del trauma eléctrico en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E - Unidad de quemados. Análisis de la estancia prolongada en el periodo 2000-2016

Juan Pablo Tróchez Sánchez; Herney García

Universidad del Valle, Cali
juan.pablo.trochez@correounivalle.edu.co

Introducción: El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con trauma eléctrico, establecer la duración de la estancia hospitalaria de este tipo de pacientes, e identificar los factores asociados a las estancias prolongada de los pacientes con trauma eléctrico.

Métodos: Se describen y analizan los factores de riesgo asociados a la estancia hospitalaria de los pacientes con trauma eléctrico, en cuanto a variables demográficas, como edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, de mecanismo del trauma, como voltaje, tipo de accidente (laboral o doméstico), tipo de lesión (contacto directo, arco,

flash, llama); de variables clínicas como extensión de la quemadura, profundidad de la quemadura, traumas asociados, lesión nerviosa, lesión cardíaca, lesión renal, de variables de laboratorio como mioglobulinuria, creatinin-fosfoquinasa; de variables quirúrgicas como fasciotomías, amputaciones, procedimientos quirúrgicos, infecciones, o requerimiento de hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.

Resultados: La estancia hospitalaria prolongada en el trauma eléctrico se observó asociada de manera significativa a las siguientes variables: liberación del túnel carpiano (OR=4,25, IC95% 1,70-5,20), amputación (OR=2,81, IC95% 1,60-5,10), infección (OR=2,60, IC95% 1,30-5,20), sitio de infección, principalmente herida (OR=1,30, IC95% 1,10-1,44), lesión asociada (OR=1,72, IC95% 1,00-3,24), accidente trabajo o doméstico (OR=1,83, IC95% 1,00-3,32), edad 20-40 años (OR=1,41, IC95% 1,00-2,10), CPK (OR=1,40, IC95% 1,00-2,00) y quemaduras grado III (OR=1,55, IC95% 1,00-2,80).

Conclusiones: Las variables asociadas a la estancia hospitalaria prolongada en el trauma eléctrico, que se presentan durante su hospitalización pueden ser intervenidas, como en el caso de infección, amputación y liberación del túnel carpiano en el momento indicado. Es importante la concientización, para la prevención en los sitios de trabajo con riesgo.

01 - ID621

Epinefrina intracardíaca en paro cardíaco en trauma refractario a reanimación cardiopulmonar

Daniella Londoño Restrepo; Fernando Rodríguez Holguín; Boris Sánchez Restrepo
Hospital Universitario Fundación Valle del Lili, Cali
daniellalondono28@gmail.com

Introducción: El trauma es una de las principales causas de mortalidad. El paro cardíaco causado por un trauma se asocia a una baja probabilidad de supervivencia, de alrededor del 7 %, y a una alta tasa de discapacidad neurológica en los pacientes sobrevivientes.

Métodos: Presentación de caso de paciente masculino de 26 años, sin antecedentes, que fue traído a urgencias 2 horas después de recibir herida por proyectil de arma de fuego, con orificio de entrada en región precordial y orificio de salida en región toracoabdominal posterior derecha. Ingresó con inestabilidad hemodinámica y la FAST reportó líquido pericárdico y hemo neumotórax derecho, por lo que fue llevado de manera emergente a cirugía.

Resultados: En la inducción anestésica presentó paro cardíaco. Se realizó esternotomía mediana, clampeo de aorta descendente y masaje cardíaco directo; desfibrilación con 50 J en tres oportunidades y aplicación de epinefrina endovenosa en dos ocasiones. Ante la falta de respuesta, se aplicó adrenalina intracardíaca, con retorno a la circulación espontánea a los 15 minutos del inicio de la reanimación. Presentó lesión pulmonar derecha que requirió resección no anatómica del lóbulo medio y cardiografía por lesión grado I en ventrículo derecho. Se dejó empaquetamiento torácico y sistema de vacío, con posterior cierre definitivo a las 72 horas. Durante la estancia hospitalaria presentó evento isquémico frontotemporal derecho, el cual mejoró paulatinamente. Tuvo adecuada evolución clínica y egreso posterior a un mes de estancia hospitalaria.

Conclusiones: La administración de epinefrina intracardíaca podría ser una vía rápida y efectiva en pacientes en paro cardíaco, con tórax abierto, como adjunto al masaje cardíaco directo.

01 - ID729

Impacto del aislamiento durante la pandemia COVID-19 en los volúmenes de trauma en el hospital El Tunal

José Luis Plata Patiño; Ingrid Lorena Rivera Gaitán; Edgar Camilo Ortiz Silva; Néstor Augusto Muñoz Botero; Mauricio Parra; Silvio Hugo Saavedra; María Pamela Delgado; Carlos Andrés Garzón Silva; César Edgardo Caro Espíndola; Luis Alberto Peñaranda; Charles Calvo Suárez
Hospital El Tunal, Bogotá, D.C.
joseluisplata@me.com

Introducción: El 6 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso de COVID-19 en Colombia, por lo que el Ministerio de Salud decretó el aislamiento preventivo obligatorio desde el 25 de marzo hasta el 1° de septiembre. El hospital El Tunal, Bogotá, D.C., Colombia, se caracteriza por ser un centro de atención de trauma. El objetivo del estudio fue caracterizar el impacto del aislamiento durante la pandemia por COVID-19 en los volúmenes de trauma en nuestro hospital.

Métodos: Se incluyeron los pacientes ingresados con patología traumática durante el periodo de aislamiento obligatorio, desde el 25 de marzo hasta el 1° de septiembre de 2020, y se compararon con los pacientes ingresados desde el 25 de marzo al 1° de septiembre de 2019 con las mismas causas diagnósticas.

Resultados: Se evidenció una reducción en las admisiones por trauma durante el aislamiento obligatorio (94 vs 240). La mayoría de los pacientes fueron ingresados por heridas por arma corto punzante y la mortalidad fue de 8,5 %. El grupo etario más afectado fue similar al del año anterior. Lo más relevante fue la predominancia del sexo masculino (96,8 %).

Conclusiones: Hubo una clara reducción de los casos de trauma durante el aislamiento obligatorio, con cambios en el mecanismo de trauma, la proporción del sexo de los pacientes afectados y la mortalidad.

01 - ID476

Importancia de tener grupos de trauma ¿cómo crearlo?: Una experiencia institucional en Bogotá, Colombia.

Luis Felipe Cabrera Vargas; María Paula Forero Ríos; Roosevelt Fajardo; Francisco Holguín; Arturo Vergara; Mauricio Pedraza Ciro

Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad El Bosque
mpauforero@hotmail.com

Introducción: Un grupo de trauma está conformado por proveedores de la salud, altamente capacitados, con diferentes habilidades y objetivos, que trabajan de forma unificada al momento de

afrontar un paciente de trauma, asegurando una red de acciones y soporte mutuo, con el fin de obtener los mejores resultados clínicos posibles. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia institucional para crear un grupo de trauma, en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Se hizo una revisión narrativa de la literatura. Buscamos entre nuestro personal a la persona más calificada en trauma de la Fundación Santa Fe de Bogotá, para ubicar líderes en cada unidad de atención al paciente, desde el departamento de emergencias, hasta las salas de cirugía y unidad de atención al paciente. Se tuvieron en cuenta los conceptos de analistas financieros para obtener los recursos institucionales para impulsar, de forma continua y con alta calidad, el programa de trauma.

Resultados: La creación de un grupo de trauma es necesaria para optimizar la atención de los pacientes politraumatizados en cualquier institución, ofreciendo una atención estandarizada y multidisciplinaria. Esto permite llevar a cabo un proceso de mejoramiento continuo, gracias a la recolección y análisis de datos en tiempo real.

Conclusiones: A pesar de las pocas publicaciones relacionadas con grupos de trauma, su introducción en las instituciones está asociada con mejoras en el tiempo para las intervenciones críticas en el paciente politraumatizado, por lo que se necesita más investigación centrada en la traducción de "acciones" estandarizadas de recepción del equipo de trauma, para evaluar la asociación entre estas y el resultado del paciente.

01 - ID410

Infección del paciente quemado asociados al cuidado de la salud en Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E

Juan Pablo Tróchez Sánchez; Kevin Escandón
Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
juan.pablo.trochez@correounivalle.edu.co

Introducción: El paciente quemado representa un problema de salud pública, como consecuencia

de su estancia hospitalaria prolongada y las consecuencias socioeconómicas y psicológicas. La infección es la causa más frecuente de mortalidad.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali, Colombia. Se calcularon las tasas de incidencia para tipos de infección asociadas al cuidado de la salud y microorganismos, utilizando un modelo de regresión de Poisson. Se utilizó la regresión de riesgos proporcionales de Cox univariable y multivariable para estimar el efecto de los factores de riesgo en el tiempo hasta la primera infección asociada al cuidado de la salud (IACS)

Resultados: De 165 pacientes quemados, 46 (27,9 %) desarrollaron al menos una IACS (tasa de incidencia de 21,8 por 1000 pacientes-día). Las IACS más frecuentes fueron las infecciones por quemaduras, seguidas de las infecciones del torrente sanguíneo. Los microorganismos más frecuentes fueron *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas spp.* y *Acinetobacter baumannii*. Mientras que las bacterias gramnegativas fueron los microorganismos más comunes que causaron las IACS, las bacterias grampositivas fueron los primeros microorganismos aislados después del ingreso hospitalario. Los factores de riesgo independientes asociados con el tiempo hasta la primera IACS fueron el tamaño de la quemadura (TBSA > 20 %), el mecanismo de la quemadura (llamas y escaldaduras), el uso de catéter venoso central y la raza mestiza.

Conclusiones: Estos datos tienen implicaciones para generar pautas empíricas sobre antibióticos y estrategias preventivas dirigidas a los pacientes con mayor riesgo de IACS.

01 - ID623

Lesión traqueoesofágica por arma de fuego: reporte de un caso

Henry Armando Giraldo Salazar; Isabella Castellanos García; José Ignacio Guerra
Fundación Hospital San José de Buga; Universidad del Valle; Universidad Libre - seccional Cali
henry.giraldo@correounivalle.edu.co

Introducción: El 5 a 10 % de las consultas por trauma corresponden a heridas penetrantes de cuello y la mayoría afectan principalmente estructuras vasculares. La incidencia de lesiones aéreas o digestivas es menor. Las heridas traqueoesofágicas son poco frecuentes y tienen alta morbimortalidad sin un abordaje quirúrgico temprano; posteriormente pueden presentar complicaciones, como filtración y fístula traqueoesofágica.

Métodos: Se reporta el caso de lesión traqueoesofágica por herida por proyectil de arma de fuego, con reparo primario exitoso, sin complicaciones posquirúrgicas. Revisión de la historia clínica de la Fundación Hospital San José, Buga, Colombia.

Resultados: Masculino de 33 años con herida por proyectil de arma de fuego transcervical, con signos blandos de lesión vascular y traqueal. La tomografía descartó lesión vascular, pero se observó lesión traqueal, sumado a deterioro ventilatorio. Fue llevado a cervicotomía, donde se encontró lesión traqueoesofágica cervical. Se realizó reparo primario de ambas lesiones y transposición muscular entre las estructuras. Posteriormente paciente fue extubado con éxito y no desarrolló complicaciones.

Conclusiones: Las lesiones traqueoesofágicas son raras y tienen gran morbilidad y mortalidad, por lo que requieren de un manejo quirúrgico rápido y oportuno. Según la extensión de la lesión, se puede realizar reparo primario de las estructuras, sumado a interposición muscular.

01 - ID909

Pescando el proyectil: Diagnóstico y manejo de embolismo venoso por proyectil de arma de fuego

Hugo Alejandro Burgos Rueda; Carlos Andrés Muñoz Chaves; David Benítez Bermúdez; Angélica María Delgado Quintero; Adolfo González Hadad
Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
burgos.hugo@correounivalle.edu.co

Introducción: Luego de una lesión vascular por proyectil de arma de fuego, los vasos involucrados pueden servir de conductos para transportar los proyectiles a localizaciones remotas del sitio de entrada. La migración intravascular de proyectiles es una complicación rara. Debido a su baja frecuencia, representa un dilema diagnóstico y puede llevar a retrasos en su adecuado tratamiento.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 23 años, quien ingresa al Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali, Colombia, luego de recibir una herida por proyectil de arma de fuego en región precordial. Ante la inestabilidad hemodinámica identificada inicialmente, requirió manejo quirúrgico inmediato.

Resultados: En el intraoperatorio se encontró lesión de la vena cava inferior, que se manejó con rafia primaria. Durante la vigilancia postoperatoria, se observó en la radiografía de tórax de control un proyectil retrocardíaco, cuya localización era discordante con el trayecto de las lesiones. Se llevó a angiotomografía que confirmó la ubicación intravascular del proyectil en la vena cava inferior. Mediante un abordaje endovascular se movilizó el proyectil y se complementó con cirugía abierta para la extracción del mismo.

Conclusiones: Se reporta uno de los pocos casos registrados en la literatura en relación con la migración intravascular de un proyectil de arma de fuego en la vena cava inferior. Así mismo, se describe el manejo por el que se optó en nuestra institución, con un desenlace favorable para el paciente. Conocer el manejo de esta complicación permite fortalecer el arsenal del cirujano general al momento de enfrentarse al escenario clínico de embolismo venoso por proyectil de arma de fuego.

01 - ID926

Propuesta de diagnóstico y manejo de trauma de vasos subclavios

Claudia Isabela Gómez Salgado; Manuel Alejandro Giraldo Pinto; Valentina Navarro B; Samuel Gustavo Calderón; Hugo Alejandro Burgos Rueda; Sandra Gutiérrez

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
claudia.isabela.gomez@correounivalle.edu.co

Introducción: Los traumatismos de la arteria subclavia suelen ser causados por un mecanismo penetrante, secundario a lesiones por proyectil de arma de fuego o por arma blanca. Son poco frecuentes, constituyen menos del 2 % de todos los traumatismos vasculares en civiles, y su mortalidad varía del 5 al 30 %. Su manejo quirúrgico es retardador, sin embargo, el tratamiento ha cambiado con el ingreso de las técnicas endovasculares.

Métodos: Se realizó una revisión de la evidencia científica publicada en los últimos 30 años para crear una propuesta para el abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones de la arteria subclavia en mayores de 14 años, en un centro de referencia de tercer nivel de trauma en el Sur Occidente Colombiano.

Resultados: Se propone en el paciente con estabilidad hemodinámica o respondedores a reanimación, el uso del AngioTAC para definir la lesión y el beneficio de manejo endovascular, en casos de pseudoaneurisma, disección parcial, fístula arteriovenosa u oclusión parcial. En caso de sección completa o fracaso del manejo endovascular, el abordaje quirúrgico varía según la localización de la lesión: Esternotomía e incisión supraclavicular en zona I y II, mientras que se prefiere la incisión supra e infraclavicular en zona III.

Conclusiones: Se trata de un algoritmo de diagnóstico y tratamiento para el abordaje del trauma de arteria subclavia que permita la toma rápida de decisiones en el manejo del paciente, y así reducir la tasa de mortalidad asociada, brindar una atención oportuna y disminuir las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

01 - ID589

Protocolo de manejo del trauma de recto extraperitoneal de la Universidad del Valle

David Fernando Semanate Betancourt; Alexander Obando Rodallega

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
david.semanate@correounivalle.edu.co

Introducción: El trauma de recto representa el 0,1 % de los casos de trauma en los Estados Unidos, y un 50 % corresponden a trauma de recto extraperitoneal (TREP), en muchas ocasiones relacionado a otras lesiones. Actualmente es muy debatido cuál es el adecuado abordaje diagnóstico y de manejo. El objetivo de este trabajo fue presentar la propuesta de manejo en la Universidad del Valle.

Métodos: Se realizó revisión de la literatura más reciente del tema y se sometió a consenso de expertos el protocolo propuesto.

Resultados: El tacto rectal tiene baja sensibilidad y muchos falsos negativos, otros hallazgos tienen mejor rendimiento y menor riesgo para el examinador. La tomografía computarizada se muestra con una sensibilidad y VPN cercanas al 100 %. La rectosigmoidoscopia rígida es de utilidad para confirmar hallazgos dudosos o para tipificar la lesión identificada en la tomografía computarizada. Las 4 D son historia; el drenaje presacro y el lavado distal se asocian a mayores complicaciones. La derivación está indicada en TREP complejo (combinado a otras lesiones, destructivo o con contaminación abundante); en TREP simple no genera beneficios. El reparo primario se ha asociado incluso como variable independiente de mortalidad; el manejo completamente conservador es razonable. El TAMIS es una herramienta con buenos resultados, sin embargo, aun hace falta mayor evidencia para recomendarlo.

Conclusiones: La tomografía con doble contraste (endovenoso y rectal) es el método elegido para el abordaje inicial, por encima de la evaluación clínica. La derivación se indica solo en TREP complejo; en TREP simple se recomienda el manejo conservador, sin derivación ni reparo primario. El TAMIS podría ser una opción a juicio del cirujano tratante, según la experiencia y los recursos disponibles.

01 - ID839

Protocolo de manejo del trauma penetrante de cuello de la Universidad del Valle

Cristhian David Arroyave Durán; Adolfo González Hadad

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
cristhian.arroyave@correounivalle.edu.co

Introducción: El trauma penetrante de cuello es responsable del 5-10 % de las lesiones traumáticas en adultos, con una mortalidad que alcanza el 5 % en la población civil. En esta área anatómica se localización estructuras vasculares y aerodigestivas vitales. Desde finales de los sesenta se planteó el abordaje del trauma de cuello por zonas anatómicas, en oposición a la indicación antepuesta de cirugía mandatoria.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura identificando las publicaciones más relevantes en el tópico y se sometió a discusión de expertos para definir la pertinencia del abordaje por zonas anatómicas y la utilidad de la angiotomografía computarizada como estudio inicial. Posteriormente, se desarrolló un algoritmo de manejo.

Resultados: Las tasas relativamente altas de exploración quirúrgica negativa asociadas al abordaje basado en zonas anatómicas y las mejoras en la tecnología de imágenes diagnósticas (angiotomografía), favorecen el enfoque de "no zona". Este se basa en la estabilidad hemodinámica del paciente y la presencia de signos blandos o duros, independientemente de la ubicación de la lesión. Los pacientes inestables son trasladados a la sala de operaciones; aquellos pacientes estables pero sintomáticos se someten a angiotomografía, y con dichos resultados más los del examen físico, se determina la indicación de estudios adicionales o intervención quirúrgica.

Conclusiones: El trauma penetrante de cuello ha evolucionado en el tiempo y ha tenido una disminución significativa de la mortalidad, no obstante, la severa morbilidad inherente implica la

necesidad de implementar estrategias de atención eficaces. Se reconoce así, que la combinación del examen físico con la angiografía cuenta con una alta sensibilidad y especificidad para detectar lesiones en pacientes con signos blandos y en pacientes estables con signos duros de lesión.

01 - ID925

REBOA como técnica segura en el control de daños de un paciente hemodinámicamente inestable con herida penetrante en tórax: Un reporte de caso

Mónica Alejandra Solís Velasco; Henry Armando Giraldo Salazar; Angélica María Delgado Quintero; Valentina Navarro B; Luis Guillermo Saldarriaga
Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali
monica.solis@correounivalle.edu.co

Introducción: La oclusión aórtica para el control temporal del sangrado es un principio fundamental de la cirugía de control de daños. El REBOA es una técnica segura y efectiva, menos invasiva que la oclusión por toracotomía de emergencia.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 25 años con múltiples heridas por proyectil de arma de fuego, en el que se utilizó REBOA por inestabilidad hemodinámica. Se describe el manejo y los desenlaces postoperatorios.

Resultados: Paciente con múltiples heridas por proyectil de arma de fuego en cuello y tórax. A la evaluación primaria con hipoventilación pulmonar derecha y E-FAST positivo para hemo neumotórax. Se llevó a toracostomía, donde se tornó inestable, con presión arterial de 70/48 mmHg, sin respuesta a reanimación con hemoderivados. Se decidió colocar REBOA con oclusión completa en zona I, obteniendo inmediata mejoría de tensión arterial a 106/60 mmHg. Se hizo esternotomía de reanimación encontrando hemotórax masivo y lesión pulmonar derecha grado IV con sangrado activo, que requirió neumorrafia. Durante la cirugía se alternó entre las zonas y entre oclusión parcial y total del balón. Se dejó cierre temporal con sistema de presión negativa (VAC) y se trasladó a UCI, para cierre del esternón a las 48 horas. Al cuarto día se

extubó y se trasladó a pisos. Egreso hospitalario al día 12 postoperatorio.

Conclusiones: El REBOA es un método rápido y mínimamente invasivo de oclusión aórtica, útil en el paciente con shock hipovolémico que requiere cirugía de control de daños.

01 - ID486

Resultados clínicos en pacientes con heridas toracoabdominales sometidos a cirugía en la UMHES Santa Clara E.S.E., Bogotá, 2015-2020

Mauricio Pedraza Ciro; Álvaro E. Sánchez; Rodolfo Barrios; Adriana Serna; Juan D. Zuluaga; Daniela León; Ivette Jiménez
Hospital Santa Clara E.S.E., Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
mpedraza93@gmail.com

Introducción: La presentación clínica de la lesión diafragmática en relación con el trauma toracoabdominal es muy variable y depende del mecanismo, la severidad y la presencia de trauma asociado en otros órganos. Hasta el 20 % de los pacientes con trauma penetrante toracoabdominal tienen una lesión diafragmática y su presencia puede aumentar la mortalidad intrahospitalaria hasta en un 25 %. El 75 % de los casos tienen lesiones asociadas, como lesiones de órganos intraabdominales, vasculares y de órganos intratorácicos, principalmente pulmón.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes con herida toracoabdominal con indicación de exploración quirúrgica en el Hospital Santa Clara E.S.E., Bogotá, D.C., Colombia, entre los años 2015 y 2020. Se presentan los resultados en términos descriptivos.

Resultados: Fueron analizados 331 pacientes, la distribución de la población es paramétrica. El promedio de edad fue de $34,1 \pm 10$ años y la relación hombre-mujer de 9:1. La localización más común de la herida toracoabdominal fue posteroinferior izquierda, entre los cuales el 17,8 % tuvieron lesión diafragmática. Aproximadamente la mitad de los pacientes tuvieron entre 1 y 2 lesiones. El 44,4 % fueron abordados inicialmente por toracoscopia y el 35,6 % por laparoscopia. Se encontró una

asociación estadísticamente significativa entre la presencia de herida diafragmática y lesión intraabdominal ($p=0,0001$).

Conclusiones: Las heridas toracoabdominales penetrantes predominan en los hombres, con una relación hombre:mujer de 9 a 1 y la edad promedio fue de 34 años. Al ingreso, los pacientes fueron evaluados por protocolo institucional y el abordaje más frecuente fue por toracoscopia (44 %), seguido de laparoscopia (35,5 %). La frecuencia de lesión diafragmática fue de 17,1 %, y la de otras lesiones asociadas en región abdominal del 22,6 %. Tan solo el 8,2 % requirieron una intervención adicional en relación a su herida toracoabdominal, posterior al manejo de entrada recibido por el paciente; el 8 % requirió UCI y la mediana de tiempo de estancia hospitalaria de la población en estudio fue de 2-3 días.

01 - ID1016

Traqueostomía percutánea: Una alternativa segura y efectiva a la cricotiroidostomía en trauma

Claudia Isabela Gómez Salgado; Daniela Marulanda; Angélica María Delgado Quintero; Ilich Andrei Zúñiga Gaitán; Hugo Alejandro Burgos Rueda; Carlos Fernando Munar Holguín

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali

claudia.isabela.gomez@correounivalle.edu.co

Introducción: En el trauma penetrante de cuello se puede ser necesario asegurar la vía aérea y para ello se requiere de una vía quirúrgica en el 0,2 - 1,2 %. Actualmente se recomienda la cricotiroidotomía sobre la traqueotomía, pero existe poca evidencia de alta calidad que pueda asegurar que se trata de un procedimiento superior. Los cirujanos están familiarizados con la traqueostomía.

Métodos: Descripción de un caso clínico de trauma transcervical penetrante, que requirió asegurar vía aérea de forma quirúrgica con traqueostomía percutánea.

Resultados: Se trata de un paciente de 20 años quien ingresó por trauma penetrante de cuello por proyectil de arma de fuego, estable

hemodinámicamente, con hematoma estable en cuello y disnea por mal manejo de secreciones orales, con indicación de asegurar la vía aérea. Al no lograr la intubación o la ventilación, se optó por utilizar un equipo de traqueostomía percutánea para manejo definitivo de la vía aérea, de forma rápida y sin complicaciones. Se tomó un Angiotac de cuello con hallazgo de fuga de contraste a nivel de la carótida externa, y una angiografía que descartó lesión vascular. Fue valorado por ORL y cirugía maxilofacial por fracturas dentales y de maxilar superior, con compromiso de base de lengua, sin lesión de hipofaringe y sin indicación quirúrgica. Se inició vía oral a las 72 horas, continuó con cánula por 10 días para disminución del edema y tuvo decanulación exitosa por consulta externa.

Conclusiones: El uso de la traqueostomía percutánea se presenta como una opción en los pacientes traumatizados que requieren de una vía aérea quirúrgica de emergencia, de forma rápida, segura, efectiva y definitiva, a diferencia de la cricotiroidostomía de emergencia.

01 - ID889

Trauma penetrante de vena cava superior - Manejo conservador

Hugo Alejandro Burgos Rueda; Claudia Isabela Gómez Salgado; Carlos Fernando Munar Holguín; Alberto Federico García Marín

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E., Cali

burgos.hugo@correounivalle.edu.co

Introducción: Las heridas de vena cava superior son poco frecuentes, pero extremadamente graves, dada su alta mortalidad. En su mayoría se trata de pacientes con un importante compromiso hemodinámico y cuya mortalidad deriva de la exanguinación. La literatura ha reportado pocos casos y son escasos los sobrevivientes a estas lesiones.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 18 años, ingresado al Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, luego de recibir una herida por proyectil de arma de fuego en hemitórax izquierdo. Se realizó la atención

inicial encontrando estabilidad hemodinámica, hemotórax derecho y sospecha de una lesión transmediastinal, que requirió evaluación imagenológica con angiotomografía de tórax.

Resultados: Radiología informó laceración de la vena cava superior, con extravasación del medio de contraste. Se optó por realizar toracostomía cerrada derecha y, dado que el paciente persistió con estabilidad hemodinámica durante la vigilancia, se continuó manejo conservador de la lesión vascular, sin intervenciones terapéuticas adicionales. Luego del egreso, en el control clínico un mes después, no hubo evidencia de alteraciones cardiovasculares.

Conclusiones: Reportamos el caso del manejo conservador exitoso en un paciente con herida de vena cava superior, que para nuestro conocimiento es el primero en la literatura. Resaltamos la importancia del seguimiento clínico y la adecuada selección del paciente, dado que estas lesiones son un reto diagnóstico y terapéutico, y suelen acompañarse de compromiso hemodinámico.

01 - ID930

Trauma transabdominal en paciente pediátrico: Utilización de tomografía selectiva para la optimización del manejo quirúrgico

Claudia Isabela Gómez Salgado; Juan Felipe Osorno Moncayo; Cristhian David Arroyave Durán; Juan José Ramírez; José Luis Castillo

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E., Cali
claudia.isabela.gomez@correounivalle.edu.co

Introducción: El mecanismo del trauma pediátrico abdominal a nivel mundial es predominantemente cerrado, sin embargo, en nuestro medio es más frecuente el penetrante. Por su menor frecuencia, hay considerable incertidumbre en el manejo. El huso de la tomografía en diagnóstico de lesiones traumáticas acarrea la preocupación de la exposición a la radiación ionizante, no obstante, el uso selectivo en el paciente pediátrico puede dilucidar conductas efectivas y seguras.

Métodos: Descripción un caso clínico de manejo inicial de trauma abdominal penetrante con

tomografía selectiva y posterior manejo quirúrgico conservador en la exploración del hematoma en zona I supramesocólica y manejo conservador de trauma renal.

Resultados: Paciente de 4 años, con trauma penetrante de abdomen por herida por proyectil de arma de fuego, que ingresó en zona lumbar y se alojó en la pared anterior del abdomen. Hemodinámicamente con choque compensado, fue llevado inicialmente a tomografía selectiva de abdomen para evaluación de posible lesión renal por trayectoria, que evidenció trauma renal grado III, sin lesión vascular asociada. Se hizo manejo quirúrgico de múltiples lesiones abdominales (estómago, yeyuno y colón), sin requerir de exploración de hematomas de retroperitoneo en zona II izquierda y zona IA, permitiendo la conservación de riñón izquierdo. El resultado postoperatorio fue óptimo, con egreso al decimosegundo día.

Conclusiones: El uso de la tomografía total o selectiva puede dilucidar, según la sospecha clínica, las trayectorias y lesiones asociadas en el paciente, salvaguardando su estado hemodinámico de forma segura y efectiva, disminuyendo así los procedimientos quirúrgicos y sus riesgos asociados.

Mínima invasión

01 - ID420

Gonadal iliac anastomosis, a minimally invasive approach for nutcracker syndrome: the first Latin American experience

Fernando Mejía; Juan Fernando Muñoz; Carlo Vallejo; Juan Varela; Iván David Lozada Martínez; Santiago Suárez; Alexis Narváez Rojas; Luis Felipe Cabrera Vargas

Clinica Colombia; Clinica Reina Sofia; Hospital Militar Central; Capitulo Futuros Cirujanos ACC
Fermejvillate@gmail.com

Introduction: Nutcracker syndrome (NS) is a rare disease, consisting of stenosis of the aortomesenteric region of the left renal vein (LRV). The current gold standard is open surgery. However, this carries the risk of complications and

reoperation. Gonado-iliac anastomosis is a novel technique not yet explored in Latin America.

Methods: Retrospective case series of four patients who underwent left gonado-iliac anastomosis through a left extraperitoneal mini incision approach for the treatment of NCS between January 2017 and April 2022 in Bogota, Colombia.

Results: All patients were women. All of them presented with anterior NS of primary cause. The average operative time was 81 minutes, with 30 cc of bleeding and a hospital stay of 1 day. No patient required admission to critical care, nor did they have any complications or need for reintervention. No patient died. Symptomatology resolved in full. Likewise, none required anticoagulation or administration of antiplatelet drugs during the postoperative period.

Conclusions: Left gonado-iliac anastomosis through an extraperitoneal mini-incision approach could be a safe and cost-effective treatment for NS, with low incidence of complications and drug requirement.

01 - ID538

Intervención laparoscópica para la corrección de hernias paraesofágicas: una serie de casos a lo largo de 18 años

Henry Hernando Martínez Báez; María Paula Gamboa Bernal; Mitzi Stephanie Flórez Benítez; Lina María Platero

Clínica Palermo; Hospital La Samaritana; Hospital de Mederi; Clinica del Country; Clínica Marly, Bogotá, D.C.

henryhmartinez@gmail.com

Introducción: Las hernias paraesofágicas representan el 5 % de las hernias hiatales y significan un desafío para los cirujanos por la alta tasa de recurrencia, con recidiva de los síntomas. El objetivo de este estudio fue describir una serie de casos de pacientes con hernias paraesofágicas tipo II, III y IV, a quienes se les hizo reparación laparoscópica en seis hospitales de IV nivel en Bogotá, D.C., Colombia y seguimiento postoperatorio.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, con muestreo no probabilístico. Se revisaron los pacientes intervenidos para corrección de hernia hiatal paraesofágica en 6 instituciones de Bogotá, todas las intervenciones realizadas por el mismo cirujano, en un periodo de 18 años.

Resultados: Se hizo seguimiento postquirúrgico entre un mes y 10 años, en el que se evaluaron 39 pacientes, con edad media de 68,7 años y una mayor presentación del sexo femenino (72 %). El tipo de hernia paraesofágica más frecuente fue la tipo III (56 %), seguida de las tipo II (23 %) y IV (21 %). La técnica quirúrgica más empleada fue el cierre primario del defecto herniario, sin colocación de malla (87 %). Durante el seguimiento, 5 % de los pacientes presentaron recidiva.

Conclusiones: Los resultados evidencian que los hallazgos epidemiológicos concuerdan con los reportados en la literatura médica a nivel mundial, presentando una recidiva del 5 %, con requerimiento de reintervención. Adicionalmente, se encontró que el reparo con cierre primario sin prótesis fue seguro en un alto porcentaje de pacientes.

01 - ID511

Manejo multidisciplinario del pseudoaneurisma de arteria pancreatoduodenal inferior asociado a síndrome compartimental abdominal

Isabella Garavis Montagut; Mauricio Pedraza Ciro; Germán Escallón; Rafael Vergara; Ricardo Buitrago; Carlos Hernán Roa Mejía

Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque

igaravis@unbosque.edu.co

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria pancreatoduodenal, ó también llamado falso aneurisma, es una entidad clínica poco frecuente, pero tiene una alta tasa de mortalidad, al causar una hemorragia intestinal masiva. Puede verse asociada a patologías tales como la pancreatitis, secundaria a erosión de los vasos principales o de aquellos que se encuentran alrededor del páncreas.

Métodos: Presentación de caso de un paciente

de 45 años, con historia de trauma cerrado de abdomen de una semana de evolución, asociado a distensión abdominal. Ingresa con choque hipovolémico y sin signos de irritación peritoneal, por lo que se decide llevar a TAC toracoabdominal con sospecha de síndrome aórtico agudo, hallando un pseudoaneurisma de la arteria pancreatoduodenal posteroinferior.

Resultados: Se decidió manejo endovascular con embolización con coils proximal y distal al pseudoaneurisma, con mejoría del cuadro de shock. Sin embargo, progresó con síndrome de compartimiento abdominal, disfunción renal y neurológica, que requirió laparotomía descompresiva y posterior cierre a las 48 horas. El paciente completó la vigilancia posoperatoria con adecuada recuperación clínica, con tolerancia a la vía oral. En el seguimiento a seis meses, no tuvo complicaciones tardías, ni requerimiento de reintervención.

Conclusiones: Los pseudoaneurismas de la arteria pancreatoduodenal inferior son poco comunes. El tratamiento ideal es el mínimamente invasivo, sin embargo, al no manifestarse con síntomas y signos claros, hay retraso en el manejo, condicionando a complicaciones mortales.

01 - ID397

Manejo quirúrgico de apendicitis aguda secundaria a perforación por espina de pescado

Mauricio Pedraza Ciro; Germán Escallón; Ana María Muñoz; Daniel García; Emma Cristina Gómez Trujillo; Rubén Luna

Universidad El Bosque; Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.

mpedraza93@gmail.com

Introducción: La apendicitis aguda es una de las principales causas de dolor abdominal a nivel mundial, que requiere manejo quirúrgico. Existen múltiples etiologías, siendo la principal causa la obstrucción endoluminal. Los cuerpos extraños en el apéndice cecal representan una entidad rara, sin embargo, se han reportado diversos objetos, de diferentes formas, que de alguna u otra manera llegaron a alojarse en el apéndice.

Métodos: Presentación de caso de un paciente de 45 años, con cuadro de dolor abdominal agudo de 12 horas de evolución, asociado a respuesta inflamatoria clínica y paraclínica. Al examen físico de ingreso, con signos de irritación peritoneal localizada en fosa iliaca derecha, por lo que se decidió llevarlo a apendicectomía laparoscópica.

Resultados: En cirugía se identificó perforación del apéndice cecal por cuerpo extraño (tipo espina); se completó la apendicectomía totalmente laparoscópica. Continuo manejo médico, con tolerancia a la vía oral a las 4 horas postoperatoria, adecuado control del dolor, con egreso al completar tres días de antibioticoterapia. En el control a los 10 días, con resolución completa del cuadro, sin complicaciones. La patología informó cuerpo extraño que perforaba todas las capas del apéndice, sin otros hallazgos.

Conclusiones: La apendicitis por cuerpo extraño es una condición rara, cuyas manifestaciones clínicas pueden ser desde silentes hasta cuadros de abdomen agudo. La cirugía laparoscópica permite realizar un manejo adecuado de esta patología y descartar otras complicaciones a nivel intrabdominal.

01 - ID416

Single incision laparoscopic appendectomy with surgical-glove port is cost-effective and reliable in complicated acute appendicitis: a case control multicenter study in Colombia

Andrés Felipe Carrillo Montenegro; Sofía Aristizábal Rojas; Jean André Pulido Segura; Mauricio Pedraza Ciro; Laura Padilla; Iván David Lozada Martínez; Alexis Narváez Rojas; Luis Felipe Cabrera Vargas

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.; Capítulo Futuros Cirujanos ACC

Andrewcarrmont@gmail.com

Introduction: Acute appendicitis is one of the most frequent causes of acute surgical abdomen with economic implications in health systems. The single-port (SPL) and multi-port (MPL) laparoscopic approach are the gold standard of management, due to its multiple advantages over open surgery. However, in some low- and middle-

income countries, the laparoscopic approach is not yet fully reproducible due to the costs of the technique. The surgical-glove port single incision laparoscopic appendectomy (SGP-SILA) has been proposed as a viable option. However, it has never been studied in Colombia.

Methods: A retrospective case-control study was carried out comparing patients undergoing laparoscopic appendectomy by SGP-SILA vs. MPL, evaluating operating costs associated with intraoperative and postoperative variables in two high-level hospitals in Bogota, Colombia. The data were analyzed and expressed according to their nature and distribution.

Results: A total of 116 patients were included (SGP-SILA: 62 and MPL: 54). The mean surgical time for SGP-SILA was 59.6 min vs. 42.2 min for MPL. SGP-SILA was shown to cause less bleeding (10 cm³ vs. 31.31 cm³) and lower frequency of surgical site infection (4 vs. 8 patients). Overall outcomes were similar in both groups, with no statistically significant differences. In addition, SGP-SILA generated a reduction in both direct and indirect operating costs of approximately 10% (616 USD vs. 683 USD).

Conclusions: SGP-SILA and MPL are feasible and comparable procedures in the resolution of complicated acute appendicitis. SGP-SILA turns out to be more cost-effective compared to MPL, due to the use of more easily accessible instruments.

Cirugía de trasplantes

01 - ID678

Trasplante hepático, experiencia de 10 años en la Regional 4

Cristian Eduardo Tarazona León; Mauricio Vanegas Ballesteros; Daniela Álvarez León; Fabio Alejandro Vergara Suárez; Gianmarco Camelo Pardo; Fabio Andrés García Salamanca

Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: El trasplante hepático se practica desde hace más de tres décadas en

Colombia, siendo en la actualidad el tratamiento de elección en pacientes con cirrosis hepática en etapa terminal, hepatocarcinoma o falla hepática aguda. El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas de los pacientes llevados a trasplante hepático en la Regional 4 de Colombia, en un periodo de 10 años.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de una cohorte de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, sometidos a trasplante hepático, en la Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia, entre los años 2011 y 2021.

Resultados: Se identificaron 64 pacientes, la edad promedio fue de 47 años y el 57,8 % hombres. La cirrosis por alcohol ocupó el primer puesto (34,2 %), seguido por las enfermedades autoinmunes (29,6 %) y la enfermedad por hígado graso no alcohólico (17,8 %). Según la clasificación Child-Pugh previo al trasplante, más del 50 % correspondían a estado B, con un score MELD promedio de 16,5.

Conclusiones: El trasplante hepático es la estrategia por seguir según indicaciones descritas a nivel mundial. Es un procedimiento que salva vidas en el contexto de pacientes con insuficiencia hepática, por eso, es necesario seguir apoyando el desarrollo de los programas de trasplante hepático en todo el territorio nacional colombiano.

Infecciones y heridas

01 - ID983

Plataforma de evaluación remota, objetiva y automatizada de la evolución de lesiones crónicas en extremidades por Enfermedad de Hansen

Laura Isabel Valencia Ángel; Olinto Mieles Burgos; Juan Carlos Castillo Cadena; Brayán Esneider Monroy Chaparro; Karen Yaneth Sánchez Quiroga; Paula Andrea Argüello Gutiérrez; Juan Sebastián Estupiñán; Jorge Luis Bacca Quintero; Claudia Victoria Correa Pugliese; Henry Arguello-Fuente

Universidad Industrial de Santander; Sanatorio de Contratación E.S.E.

laivalen@uis.edu.co

Introducción: El compromiso por la enfermedad de Hansen continúa teniendo impacto en salud pública. La valoración y el manejo de los pacientes procedentes de áreas rurales alejadas puede hacerse de manera remota, usando tecnología de procesamiento digital de fotografías tomadas por el personal de salud con la cámara del teléfono celular.

Métodos: Se incluyeron los pacientes hospitalizados en el Sanatorio de Contratación E.S.E., por lesiones en las extremidades secundarias a enfermedad de Hansen. Se evaluaron las lesiones usando fotografías iniciales y de seguimiento, que fueron procesadas en una plataforma en línea que cuenta con un algoritmo entrenado para detectar y segmentar las lesiones y, como resultado, establecer la progresión de acuerdo con sus características. Se diligenció consentimiento informado y se obtuvo aprobación de los Comités de ética del Sanatorio y de la Universidad.

Resultados: Se analizaron 866 imágenes fotográficas adquiridas por personal asistencial, en el seguimiento de 94 heridas en extremidades de 69 pacientes. El 82,6 % fueron hombres, la edad promedio de 75,5 años (DE: 9,9 años), el seguimiento promedio de las lesiones fue por 8 meses y el área promedio de las lesiones era 13,6 cm² (DE: 12,0 cm²). Se establecieron las áreas comprometidas por tejido necrótico, granulación y epitelización y el porcentaje de cambio hacia la resolución o progresión. Las imágenes fueron además usadas para entrenar estudiantes de salud en la evaluación de las mismas características, para establecer la concordancia.

Conclusiones: Con este proyecto, se logró la telemonitorización y seguimiento objetivo automatizado de lesiones crónicas en extremidades por enfermedad de Hansen en el Sanatorio de Contratación E.S.E., Contratación, Colombia, a través de una plataforma en línea.

Cirugía y COVID-19

01 - ID992

Experiencia en donación y trasplante de órganos con donantes COVID positivo. Serie de casos en Colombia

Julián Alonso Quintero Vaca; William Cruz Mususu; Andrea Mendoza Rodríguez; Camilo Andrés Aldana Londoño; Ximena Escobar; Luisa Fernanda Vargas; Juan Carlos Gallo; Camilo Montero

FUNDONAR Colombia; Clínica del Country; Fundación Cardioinfantil; Colombiana de Trasplante; Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C. ja.quinterocow@gmail.com

Introducción: Secundario a la pandemia por COVID-19 hubo un descenso en las cifras de donación y trasplante de órganos, afectando a los receptores en lista de espera. En el mundo se han generado estrategias para lograr trasplantes seguros mediante donantes portadores de SARS-CoV-2 asintomáticos.

Métodos: Presentamos la primera serie de donantes SARS-CoV-2 positivos en el país. Se trató de 5 donantes con bajo riesgo para COVID-19, con prueba rtPCR positiva en los exámenes de tamizaje rutinario para el proceso de extracción de componentes. Las pruebas de función hepatorenales fueron normales. Los órganos fueron trasplantados a 10 receptores renales y 2 hepáticos, a quienes se les realizó seguimiento postrasplante.

Resultados: La evolución de los receptores fue satisfactoria, sin disfunción de los injertos. Se iniciaron esquemas de inmunosupresión regulares, se evidenció mejoría clínica y paraclínica de su enfermedad de base. El seguimiento infeccioso no mostró presencia viral. La mortalidad fue nula, obteniendo una tasa de incidencia de 5,56 supervivientes por cada 10 personas-mes de seguimiento.

Conclusiones: Los procesos se realizaron siguiendo los protocolos de bioseguridad establecidos por el INS. Comparando el proceso con los realizados en donantes no-COVID, no se encontraron diferencias. Se realizaron PCR seriadas de control en intervalos de tiempo definidos. Dado el comportamiento funcional de los órganos trasplantados, se consideraron trasplantes exitosos, demostrando que existe una ventana de oportunidad para la realización segura de trasplantes de donantes con antecedentes infecciosos, siempre que se cuente con un

adecuado tamizaje y la experticia para el manejo de estas situaciones emergentes.

01 - ID745

Manejo de la estenosis laringotraqueal asociada a COVID-19: Serie de casos

Laura Viviana Mendieta Torres; Álvaro Antonio Herrera Hernández; Laura Isabel Valencia Ángel

Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga; Universidad Industrial de Santander

vivi884@gmail.com

Introducción: El aumento de la incidencia de estenosis laringotraqueal a partir de la pandemia por SARS-CoV-2 se asoció al manejo invasivo y prolongado de la vía aérea en los casos de pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) relacionado con COVID-19. El objetivo del estudio fue describir la experiencia clínica-quirúrgica del Servicio de Cabeza y Cuello en el manejo de estos pacientes en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Métodos: Se trata de una serie de casos de adultos con estenosis laringotraqueal severa asociada a intubación prolongada por COVID-19, desde julio de 2020. Se hizo un análisis descriptivo de las variables de interés, en términos de mediana y rango intercuartílico (RIC), frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes con estenosis laringotraqueal: cinco con lesión McCaffrey II, doce clasificados como III y uno IV. Diez eran hombres, la mediana de edad fue de 52 años (RIC: 45-57) y de la duración de ventilación mecánica invasiva de 13,5 días (RIC: 10-17). Siete pacientes requirieron traqueostomía en UCI. Inicialmente, seis pacientes fueron llevados a reconstrucción laringotraqueal y doce a dilataciones, pero de estos, cuatro requirieron reconstrucción. Cuatro de las reconstrucciones presentaron re-estenosis; siete pacientes presentaron complicaciones y tres fallecieron.

Conclusiones: La estenosis de la vía aérea asociada a COVID-19 representa un reto en el manejo, dada la presencia de compromiso pulmonar y del estado general como secuela de

la enfermedad, comorbilidades y complejidad de las lesiones laringotraqueales. Aunque la mayoría de los pacientes se manejaron con dilataciones inicialmente, hubo alta probabilidad de necesidad de reconstrucción y de reintervención por re-estenosis y otras complicaciones, con una mortalidad en esta serie del 17 %.

01 - ID441

Isquemia mesentérica aguda inducida SARS-CoV-2: un estudio latinoamericano prospectivo multicéntrico

Miguel Ángel Murcia Claros; Diego Fernando Salcedo Miranda; Paula Andrea López Muñoz; John Alexander Bustos Molina; Laura Quintero Rojas

Departamento de Cirugía Universidad El Bosque; Departamento de Cirugía Fundacional Santa Fe; Departamento de Cirugía Fundacional Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C. ma.murcia10@uniandes.edu.co

Introducción: El SARS-CoV-2 inicialmente se consideró un patógeno del tracto respiratorio, pero puede causar disfunción de múltiples órganos y predisponer al tromboembolismo venoso y arterial. Cada vez se describen más las complicaciones tromboembólicas en la neumonía por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, analítico, multicéntrico (Hospital Simón Bolívar, Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca, Fundación Santa Fe de Bogotá y Clínica Nueva) en Bogotá, D.C., Colombia, desde marzo de 2020 hasta agosto de 2021, donde se identificaron los pacientes adultos ingresados con SARS-CoV-2 COVID-19 grave, que requirieron manejo de la infección en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y desarrollaron isquemia mesentérica aguda (IMA). Se hizo un análisis estadístico cuantitativo inferencial, con regresión logística entre las pruebas positivas de COVID-19 y la IMA.

Resultados: En lo que respecta a las comorbilidades que presentaban los pacientes, la más prevalente fueron las enfermedades hematológicas (25 %). El tiempo de evolución de la enfermedad por COVID-19 presentó una mediana

de 4,5 días antes de la intervención y los síntomas digestivos se presentaron con una mediana de 4 días.

El 66,7 % de las intervenciones quirúrgicas se realizaron vía abierta y el 33,3 % por vía laparoscópica; el tiempo quirúrgico promedio fue de 110 minutos. Se requirió resección de intestino delgado en el 66,7 % y de intestino grueso en el 33,3 % de los pacientes. La mediana de la estancia en hospitalización fue de 24,8 días y en UCI fue de 21,5 días. La mortalidad se presentó en 66,7 % de los pacientes

Conclusiones: La infección aguda por SARS-CoV-2 es un factor de riesgo para el desarrollo de isquemia mesentérica aguda.

Cirugía general

01 - ID871

¿Isquemia mesentérica o enteritis lúpica?: A propósito de un caso

Carlos Mauricio Ocampo Echavarría; Juan Andrés Lozano Arce; Jorge Andrés Castrillón Lozano; Vivian Michel Yurgaky Blandón

Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín

carlosmocampo@gmail.com

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que puede afectar múltiples órganos. A nivel digestivo el daño puede manifestarse de distintas maneras, incluyendo la enteritis lúpica, que es una complicación rara y se debe sospechar en pacientes con LES que tienen síntomas intestinales.

Métodos: Presentación de caso de una paciente de 26 años con antecedente de lupus, que consultó a urgencias por dolor abdominal, asociado a emesis y episodios diarreicos. Al examen físico sin signos de irritación, por lo que se solicitaron paraclínicos, manejo sintomático y esquema de hidratación. La tomografía computarizada de abdomen con contraste reportó asas engrosadas, haciendo sospechar isquemia mesentérica.

Resultados: Posteriormente, los estudios de laboratorio orientaron la sospecha hacia enteritis

lúpica, por lo que se empezó tratamiento con dosis altas de glucocorticoides. La paciente continuó estable, pero con distensión abdominal, entonces se solicitó de manera urgente remisión a reumatología.

Conclusiones: Hay pocos estudios sobre enteritis lúpica, lo que dificulta conocer la prevalencia de esta manifestación. Las lesiones del tracto gastrointestinal producidas por LES son poco frecuentes, pero graves y potencialmente mortales, lo cual obliga a realizar un diagnóstico precoz e instaurar el manejo adecuado. Se debe mantener un alto índice de sospecha cuando se evalúan pacientes con LES que presentan síntomas gastrointestinales, para prevenir lesiones graves como necrosis intestinal e incluso la muerte.

01 - ID968

A case of a female patient with an umbilical hernia containing the appendix during a routine umbilical herniorrhaphy

Fernando García; Daniela Burbano; Alberto Federico García Marín; Camilo José Salazar

Universidad de Caldas, Manizales; Clínica San Marcel; Fundación Valle del Lili, Cali

nandogarcia59@hotmail.com

Introduction: Contents of umbilical hernias are most commonly preperitoneal fat tissue, omentum, small intestine or a combination of them. Large intestine is very rarely involved.

Methods: A female patient of 68 years was admitted for a scheduled umbilical herniorrhaphy. During surgery, the hernia sac was opened and the appendix was visualized without signs of acute inflammatory process. Regular appendectomy was carried out and herniorrhaphy was completed without complications. The pathology reported an appendix of 7 x 0.8 cm, with a microscopic analysis of slight edema of the appendiceal walls, with an increase in inflammatory infiltration of neutrophils in the muscular layer and follicular lymphoid hyperplasia, suggesting early changes of acute appendicitis. The patient was managed on an outpatient basis, and assisted to ambulatory postoperative control with a good recovery and no complications.

Results: Umbilical hernias containing appendix are rarely reported in the literature, and possesses no eponym as of yet. In our search, we identified the first report made in 1965 in Russia by Bulgakov, for 16 reported cases. All of them being reported in the acute care setting either of acute appendicitis in an appendix that is position in an umbilical hernia sac or a hernia with an strangulated viscera that happens to involve the appendix due to its variable anatomical locations. Of them, three were pediatric patients and 13 were adults.

Conclusions: Umbilical hernias containing appendix are extremely rare entities, mostly related in the acute care setting and none of it an outpatient scenario.

01 - ID435

A rare case of perineal gastrointestinal stromal tumor

Ana María Muñoz Escandón; Rafael García Duperly; Anwar Medellín Abueta

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
munoze.ana78@gmail.com

Introduction: Tumors at the ischiorectal fossa and perineal space are uncommon. They are usually an extension of tumors of the anal canal or the rectum and in most of the cases have a malignant course.

Methods: We present the case of a patient with the diagnosis of a perineal GIST, who received neoadjuvant treatment with tyrosine kinase inhibitor and then surgery.

Results: Different surgical approaches have been described, but none of them has absolute indications. The decision to perform one technique over another depends on tumor characteristics, sphincter complex compromise, and medical status of each patient. Even though there is not much evidence in the literature about this pathology, medical and surgical approach is crucial on the oncological prognosis of the patient.

Conclusions: Even though there isn't much evidence in the literature about this pathology, medical and surgical approach is crucial on the oncological prognosis of the patient.

01 - ID765

A simple maneuver to improve the low cost homemade retrieval bag in laparoscopic emergency procedures

Luis Felipe Cabrera Vargas; Mauricio Pedraza Ciro; Brandon Steven Aparicio Blanco; Nicolás Sánchez; Fabien Mantilla Sylvain; Laura González; Lilian Torregrosa Almonacid; Iván David Lozada Martínez; Nicolás Forero

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introduction: One of the challenges during laparoscopic emergency procedures as laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic appendectomy is the extraction of the surgical specimen through a 10 mm incision without a higher surgical procedure cost. This is a very important consideration in the case of a large specimen with gangrenous walls, pus or bile spillage or tumor involvement.

Methods: We developed a novel and simple surgical technique to improve the performance of a low cost homemade retrieval bag made of saline solution bag to be used during laparoscopic emergency procedures as appendectomy and cholecystectomy without increasing the cost of the surgeries and avoiding the risk of superficial and deep surgical site infection.

Results: The homemade low cost retrieval bag is built using a 250 cc saline solution bag. The 250 cc saline solution bag is cut in its upper edge and then is completely everted. The next step consists in rolling up the everted 250 cc saline bag and clamping it using Rochester clamps to allow an easy way to introduce it into the peritoneal cavity through the umbilical port incision.

Conclusions: The ideal surgical specimen retrieval system must be easy to handle, resistant, allow easy entrapment of the specimen and good visibility with a minimal number of ports and laparoscopic clamps. In our experience, our homemade retrieval bag can be safely pulled from the abdominal cavity, and the bag never broke during manipulation. Most importantly, our retrieval bag is an extremely cost-effective, easily

made, artificial product, which obviates any extra cost to the patient or the healthcare system.

01 - ID893

Abordaje cooperativo laparoendoscópico de un GIST localizado cerca de la unión gastroesofágica: Informe de caso

Ricardo Elías Núñez Rocha; Mario Alberto Latiff Maldonado; Valentina Pérez; María Lorena Urango; Renzo Pinto Carta; Gabriel Herrera Almarino

Universidad de los Andes; Fundación Santa Fe de Bogotá

ricardoeliasnunezrocha@gmail.com

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son infrecuentes y su presentación clínica varía entre pacientes asintomáticos y síntomas difusos, como dolor abdominal y dispepsia, entre otros. El enfoque quirúrgico depende de la localización y el tamaño del tumor. Existen algunos reportes sobre el abordaje quirúrgico específico para los GIST localizados en la unión gastroesofágica. El objetivo de este trabajo fue informar el caso de un paciente con un diagnóstico de GIST, localizado cerca de la unión gastroesofágica, y el enfoque quirúrgico seleccionado para el tratamiento.

Métodos: Presentamos un paciente de 70 años, que desarrolló hemorragia digestiva alta con shock hemorrágico, acompañado de elevación de troponinas, por lo que requirió tratamiento transfusional. La ecografía endoscópica mostró una lesión ulcerada subcardial, de 16 x 5 mm, localizada 2 cm distal a la línea Z; la biopsia de la lesión resultó negativa para malignidad.

Resultados: Se decidió realizar un abordaje quirúrgico combinado laparoendoscópico por el servicio de gastroenterología intervencionista y el servicio de cirugía oncológica. El manejo específico de los GIST depende de la localización del tumor, aunque la resección quirúrgica completa sigue siendo el tratamiento de referencia. Se pueden utilizar técnicas mínimamente invasivas para valorar estos tumores, lo que conlleva estancias hospitalarias más cortas y un menor riesgo de complicaciones.

Conclusiones: Los GIST situados cerca de la unión gastroesofágica requieren un abordaje complejo. La cirugía cooperativa laparoscópica y endoscópica (LECS) es un enfoque prometedor para el manejo de estas lesiones, incluso cerca de la unión gastroesofágica, donde el abordaje laparoendoscópico parece ser factible para los GIST. Se justifican más estudios para corroborar nuestros resultados y establecer el enfoque quirúrgico apropiado para estos tumores.

01 - ID727

Absceso hepático por perforación gastrointestinal secundaria a espina de pescado evidenciado en tomografía computarizada contrastada de abdomen: Reporte de caso

María Alejandra Ceballos Mora; Diego Orlando Sierra Barbosa; José Gabriel Rozo Poveda; Nicolás David Bastidas Gutiérrez

Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, D.C.; Clínica Universidad de La Sabana; Universidad de La Sabana, Chía

mariacebmor@unisabana.edu.co

Introducción: El absceso hepático piógeno es el absceso visceral más común, con una incidencia anual estimada de 2,3 casos por 100.000 habitantes. Se ha reportado en la literatura con presentación de hasta un 40 % cuando su origen es por contigüidad de infecciones de la vía biliar, pero en raras ocasiones se ha descrito causado por perforación intestinal por un cuerpo extraño (menos del 1 % de los casos). El objetivo de este trabajo fue presentar el caso clínico de un paciente con abscesos hepáticos a repetición, secundario a migración de una espina de pescado al lecho hepático.

Métodos: Presentación de caso de un paciente de 68 años, con un cuadro febril, dolor abdominal generalizado y emesis. En la tomografía se observó un absceso en el lóbulo hepático izquierdo y un cuerpo extraño, por lo que fue llevado a cirugía.

Resultados: Por laparotomía se hizo drenaje de absceso subcapsular hepático en segmento III (de 800 ml) más extracción de cuerpo extraño (espina de pescado); se colocaron dos drenajes

de Jackson Pratt, los cuales a los 7 y 12 días del postoperatorio obtuvieron un drenaje menor de 10 ml en 24 horas, por lo que fueron retirados. De igual forma, infectología a pesar de los cultivos intraoperatorios negativos, indicó cuatro semanas de antibiótico con meropenem. El paciente tuvo evolución satisfactoria, sin nueva sintomatología y sin complicaciones.

Conclusiones: Al presentarse un absceso hepático, se debe tener en cuenta como posible etiología un cuerpo extraño. Así mismo, cuando el absceso es causado por un cuerpo extraño, se requiere manejo multidisciplinario con terapia antimicrobiana, drenaje del absceso y extracción del cuerpo extraño, vía percutánea, endoscópica o quirúrgica.

01 - ID819

Adenocarcinoma gástrico: Una etiología única de encefalitis paraneoplásica autoinmune. Reporte de un caso

Luisa Fernanda Trujillo Guerrero; Camilo Ramírez Giraldo

Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C.

luisafe.trujillo@urosario.edu.co

Introducción: Los síndromes neurológicos paraneoplásicos (SNP) son un grupo de trastornos neurológicos que pueden afectar cualquier parte del sistema nervioso y están mediados por patógenos inmunitarios producidos por el cáncer. Al asociarse a tumores sólidos, se presentan en menos del 1 % de la población, ocurren lejos de un tumor maligno y no son causados por metástasis, trastornos nutricionales o efectos secundarios de la terapia relacionada con el tumor.

Métodos: Reporte de caso de un paciente con encefalitis límbica secundaria a un adenocarcinoma gástrico, manejado en un hospital de IV nivel en Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Presentamos el caso de un paciente de 47 años, previamente sano, quien consultó por deterioro cognitivo, alteraciones conductuales, afasia, disartria y movimientos tónico-clónicos generalizados. Se realizaron estudios de extensión que resultaron normales, sin presencia de

anticuerpos onconeurales, pero por persistencia de crisis convulsivas y una alta sospecha de encefalitis inmunomediada, se dio manejo con metilprednisolona y plasmaféresis. Sospechando un SNP, se documentó un adenocarcinoma gástrico fundocorporal, estadio III T3N1M0, y se decidió iniciar manejo neoadyuvante.

Conclusiones: El SNP de un adenocarcinoma gástrico ha sido documentado en pocos pacientes en la literatura. Es importante describir y reconocer los casos para poder sospechar malignidad y así tener un diagnóstico precoz, iniciar tratamiento y evitar secuelas neurológicas irreversibles.

01 - ID952

Angina mesentérica como presentación clínica de isquemia mesentérica crónica, revisión de caso

Jesús José Dueñas Orejuela; Jorge Adalberto Márquez Rodríguez; Diana María Calderón Sierra; Johan Sebastián Merchán Cepeda; Leonardo Andrés Garcés Patiño; Jorge David Prieto Delgado

Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
jtduormd@gmail.com

Introducción: La angina mesentérica es una presentación clínica de características inespecíficas, cuyo diagnóstico tardío tiene alta tasa de morbimortalidad, por lo que se hace imperativo para el cirujano general, considerarla y estudiarla de forma oportuna.

Métodos: Se describe caso clínico de paciente de 68 años, con antecedente de tabaquismo pesado, quien ingresa por dolor abdominal crónico, inespecífico. Se diagnosticó oclusión parcial de arteria mesentérica superior. Fue llevada a aortograma, donde se corroboró hallazgo inicial, y en mismo tiempo, por vía endovascular se practicó angioplastia más colocación de stent.

Resultados: La paciente tuvo mejoría clínica desde el postoperatorio inmediato, logrando total resolución de síntomas, manifestado en la consulta de seguimiento.

Conclusiones: El diagnóstico oportuno y el manejo temprano tienen gran impacto en el curso natural de la estenosis mesentérica superior, como

implicación y causa de la isquemia mesentérica crónica.

01 - ID793

Apendicitis del muñón. Reporte de un caso

Paula Carolina Gómez García; Diego Orlando Sierra Barbosa; Margarita Rosa Gómez Díaz; Sebastián Diagama Restrepo; Andrea Juliana Pico Camacho
Clínica Universidad de La Sabana, Chía
pcarolinagomezg@gmail.com

Introducción: La apendicitis del muñón es una complicación tardía y poco frecuente de la apendicectomía. Su incidencia real es desconocida y difícil de establecer; sin embargo, se reporta una incidencia aproximada del 0,06 – 0,15 % en EE. UU. En la práctica quirúrgica puede ser difícil diagnosticarla y, por ende, se debe tener un alto grado de sospecha. El riesgo de apendicitis del muñón aumenta cuando el remanente apendicular es mayor de 0,5 cm, por lo que es importante identificar adecuadamente la base apendicular durante la apendicectomía.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 24 años, con antecedente de apendicectomía laparoscópica no complicada hacía un año, que consultó por dolor en fosa iliaca derecha, asociado a fiebre y náuseas. Se realizó una tomografía contrastada de abdomen que evidenció una estructura de apariencia tubular dependiente del ciego, compatible con apendicitis aguda.

Resultados: Fue llevado a laparoscopia exploratoria encontrando muñón apendicular de 3 cm de longitud, con perforación, fecalitos periapendiculares y absceso en íleon terminal.

Conclusiones: Esta patología es poco frecuente, sin embargo, siempre debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal en fosa iliaca derecha y antecedente de apendicectomía, para prevenir complicaciones por diagnóstico y tratamiento tardío.

01 - ID1010

Aplicación de cirugía de citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal en patologías infrecuentes

Camilo Ernesto Cetares Salas; Fernando Arias Amézquita; Eduardo Emilio Londoño Schimmer; Jorge Miguel Otero Bernal; Alma Vanessa Burbano Erazo

Fundación Santa Fe de Bogotá
camilo.cetares@fsfb.org.co

Introducción: La cirugía de citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (CCR-HIPEC) es el tratamiento de tumores primarios y secundarios del peritoneo. Con el entendimiento de la técnica quirúrgica, se evidencia su beneficio en más patologías.

Métodos: Se revisó de forma retrospectiva los registros clínicos desde 2007 hasta julio de 2022, identificando los pacientes con CCR-HIPEC con diagnósticos infrecuentes. Se evaluaron las características demográficas, clínicas, patológicas y desenlaces, comparándolos con la literatura universal.

Resultados: Se identificaron cinco pacientes con diagnósticos menos frecuentes, que fueron: adenocarcinoma de intestino delgado con carcinomatosis peritoneal, actualmente vivo, con supervivencia libre de enfermedad (SLE) de 34 meses; sarcoma de células pequeñas redondas y azules con extenso compromiso peritoneal, con respuesta parcial a quimioterapia neoadyuvante, administrando quimioterapia y radioterapia adyuvante, presentando recaída tumoral a los 23 meses, hoy supervivencia de 24 meses; carcinoma de vesícula biliar, manejada en conjunto con cirugía hepatobiliar, sin complicaciones posquirúrgicas, recibió radioterapia y quimioterapia adyuvante; tumor fibroso solitario del ovario, intervenida tempranamente sin complicaciones; carcinosarcoma uterino, sin complicaciones postoperatorias, pero la única de esta serie que ha fallecido, con SLE de 125 meses. Eran pacientes entre 20 y 55 años de edad, dos de ellos en recaída tumoral a 23 y 34 meses. La estancia hospitalaria, complicaciones y tiempos quirúrgicos fueron similares a los datos obtenidos de todos los pacientes llevados a CCR-HIPEC.

Conclusiones: La CCR-HIPEC tiene un impacto significativo en el tratamiento de pacientes en edad productiva, que tienen alternativas limitadas. Se

describió una serie de pacientes con muy buenos desenlaces, dado el mal pronóstico descrito para estas patologías.

01 - ID938

Asociación clínica entre el síndrome de Heyde y hemorragias gastrointestinales

Ilich Andrei Zúñiga Gaitán; Carlos Fernando Munar Holguín; María José Dussán Delgado; Hana Jiménez Muller

Universidad del Valle, Cali
ilich.cirugia@gmail.com

Introducción: La estenosis severa de la válvula aórtica, una de las que más se presenta, conlleva en muchos casos al cambio valvular para el tratamiento, con una importante morbimortalidad. El síndrome de Heyde es una patología que pocas veces se presenta y el hacer el diagnóstico no siempre resulta fácil.

Métodos: Reporte de caso de una mujer de 62 años, con antecedente de cambio valvular aórtico mecánico anticoagulada con Warfarina y requerimiento de múltiples transfusiones sanguíneas e incluso hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos. Ingresó a urgencias por hemorragias gastrointestinales superiores e inferiores. Al inicio del cuadro clínico se sospechó de que se trataba de un sangrado por enfermedad ulcero péptica, sin embargo, con los hallazgos endoscópicos de angiodisplasia, se sospechó que pudiese tener una relación con el síndrome de Heyde. Se hizo revisión de la literatura al respecto.

Resultados: La literatura reporta que una de las causas fisiopatológicas del síndrome de Heyde es el déficit del factor de von Willebrand, porque al perderse los multímeros moleculares se favorece la aparición del sangrado. La paciente fue llevada a múltiples intervenciones no invasivas, manejo endoscópico, con posterior mejoría y fue dada de alta.

Conclusiones: La patología cardiovascular cada vez cobra importancia en el área de Cirugía general. Conocer la existencia del síndrome de Heyde nos permitirá saber cómo manejarlo y cuál es la mejor opción terapéutica.

01 - ID599

Asociación entre variables clínicas y quirúrgicas con los resultados postoperatorios en pacientes tratados por obstrucción intestinal por afecciones no malignas

Felipe Girón Arango; Carlos Eduardo Rey Chaves; Lina Marcela Rodríguez; Roberto Rueda; Ricardo Elías Núñez Rocha; Juan Pedraza; Danny Michell Conde Monroy; Marco Vanegas; Gabriel Herrera Almario; Ricardo Manuel Nassar Bechara; Juan David Hernández

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe; Escuela de Medicina, Universidad del Rosario; Escuela de Medicina, Universidad de los Andes; Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C.

felipegiron15@gmail.com

Introducción: Muchos factores pueden conducir a diferentes desenlaces en el manejo de la obstrucción intestinal. El objetivo de este estudio fue describir los factores relacionados con la morbilidad y la mortalidad en el manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal, según la experiencia de un único centro asistencial, en Bogotá, D.C., Colombia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con base de datos prospectiva de los pacientes sometidos a manejo quirúrgico por obstrucción intestinal entre 2004 y 2015. Se describieron datos demográficos, perioperatorios, resultados quirúrgicos, morbilidad y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 366 pacientes, el 54,6 % mujeres. La edad media fue de 61,26 años. El abordaje laparoscópico se realizó en el 21,8 % y la tasa de conversión fue del 17,2 %. Se realizó resección intestinal en el 37,9 % de los casos. Se observaron complicaciones postoperatorias en el 18,8 %; las reintervenciones y la mortalidad fueron del 9,5 % y el 4,1 %, respectivamente. El abordaje laparoscópico mostró un menor tiempo de tránsito intestinal (media de 28,67 frente a media de 41,95 horas), y de reinicio de la ingesta oral tras la cirugía (media de 96,06 frente a media de 119,65) en comparación con el abordaje abierto. El aumento de la frecuencia cardíaca ($p=0,01$) y la

duración de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ($p=0,000$) se relacionaron con la mortalidad. En cuanto a la morbilidad, la laparotomía ($p=0,02$) y la necesidad ($p=0,008$) y duración de la estancia en la UCI ($p=0,000$) se relacionaron con cualquier complicación de forma estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los pacientes con aumento de la frecuencia cardíaca en urgencias, disminución de la cantidad de líquidos intravenosos, necesidad y mayor duración de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos y retraso en la reanudación de la ingesta oral tras la cirugía parecen tener malos resultados. El enfoque laparoscópico parece ser un enfoque seguro y factible para el tratamiento de la obstrucción intestinal.

01 - ID743

Calidad de vida posterior a manga gástrica para el tratamiento de obesidad por cirugía mínimamente invasiva

Karl Alexander Torres Cortes; Martha Juliana Flórez Robayo; Deyvis Jesús López Melo; Ada Bustos; Alexander Bahamón Flórez; Jennifer Carreño; Rafael Alberto Olarte; Hender Alirio Hernández Martínez; María Sofía Labrador Morales

E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta
epidemiologia@herasmomeoz.gov.co

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la obesidad ha incrementado en nuestra región. El objetivo de este trabajo fue describir la calidad de vida en pacientes sometidos a manga gástrica laparoscópica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, un centro de referencia de Cúcuta, Colombia, mediante la aplicación del cuestionario SF-36_RAND.

Métodos: Se incluímos los pacientes consecutivos elegibles para manga gástrica por técnica laparoscópica, que ingresaron al Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia, entre 2015 y 2021. Los cambios en el peso se analizaron mediante el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP). Se evaluó la calidad de vida mediante la encuesta RAND de 36-ítems. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética institucional.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes, el 72 % mujeres. La mediana del IMC fue de 44 kg/m² (RIQ 41- 50). En 82 (85 %) pacientes había al menos una comorbilidad asociada a la obesidad, siendo los más frecuentes el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño ($n=34$), artropatía ($n=32$), hipertensión arterial sistémica ($n=30$) y diabetes mellitus ($n=20$). Un PSP > 35 % se alcanzó en 53 (55 %) pacientes antes del año de seguimiento y > 50 % en 34 (35 %) pacientes en cualquier momento del seguimiento. La calidad de vida postoperatoria se valoró en las 7 dimensiones: funcionamiento físico (76 ± 34), rol físico (77 ± 42), vitalidad (70 ± 26), función social (78 ± 31), rol emocional (78 ± 42), salud mental (72 ± 29) y transición de salud (82 ± 23). No hubo reporte de exitus intra o postoperatorio.

Conclusiones: La manga gástrica por vía laparoscópica en nuestro medio cumple con los estándares actuales de pérdida de peso y favorece indicadores de calidad de vida en el seguimiento de los pacientes.

01 - ID966

Caracterización de la angina de Ludwig complicada en un hospital de tercer nivel en Bogotá, Colombia

Marco Antonio Vanegas Cabrera; Guillermo Andrés Torres Cuellar; José Alejandro Díaz Castillo; Julio Hernando Naranjo Gálvez; Jorge Armando Ángel Barrios

Subred integrada de servicios de salud suroccidente - Hospital de Kennedy, Bogotá, D.C.
marco.vanegas@urosario.edu.co

Introducción: La angina de Ludwig es una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son factores importantes para disminuir la mortalidad asociada.

Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal donde se incluyeron todos los pacientes adultos con diagnóstico de angina de Ludwig que fueron llevados a drenaje quirúrgico, entre el primero de agosto del 2017 y el 31 de mayo de 2020, en el Hospital de Kennedy, Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, con rango de edad entre los 20 años y 80 años y un promedio de $39,1 \pm 19,6$ años. El género más frecuente fue el masculino. El 42,9 % de los pacientes requirió intubación orotraqueal y el 92,2 % de los pacientes tenían infecciones odontogénicas. Se realizó un abordaje por cervicotomía en el 71 % de los casos, mientras en el 28,6 % se logró hacer un drenaje por incisión localizada. El 42 % de los casos requirieron ser reintervenidos por mala evolución clínica y las complicaciones más frecuentes fueron sepsis (35 %), mediastinitis (14,3 %) y fasciitis necrosante (7,1 %). La estancia hospitalaria promedio fue de 21,5 días, con un mínimo de 3 días y máximo de 55 días. La mortalidad a 30 días fue del 7,1 %.

Conclusiones: La angina de Ludwig es una patología poco frecuente, asociada a complicaciones severas en la mayoría de los casos. El diagnóstico y drenaje precoz pueden disminuir la morbilidad y la mortalidad asociada al tratamiento. Es importante anotar que en muchos de los pacientes no se logra cultivar un germen específico, por lo que se recomienda un tratamiento antibiótico direccionado a gérmenes de la cavidad oral.

01 - ID479

Choques medular y hemorrágico en trauma cerrado: Reto quirúrgico multidisciplinario. Toracofrenolumbotomía, artrodesis y cuidado crítico

Carolina María Rodríguez Vargas; Diego Alejandro Veloza Pachón

Hospital de San José, Bogotá, D.C.

cmrodriguez2@fucsalud.edu.co

Introducción: El trauma raquímedular y el choque generan un alto impacto en la vida laboral y económica y los desenlaces están directamente relacionados con el adecuado y oportuno manejo multidisciplinario.

Métodos: Reporte de caso de paciente masculino de 57 años, sin antecedentes de importancia, traído al hospital de San José de Bogotá, por caída de 6 metros de altura 30 minutos antes. Ingresó con TA 63/42 mmHg, FC 48 LPM, FR 20 RPM y SaO₂ 82 % con FIO₂ 28 %, Glasgow 15/15, disminución

del murmullo vesicular basal derecho y pérdida de la función motora desde T10. Por lo anterior, se consideró que se trataba de un paciente en choque neurogénico por trauma raquímedular y contusión pulmonar derecha con neumotórax derecho asociado a descartar.

Resultados: Se solicitaron paraclínicos e imágenes diagnósticas con las que se confirmó hemoneumotórax derecho, contusión pulmonar y fracturas de la tercera de doceava costillas, pérdida de la altura de los cuerpos de T12 y L1 con compromiso de los muros posteriores de ambas vertebras y disminución del canal medular de hasta un 80 %. Se realizó toracostomía cerrada derecha y corpectomía más discectomía T12-L1 por toracofrenolumbotomía izquierda. Asociado al choque medular, en cirugía se presentó choque hemorrágico a pesar de politransfusiones, debido a una pérdida sanguínea de 4.500 ml, que ocasionó parada cardíaca, que retornó con masaje cardíaco directo a circulación espontánea. Se logró completar la cirugía y se trasladó a la Unidad de Cuidado Intensivo, donde inicialmente requirió soporte vasopresor y transfusiones hasta obtener metas.

Conclusiones: La evolución del paciente fue satisfactoria, logrando retiro de los soportes. Egresó de la Unidad de Cuidado Intensivo con laboratorios en rangos de normalidad y mejoría significativa del déficit neurológico. Con el manejo multidisciplinario, se logró conservar la función del paciente para su retorno laboral. Como manejo definitivo se programó para cifoplastia posterior.

01 - ID990

Cirugía tiroidea en Popayán-Cauca, experiencia entre los años 2017-2020

Wilson Germán Joaqui Samboni; Jorge Augusto Herrera Chaparro; Hernando Vargas Uricoechea

Universidad del Cauca; Clínica La Estancia, Popayán
wgjoaqui@unicauca.edu.co

Introducción: El manejo quirúrgico de la enfermedad tiroidea es prevalente, tanto para las enfermedades tumorales como para las no neoplásicas. Las consecuencias derivadas de dicho

manejo son muy variables y dependen de diversos factores.

Métodos: Estudio observacional, tipo cohorte ambispectiva, basado en los registros de cirugía tiroidea en Clínica La Estancia, un centro de referencia en Popayán, Colombia, entre los años 2017-2020.

Resultados: Se analizaron 323 pacientes, 204 con patología tumoral y 119 sin tumores. El 87,2 % de la patología tumoral se presentó en mujeres. Dos terceras partes de los procedimientos correspondieron a tiroidectomía total, con incremento del 50 % por año en procedimientos quirúrgicos. Dentro de la patología tumoral, el carcinoma diferenciado por carcinoma papilar, folicular o de células de Hurthle, fueron los más frecuentes; dentro de esta cohorte no se encontró otro tipo de carcinoma, como medular o anaplásico. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron: hipocalcemia postoperatoria (9 %), hematoma del sitio operatorio (3 %), infección del sitio operatorio (1 %), cicatriz retráctil (0,03 %), lesión unilateral del nervio laríngeo recurrente (0,06 %) y queloide (0,09 %).

Conclusiones: En nuestro medio, se documentó un incremento marcado en el número de cirugías de la tiroides, en especial por patología tumoral. La frecuencia de complicaciones es la esperada para un centro de referencia.

01 - ID644

Cirujanos de hernias y defectos de pared abdominal, estrategias para optimizar resultados en un caso complejo

Mauricio Zuluaga Zuluaga; Luis Fernando Pino
Universidad del Valle; Clínica DESA, Cali
zuluaga.mauricio@correounivalle.edu.co

Introducción: Los pacientes con historia de resección abdominoperineal por cáncer requieren ostomías definitivas. Pueden presentar hernias perineales por debilidad del piso pélvico. Los abordajes mínimamente invasivos y los abordajes mixtos son parte de las estrategias que tiene el cirujano de pared abdominal. La preparación de los pacientes es fundamental para garantizar los

mejores resultados.

Métodos: Reporte de caso de una paciente de 70 años, con IMC 36 kg/m², quien presenta hernia perineal secundaria y hernia periostomal L2W3 (tipo IV) sintomática, asociada a defecto M2M3M4W2. Se hizo prehabilitación de pared, con pérdida de peso hasta alcanzar IMC de 28 kg/m², más rehabilitación cardiovascular. Después de 6 meses de preparación, se colocó toxina botulínica tipo A y 4 semanas después de llevó a cirugía en 2 tiempos, mediante abordaje abdominal y perineal.

Resultados: En el tiempo abdominal se hizo corrección de la hernia paraestomal por vía laparoscópica más abordaje abierto; requirió reacomodación del estoma por ausencia del recto abdominal izquierdo, reconstrucción de la pared abdominal con técnica de Rives Stoppa, incluyendo la ostomía con técnica keyhole más liberación de las adherencias en la región pélvica. En el segundo tiempo se utilizó un abordaje perineal con colocación de malla. Tuvo buena evolución y se dio salida a las 48 horas. Se hizo control posoperatorio al mes y al tercer mes, sin encontrar recurrencia.

Conclusiones: El cirujano de hernias y defectos de pared abdominal debe estar en capacidad de resolver todos los casos de defectos en la pared abdominal que se presenten. Los grupos multidisciplinarios y la preparación de los pacientes para ser llevados a cirugía optimizan los resultados.

01 - ID447

Colangiografía intraoperatoria y la utilización del verde de indocianina en colecistectomía segura: revisión narrativa de la literatura

Jairo Esteban González Apraez; Aníbal Manuel Ariza Gutiérrez; Catalina Gutiérrez; Juan Felipe González Apraez

Pontificia Universidad Javeriana; Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.
jgonzalez.05@hotmail.com

Introducción: La colecistectomía por laparoscopia es uno de los procedimientos más comúnmente realizados por el cirujano. Puede ser una cirugía relativamente sencilla o muy compleja,

dependiendo del grado de inflamación de las estructuras de la vía biliar, por lo que se pone en riesgo a lesiones iatrogénicas. Se han propuesto estrategias para evitar estas lesiones, como la identificación de la visión crítica de seguridad o el uso de imágenes diagnósticas, por ejemplo el verde de indocianina y la colangiografía intraoperatoria. El objetivo de este trabajo fue identificar literatura que comparara estas dos herramientas, para así poder hacer una recomendación en cuanto a su uso.

Métodos: Revisión narrativa de la literatura. Se realizó una búsqueda electrónica inicial en las bases de datos Medline, Cochrane Library, Embase y Google Scholar, hasta junio de 2022, teniendo en cuenta las pautas recomendadas por The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Resultados: Se identificaron 114 publicaciones; cuatro fueron excluidos por que se encontraban incluidos en la otra publicación. El metaanálisis a evaluar incluyó 7 estudios de casos y controles, con una muestra 754 pacientes, divididos en 377 pacientes para el grupo de verde de indocianina y 377 para la colangiografía intraoperatoria.

Conclusiones: La literatura favorece al verde de indocianina como ayuda diagnóstica para identificación de la vía biliar durante la colecistectomía segura, porque se logró identificar la vía biliar en el 100 % de los pacientes en los cuales se usó el marcador fluorescente, incluso con una pequeña disección previa a identificar los elementos de la vía biliar. Además es una herramienta no invasiva, con menos porcentaje de conversión a cirugía abierta y costo efectiva con respecto a logística, maquinaria y recurso humano, en comparación a la colangiografía intraoperatoria.

01 - ID595

Colecistitis aguda severa (Tokyo III) en pacientes de alto riesgo: ¿Debe preferirse la colecistectomía por encima del drenaje percutáneo?

Felipe Girón Arango; Ricardo Elías Núñez Rocha; David Venegas; Carlos Eduardo Rey Chaves; Lina Marcela Rodríguez; Marco Vanegas; David Peña; Mario Alberto Latiff Maldonado; Susana

Rojas; Danny Michell Conde Monroy; Juan David Hernández; Ricardo Manuel Nassar Bechara

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Escuela de Medicina, Universidad de los Andes; Escuela de Medicina, Universidad del Rosario; Escuela de Medicina, Universidad Javeriana
felipegiron15@gmail.com

Introducción: Las directrices actuales aconsejan el uso de procedimientos menos agresivos para el tratamiento de la colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo. Sin embargo, la literatura reciente ha mostrado mejores resultados en aquellos pacientes manejados con colecistectomía laparoscópica. Nuestro objetivo fue describir los resultados del tratamiento en la Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia, en pacientes de alto riesgo con colecistitis aguda grave (grado III) según las guías de Tokyo 2018.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica o drenaje percutáneo por colecistostomía, en la Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia, entre enero de 2018 y enero de 2020. Se realizó un análisis descriptivo de los pacientes con colecistitis aguda grave según la clasificación de Tokyo y un análisis bivariado entre las variables implicadas.

Resultados: Se incluyeron 622 pacientes, el 54,7 % mujeres. La edad media fue de $66,6 \pm 16,52$ años. Fueron clasificados como grado III 288 pacientes entre los cuales el 29 % fueron sometidos a colecistostomía y el 71 % a colecistectomía laparoscópica. La mortalidad ($p=0,09$) y la tasa de complicaciones ($p=0,1$) no presentaron diferencias significativas entre los grupos. La duración de la estancia hospitalaria fue significativamente mayor en los pacientes que requirieron colecistostomía, con una media de 15,43 días frente a 9,97 días en el grupo de colecistectomía laparoscópica ($p=0,000$).

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es una opción de tratamiento factible frente a la colecistostomía percutánea en términos de mortalidad, reintervención y duración de la estancia hospitalaria.

01 - ID634

Colecistostomía en pleno siglo XXI: una herramienta útil

Tatiana Barragán; Marcela Hoyos; Dánel Rubén Yarig Blanco Guerrero; Sergio Mozo; Ossian Gabriel Fuentes Díaz; David Guillermo Gómez Garnica
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
tatianabarraganb@hotmail.com

Introducción: La colecistitis aguda es uno de los principales motivos de consulta a urgencias. El tratamiento estándar es la colecistectomía, sin embargo, en casos de pacientes con alto riesgo, la colecistostomía es una medida eficaz para el control de la sepsis, que puede disminuir complicaciones y mortalidad asociadas a la cirugía. A pesar de la prevalencia e importancia de esta patología, aún hay interrogantes sobre su manejo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, descriptivo, tipo serie de casos de pacientes con colecistitis, que fueron llevados a colecistectomía en el Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia, durante los últimos 5 años. Se hizo revisión de las historias clínicas y análisis de las variables para comparar nuestros resultados con otros centros.

Resultados: Se identificaron 47 pacientes que fueron sometidos a colecistostomía, con edad media de 74,2 años. Casi el 80 % tenían colecistitis con criterios de severidad al ingreso y alrededor del 50 % fueron ASA 3, siendo las cardiopatías las comorbilidades más frecuentes. La mortalidad fue del 30 % y la morbilidad del 23 %; el 60 % tuvieron reingresos a urgencias secundario a la colecistostomía. La duración promedio de la colecistostomía fue de 71 días y, del total de pacientes, 24 fueron llevados a colecistectomía.

Conclusiones: A pesar de que la colecistostomía es una herramienta transitoria del manejo de la colecistitis, dado el aumento de la edad en la población, las comorbilidades y el riesgo operatorio, se ha convertido en una práctica usual y, en varios casos, en un manejo definitivo. Se muestra nuestra experiencia y se abren múltiples interrogantes sobre cuál debería ser el manejo más idóneo para generar un impacto en la sobrevivencia,

tiempo de hospitalización, morbimortalidad y calidad de vida.

01 - ID593

¿Cómo lo hago? Técnica de colocación del nudo para la malla autoadhesiva en la reparación de hernia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP)

Ricardo Manuel Nassar Bechara; Felipe Girón Arango; Ricardo Elías Núñez Rocha; Carlos Eduardo Rey Chaves; Lina Marcela Rodríguez; Agustín Pérez; Mario Alberto Latiff Maldonado; Juan David Hernández

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Facultad de Medicina, Universidad del Rosario; Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
rnassarmd@gmail.com

Introducción: Las técnicas de reparación quirúrgica de la hernia inguinal evolucionan constantemente. El uso de malla autoadhesiva ha demostrado una reducción significativa del dolor y las complicaciones postoperatorias, sin embargo, surgen dificultades técnicas y se han descrito múltiples métodos de colocación, sin que haya consenso. El objetivo de este estudio fue presentar una nueva técnica de preparación, despliegue y colocación de la malla autoadhesiva durante la reparación laparoscópica de la hernia inguinal, con sus consiguientes resultados y seguimiento.

Métodos: La malla autoadhesiva se dobla por la mitad, se colocan suturas no absorbibles en cada porción distal y en el centro de la malla, asegurándose de que el nudo quede en la superficie no adherente. Se redondean las esquinas. La malla se enrolla utilizando la "técnica del tabaco" y se introduce a la cavidad preperitoneal con la pinza laparoscópica. Finalmente, se desenrolla de medial a lateral.

Resultados: Fueron sometidos a reparación de hernia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP) 142 pacientes y en todos se utilizó una malla autoadhesiva (ProgridTM®). El 48,6 % tenía defectos bilaterales y 33 pacientes fueron sometidos a procedimientos adicionales. El

tiempo quirúrgico medio fue de 73,3 minutos para las reparaciones unilaterales, 101,9 para las bilaterales y 115,9 minutos para las reparaciones con procedimientos adicionales. El tiempo medio de colocación de la malla fue de 180 segundos. La estancia media en el hospital fue de 1,6 días. No fue necesaria ninguna conversión. El 88,9 % de los pacientes completaron un año de seguimiento, el 86 % 2 años y el 36,7 % 5 años, y solo dos pacientes han presentado dolor crónico.

Conclusiones: Introducimos una nueva técnica para la preparación, despliegue y colocación de la malla autoadhesiva para la reparación de hernia inguinal utilizando el enfoque TEP. Nuestra técnica parece tener resultados satisfactorios en cuanto a las complicaciones en lo observado durante el seguimiento a largo plazo.

01 - ID496

Concordancia del riesgo de severidad mediante la escala BISAP y los estimados por Marshall y APACHE en los pacientes con pancreatitis biliar en un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia, entre 2018 y 2019

Germán Darío Londoño Ruíz; Marlon Andrés Vesga Rosas; Felipe Enrique Vargas Barato; José Alejandro Daza Vergara

Corporación Hospitalaria Juan Ciudad (Hospital Universitario Mayor Méderi - Hospital Universitario Barrio Unidos), Bogotá, D.C.; Universidad del Rosario
germanlruiz93@hotmail.com

Introducción: En la pancreatitis aguda se han desarrollado diferentes escalas que permiten de forma objetiva estratificar el riesgo. Entre ellas, APACHE-II y MARSHALL requieren para su cálculo múltiples laboratorios, por eso, BISAP es una alternativa.

Métodos: Estudio de concordancia entre las escala BISAP, Marshall y APACHE-II, para la medición de la severidad de la pancreatitis.

Resultados: Se incluyeron 424 pacientes en el análisis, con edad media fue 60,7 años. En la clasificación final de la pancreatitis, el 61 % fueron severa, el 15 % moderadamente severa y el

24 % leve. Dentro de las severas, el 87 % fueron clasificado así por presentar falla respiratoria, PaFi media de 275. La media de APACHE-II para esta población estudiada fue de 8,44 y la de Marshall fue de 1,93 puntos. La media del cálculo del BISAP fue de 1,65 puntos y el 14,1 % de los pacientes presentaron puntaje de BISAP > 3. El valor Kappa para la relación entre la severidad de APACHE-II y BISAP fue de 0,19 (fuerza de concordancia leve), al igual que para la relación entre la severidad de Marshall y BISAP (0,12). Los pacientes con puntajes BISAP mayores tuvieron mayor mortalidad, mayor requerimiento quirúrgico y mayores complicaciones locales. Adicionalmente, los pacientes con mayor severidad por BISAP tuvieron estancias en UCI más prolongadas y más días de estancia hospitalaria.

Conclusiones: La severidad de la pancreatitis aguda se encuentra sobreestimada, posiblemente debido a que es calculada con escalas que incluyen el valor de PaFi (Marshall y APACHE II). En este estudio se mostró una buena relación entre los puntajes de BISAP mayores y los desenlaces clínicos, por lo que sugerimos que se use la escala BISAP para la estratificación de la severidad en los pacientes con pancreatitis aguda en la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia.

01 - ID649

Correlación de escalas diagnósticas de apendicitis aguda (Alvarado y RIPASA) con los hallazgos intraoperatorios de apendicitis aguda: ¿Estamos usando la escala apropiada?

Laura Bibiana Castro Bulla; Jorge Galvis; Felipe Girón Arango; Ricardo Elías Núñez Rocha; Fernando Gutiérrez; Mario Alberto Latiff Maldonado; María Lucía Brieva; Ingrid Rivera Gaitán; Sebastián Cerquera; Juan David Hernández; Manuel Cadena; Arturo Vergara

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes
laurabibiana149@hotmail.com

Introducción: La apendicitis aguda constituye la patología abdominal más frecuente a nivel mundial

en pacientes con abdomen agudo. Múltiples escalas han sido descritas para el diagnóstico de dicha patología, siendo la de Alvarado la de mayor uso en nuestro medio. Sin embargo, otras escalas que han demostrado buena sensibilidad diagnóstica, como RIPASA.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, con componente analítico, en una base de datos recolectada de forma prospectiva, desde enero de 2021 hasta junio de 2022. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a apendicectomía por apendicitis aguda; los pacientes con neoplasia fueron excluidos. Se calcularon las escalas de Alvarado y RIPASA para el diagnóstico. Las variables fueron analizadas según la naturaleza de las mismas.

Resultados: Se incluyeron 500 pacientes llevados a apendicectomía vía laparoscópica, el 54 % mujeres. La edad media fue de $41,7 \pm 16,42$ años. La puntuación media de Alvarado fue de $7,01 \pm 1,73$ puntos y la de RIPASA fue de $9,41 \pm 2,28$ puntos. La tasa de conversión fue del 0%. La mediana de estancia hospitalaria fue de un día (RIQ 1). El 28 % de los pacientes evaluados con escala de Alvarado fueron clasificados como riesgo intermedio de apendicitis aguda, mientras todos los paciente evaluados con escala RIPASA obtuvieron un puntaje de alta probabilidad. En el 0,2 % de los pacientes llevados a apendicectomía con riesgo alto calculado por RIPASA se documentó apéndice cecal sana.

Conclusiones: RIPASA como escala diagnóstica para apendicitis aguda puede considerarse como confiable, con buen valor predictivo para los hallazgos intraoperatorios. Más estudios prospectivos son requeridos para validar los resultados obtenidos en nuestra institución.

01 - ID606

Dehiscencia de anastomosis o rafias gastrointestinales en patología quirúrgica no asociada a lesiones de causa externa

César Antonio García Núñez; Silvia Inés Guerrero Macías; Laura Isabel Valencia Ángel

Universidad Industrial de Santander; Hospital

Universitario de Santander, Bucaramanga
antoinenuguez@gmail.com

Introducción: La dehiscencia de anastomosis gastrointestinales es una de las complicaciones más serias, con gran impacto en términos económicos, morbilidad y mortalidad. El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo perioperatorios para dehiscencia en pacientes sometidos a rafias o anastomosis gastrointestinales vía abierta.

Métodos: Estudio de corte transversal, en el que se incluyeron los pacientes con rafia o anastomosis gastrointestinales vía abierta, por patología quirúrgica no asociada a lesiones de causa externa, entre 2017- 2020. Se recolectaron variables demográficas y clínicas descritas en la literatura como factores de riesgo para dehiscencia. Se analizaron los datos usando el programa Stata.

Resultados: Se incluyeron 392 pacientes, el 55,4 % hombres, con edad promedio de 60,1 años (DS:16,6), 72,2 % con comorbilidades y 13,0 % tabaquismo. La mayoría (80,1 %) operados de urgencia. Las principales indicaciones fueron cáncer (40,1 %) y obstrucción intestinal (16,0 %). Las anastomosis más frecuentes fueron de intestino delgado (36,2 %), colorrectal (18,6 %), intestino delgado a colon (12,5 %) y gastroyeyunales (8,4 %); el 36,2 % fueron termino-terminales, 20,6 % termino-laterales y las restantes latero-laterales. Más de la mitad de las anastomosis se hicieron con sutura manual (53,8 %). Del total, 22 (5,6 %) presentaron dehiscencia de la sutura, sin identificar diferencia en las técnicas quirúrgicas ni el material utilizado. La mortalidad global fue 15,3 %, asociada a sepsis por la dehiscencia en un 2,8 %.

Conclusiones: La frecuencia de presentación de fuga anastomótica estuvo dentro del porcentaje esperado. La mayoría de los procedimientos fueron realizados de urgencia, principalmente por cáncer, sin encontrar asociación con esta complicación. La mortalidad global fue elevada, pero no asociada a la dehiscencia de la rafia o anastomosis en la mayoría de los pacientes.

01 - ID928

Desenlaces postoperatorios de colecistectomía según los criterios de severidad de Tokio-2018

Rafael Figueroa Casanova; Mónica Brigitte Mosos Patiño; Carlos José Pérez Rivera; Juan David Saavedra Henao; Raúl Guillermo Aguiar Barrero; Diego Armando Beltrán; Leidy Tatiana Urueña Calderón

Clínica Avidanti, Ibagué
rafaelcirugia@hotmail.com

Introducción: La colecistitis aguda es una patología prevalente a nivel mundial y en Colombia se reportan aproximadamente 60.000 colecistectomías anuales, por lo que es importante conocer los criterios diagnósticos y saber que las escalas de severidad orientan el manejo y la toma de decisiones. El objetivo del presente estudio fue establecer los desenlaces según la severidad de la patología al momento del diagnóstico, basados en las guías de manejo de Tokio 2018.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, de cohorte transversal, de los pacientes con diagnóstico de colecistitis entre enero de 2012 y diciembre de 2020. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado con respecto a los desenlaces postoperatorios, según la clasificación de severidad de Tokio.

Resultados: Se incluyeron 1299 pacientes con diagnóstico de colecistitis, con una mediana de edad de 55 años; el 66,8 % eran mujeres. Según la clasificación de Tokio, la severidad era leve en el 60,7 %, moderada en 36,4 % y severa en 2,6 %, con piocolecisto (10,7 %), pancreatitis (9,6 %) y fistulas biliares (4,0 %). Requirieron reintervención en el 3,6 % y la mortalidad fue del 1,2 %. El análisis bivariado respecto al grado de severidad de la colecistitis demostró significancia estadística en el tiempo de estancia en hospitalización postoperatoria, la necesidad de unidad de cuidado intensivo, el tiempo de manejo antibiótico y la presencia de fugas biliares postoperatorias.

Conclusiones: La implementación de una escala de severidad con respecto al diagnóstico de colecistitis le permite al equipo quirúrgico sospechar de posibles complicaciones

postoperatorias que pueden tener los pacientes.

01 - ID890

Desenlaces quirúrgicos de tumores retroperitoneales: Serie de casos

Ricardo Elías Núñez Rocha; Mario Alberto Latiff Maldonado; Carlos Ariza Cueto; Eduardo Posada Ángel; Eduardo Emilio Londoño Schimmer; Gabriel Herrera Almario

Facultad de Medicina, Universidad de los Andes; Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana; Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá
ricardoeliasnunezrocha@gmail.com

Introducción: Los tumores retroperitoneales pueden ser benignos o malignos, primarios o metastásicos. El cirujano juega un rol importante, dado que el abordaje del espacio retroperitoneal ha sido un desafío por la estrecha relación con estructuras vitales. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia con respecto a los desenlaces de los pacientes llevados a resección de tumores retroperitoneales.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fueron llevados a resección de tumores retroperitoneales en la Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia, entre los años 2016 y 2022. Se caracterizó la población, los diagnósticos prequirúrgico y posquirúrgico, el sangrado intraoperatorio, el tiempo quirúrgico, las complicaciones, la estancia hospitalaria y el diagnóstico histopatológico.

Resultados: Se intervinieron un total de 17 pacientes, con un promedio de edad de 55,47 (\pm 14,82) años; la mayoría eran hombres (58,8 %). El tiempo quirúrgico promedio fue de 256 minutos, con una media de sangrado intraoperatorio de 720 ml. La estancia hospitalaria media fue de 8 días. Se reportaron dos reingresos, un caso de infección del sitio operatorio, un caso de pancreatitis con peritonitis y uno de choque séptico, como complicaciones; no se reportó ningún linfocele retroperitoneal ni hubo mortalidad. La media del tamaño tumoral fue de 14,1 cm. Dentro de las patologías diagnosticadas

se encontraron: liposarcoma desdiferenciado (17,6 %), liposarcoma bien diferenciado (17,6 %), feocromocitoma (11,7 %), condrosarcoma grado II (11,7 %), linfoma B difuso de células grandes (5,8 %), schwannoma (5,8 %), tumor neuroendocrino (5,8 %), sarcoma de estroma endometrial de bajo grado (5,8 %), sarcoma de alto grado (5,8 %), neoplasia lipomatosa bien diferenciada (5,8 %) y leiomiomas moderadamente diferenciados (5,8 %).

Conclusiones: Las masas retroperitoneales se caracterizan por ser infrecuentes y en la gran mayoría de los casos de etiología maligna. La cirugía es el tratamiento de preferencia, siendo el factor que determina el pronóstico de los pacientes.

01 - ID473

Divertículo de Meckel con tumor neuroendocrino: Presentación inusual. Reporte de caso

Diego Fernando Salcedo Miranda; María Paula Forero Ríos; Rafael García Duperly; Gabriel Herrera Almarino

Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad El Bosque
dsalcedo_ub@hotmail.com

Introducción: El divertículo de Meckel es una malformación congénita anormal, que suele ser asintomático presentándose como hallazgo incidental o puede complicarse por procesos inflamatorios o tumores, cursando con sintomatología abdominal sumamente inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Aunque la incidencia de neoplasias malignas en estos divertículos es baja, los tumores neuroendocrinos son los más representativos.

Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 72 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien consultó por cuadro clínico de deposiciones melénicas y dolor abdominal agudo. Por medio de tomografía computarizada de abdomen se observaron múltiples nódulos intrahepáticos, sugestivos de tumores neuroendocrinos.

Resultados: Hallazgo intraoperatorio incidental de divertículo de Meckel. Se practicó

hemicolecotomía derecha por laparoscopia con anastomosis íleo-transverso.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos del divertículo de Meckel son extremadamente infrecuentes, generalmente asintomáticos o con sintomatología inespecífica, lo que los convierte en un reto diagnóstico para el médico y el cirujano general, por lo que se pueden diagnosticar únicamente en etapas avanzadas.

01 - ID979

Divertículo de Meckel: Análisis de 27 casos en la población adulta

Juan David Hernández; Gustavo Valencia; Felipe Girón Arango; Andrés Mauricio García; Ricardo Elías Núñez Rocha; Lina Marcela Rodríguez; Eduardo Emilio Londoño Schimmer; Ricardo Manuel Nassar Bechara

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Facultad de medicina, Universidad de los Andes; Escuela de gestión e informática de salud global, University of Central Florida
juandah@uniandes.edu.co

Introducción: El divertículo de Meckel es una patología congénita común entre los recién nacidos, sin embargo, es poco frecuente en la población adulta. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia del Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia, en el manejo quirúrgico de pacientes adultos con divertículo de Meckel.

Métodos: Estudio descriptivo, sobre una base de datos recopilada retrospectivamente desde 2004 hasta 2022, de pacientes con divertículo de Meckel. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años. Se describieron las características demográficas de la población, síntomas, estudio anatomopatológico, técnica quirúrgica, complicaciones, morbilidad y mortalidad. Se realizó un análisis de subgrupos entre pacientes sintomáticos y asintomáticos.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes sometidos a resección quirúrgica de divertículo de Meckel; 22 (81,4 %) eran hombres. En el grupo de pacientes sintomáticos (n=22), 18 eran hombres y 4 mujeres. El dolor abdominal

fue el síntoma predominante en el 85 % de los pacientes. De los pacientes sintomáticos, sólo el 9 % tenía diagnóstico preoperatorio de divertículo de Meckel. La distancia media del divertículo a la válvula ileocecal fue de 63,4 cm. En el grupo sintomático, la longitud media del divertículo era de 3,54 cm, con un ancho medio de la base de 2,47 cm; en el otro grupo, los valores fueron de 2,75 cm y 1,61 cm, respectivamente. Se practicó la resección mediante diverticulectomía (n=6), resección de intestino delgado con anastomosis termino-terminal (n=6) y resección de intestino delgado con anastomosis latero-lateral (n=15). La duración media de la estancia en el grupo sintomático fue de 7,3 días.

Conclusiones: El divertículo de Meckel es una patología poco frecuente en la población adulta. Su presentación varía de pacientes asintomáticos a sintomáticos y la cirugía es el tratamiento fundamental.

01 - ID766

Duodenal incorporation of inferior vena cava filter: A new disease

Luis Felipe Cabrera Vargas; Mauricio Pedraza Ciro; Brandon Steven Aparicio Blanco; Carlos Bretón; Iván David Lozada Martínez; Nicolás Forero
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introduction: Inferior vena cava (IVC) filter perforation of the duodenum is rare complication. Nevertheless, the number of IVC filter-related complications has increased with their growing utilization in the last two decades. This infrequent complication can manifest with nonspecific abdominal pain, gastrointestinal bleeding, cava-duodenal fistula, or small bowel obstruction.

Methods: Case report and literature review.

Resultados: A 62-year-old male presented with 8 years of right upper quadrant abdominal pain which was exacerbated by food intake. He had a history of multiple deep vein thrombosis (DVT) with IVC filter placement. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a metallic foreign body embedded in the duodenal wall and protruding into

the duodenal lumen without active hemorrhage. The angioCT revealed migration of the IVC filter through the vena cava wall into the adjacent duodenum. Exploratory laparotomy was required for removal of the IVC filter and repair of the vena cava and duodenum.

Conclusions: In patients with history of IVC filter placement with non-specific abdominal pain, a high clinical suspicion of IVC filter perforation of the duodenum should be suspected. AngioCT scan and EGD are valuable in the diagnosis. The open surgical filter removal is the ideal approach. Low early retrieval rates of IVC filters have led to increased the development of chronic complications as duodenal incorporation.

01 - ID976

El rol de las hormonas en cirugía metabólica: revisión de la literatura

Alexandra Bastidas Santacruz; Fabio Eduardo Pinzón Cepeda; Rami Mikler
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.;
Pontificia Universidad Javeriana
alexandrab92@hotmail.com

Introducción: La obesidad, que hoy en día se considera una epidemia mundial y un problema de salud pública que afecta a todos los grupos etarios, se define como la acumulación de grasa corporal, que objetivamente se presenta cuando el índice de masa corporal es superior o igual a 30 kg/m². La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo identificado hasta la actualidad, especialmente cuando se trata de obesidad mórbida o se acompaña de comorbilidades asociadas.

Métodos: Se hizo una revisión de la literatura con el fin de exponer el rol de las diferentes hormonas que interactúan y se alteran según el tipo de cirugía bariátrica realizada, observando que las variaciones metabólicas y hormonales son los componentes más importantes para obtener los resultados esperados en el postoperatorio.

Resultados: Mediante la revisión realizada, se confirma que la cirugía metabólica no es solamente un procedimiento restrictivo o disabsortivo, sino que también tiene un importante efecto

antidiabético, con cambios fisiológicos que involucran el sistema endocrino, inmunológico, nervioso y digestivo. Esto último es lo que se constituye en la clave del éxito de la cirugía, pues tiene impacto sobre la disminución del apetito, el aumento de saciedad y del gasto energético y la sensibilidad a la insulina.

Conclusiones: Tradicionalmente, la cirugía bariátrica era considerada solamente como restrictiva, disabsortiva o ambas, pero dado el importante efecto metabólico documentado, ha llevado al estudio de los mecanismos subyacentes, que hoy en día se sabe que son más complejos y son la base de los objetivos buscados con la cirugía metabólica.

01 - ID955

Electroporesis irreversible del páncreas como alternativa del cáncer de páncreas irresecable

Jesús José Dueñas Orejuela; Carlos Alberto Millán Cortés; María Sofía Labrador Morales; Jorge David Prieto Delgado; Santiago Ángel Vargas

Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.;
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
jtduornd@gmail.com

Introducción: Los tumores irresecables del páncreas son una patología neoplásica con muchas limitaciones para el tratamiento, por eso, la electroporesis irreversible surge como una nueva alternativa, con resultados que impactan en la supervivencia general. La electroporesis es un método de ablación que genera un campo eléctrico a través de electrodos que se insertan alrededor del tumor, con múltiples ciclos de pulsos eléctricos cortos de alto voltaje generados en la zona de ablación, lo que altera el potencial transmembrana de las células tumorales, aumentando la permeabilidad de la membrana a tratamientos sistémicos.

Métodos: Se describe el caso clínico de paciente masculino de 58 años de edad con adenocarcinoma de páncreas, quien presentó estabilidad en su enfermedad tras neodyuvancia, pero sin posibilidad de resección desde inicio por compromiso local.

Resultados: El paciente fue llevado a laparotomía más electroporesis irreversible, sin complicaciones. Posteriormente reinició manejo sistémico, con parcial regresión de la enfermedad y notable aumento de la supervivencia general.

Conclusiones: La electroporación está trayendo nuevas esperanzas en el manejo de los tumores pancreáticos irresecables, con aumento de la sensibilidad y optimización de la respuesta al manejo sistémico.

01 - ID609

Empalamiento transmediastinal incidental en hospital de tercer nivel, reporte de caso y revisión de la literatura

María Alejandra Triviño Cortés; Diana Ximena Robayo; Sebastián Calvo; Rafael Barrera; Ana María Romero; Emma Cristina Gómez Trujillo

Hospital Simón Bolívar, Bogotá, D.C.

maletri_0312@hotmail.com

Introducción: La herida penetrante transmediastinal se define como toda herida que ingresa total o parcialmente a la cavidad mediastinal. Pueden ser indicativos de este trauma las heridas que tengan entrada y salida en lados opuestos del tórax, una herida penetrante en el centro del tórax y aquellas heridas que se presenten en un lado del tórax con alteraciones en el hemitórax opuesto, como neumotórax o hemotórax contralateral. La mortalidad del trauma penetrante de tórax llega hasta el 60 %.

Métodos: Reporte de caso de paciente masculino, sin antecedentes de importancia, que presentó empalamiento en tórax e ingresó estable hemodinámicamente al servicio de urgencia.

Resultados: Fue llevado a toracotomía bilateral con tractotomía de lóbulo superior derecho e izquierdo y extracción de cuerpo extraño, sin sangrado activo, lesión del árbol bronquial ni lesión vascular. Hemotórax de 100 ml. El paciente quien finalmente fue dado de alta sin mayor complicación.

Conclusiones: El trauma mediastinal constituye una urgencia médica, dado que este tipo de heridas, generalmente comprometen la circulación del

paciente, la respiración o ambos. La evaluación inicial del paciente con trauma transmediastinal debe ser guiada bajo el protocolo establecido por el ATLS, utilizando el ABCD (vía aérea, respiración y circulación). Se pueden presentar lesiones aórticas, pulmonares, cardíacas o traqueoesofágicas, que deben ser identificadas para realizar el respectivo manejo.

01 - ID575

Enfrentando lo inesperado. Manejo laparoscópico con técnica TAPP para la hernia de Garegeot

Daniel Felipe Hoyos Yepes; Luis Felipe Parra
Universidad de Caldas, Manizales
daniel.hoyos24820@ucaldas.edu.co

Introducción: Una de las patologías a las que se enfrenta frecuentemente el cirujano general es el abdomen agudo secundario a hernia inguinal encarcelada, donde la conducta quirúrgica se encuentra claramente definida. Pero ¿qué hacer cuando los hallazgos intraoperatorios no son precisamente lo que se esperaba cuando se propuso el procedimiento junto a la cama del paciente en urgencias?

Métodos: Presentación de dos casos con hernia de Garegeot donde se realizó en el mismo procedimiento, por medio de abordaje inicial laparoscópico para herniorrafia transabdominal preperitoneal (TAPP), la apendicectomía seguida de herniorrafia con malla, utilizando distintas mallas en cada uno de los casos (malla macroporosa de baja densidad y malla anatómica 3D).

Resultados: El abordaje laparoscópico permitió un adecuado diagnóstico y tratamiento en dos pacientes, tanto de la apendicitis como de la patología herniaria en el contexto de la hernia de Garegeot, sin complicaciones en el intra y postoperatorio.

Conclusiones: La técnica laparoscópica puede ofrecer ventajas ya que permite realizar, al mismo tiempo, el diagnóstico y el tratamiento. La apendicectomía y el reparo del defecto herniario con uso de malla se encuentra recomendado en pacientes seleccionados con hernia de Garegeot

definiendo riesgo-beneficio, en donde el alto riesgo de complicaciones asociados a la recidiva se debe contraponer al mayor riesgo del uso de malla en la reparación en una hernia con herida quirúrgica contaminada.

01 - ID924

Escisión mesocólica completa, ¿sí o no?

Angélica María Delgado Quintero; Jorge Steven Montealegre Arturo; Lizeth Donatella Chamorro Soto; María José Rodríguez Walter; Jessica Capre Pereira; Abraham Kestenberg Himelfarb
Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad del Valle; Pontificia Universidad Javeriana
angelica_2088@hotmail.com

Introducción: La escisión mesocólica completa en la cirugía para resección de cáncer de colon, planteada por Hohenberger en 2009, se está implementando como norma alrededor del mundo durante los últimos años debido a que parece disminuir la recurrencia y aumentar la supervivencia.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre escisión mesocólica completa en PubMed/MEDLINE, OVID y Cochrane, hasta diciembre de 2021.

Resultados: Hay evidencia de baja calidad que sugiere que este procedimiento puede aumentar la sobrevida libre de enfermedad global y disminuir la recurrencia. También se asoció a mayores complicaciones quirúrgicas postoperatorias y mayor pérdida de sangre intraoperatoria.

Conclusiones: Nos planteamos si realmente sus resultados son adecuados o se pueden ver malinterpretados por aspectos epidemiológicos, como los planteados por Fisher, las teorías epidemiológicas como el fenómeno de Will Rogers, o la del cambio de tiempo cero, que dicen que los cambios en la supervivencia de un paciente posterior a una intervención se pueden deber a que en un tiempo posterior se identificaron metástasis ocultas, que generaron un cambio de estadio y, por tanto, un sesgo. Se requieren más estudios y ensayos clínicos controlados para poder aclarar esta disyuntiva.

01 - ID394

Estallido yeyunal por trauma cerrado de abdomen secundario a linfoma no Hodgkin

Mauricio Pedraza Ciro; Rafael Vergara; Daniel García Villamizar; Emma Cristina Gómez Trujillo; Ana María Muñoz; Isabella Garavis Montagut; Juan Felipe Vargas Moreno; María Paula González Bustacara

Universidad El Bosque; Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.

mpedraza93@gmail.com

Introducción: El tracto gastrointestinal es el sitio extraganglionar más común de los linfomas no Hodgkin a nivel mundial, siendo el sitio de aparición en el 40 % de los pacientes con esta patología. El 30 % de los pacientes se presentan con abdomen agudo y el 25 % de ellos tienen perforación gastrointestinal.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 53 años, sin antecedentes médicos previos, que acudió al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal epigástrico de 2 días de evolución tras recibir un golpe con una pelota de fútbol siete días antes. Se realizó una tomografía computarizada abdominal que mostró líquido libre, sin otros signos de perforación. Por deterioro clínico fue llevado a laparotomía exploratoria, con hallazgo de perforación de espesor completo en yeyuno proximal, con un intestino engrosado y mesenterio retraído. Requirió resección intestinal y anastomosis.

Resultados: El paciente tuvo una evolución tórpida. En el día 11 postoperatorio presentó taquicardia persistente y diaforesis, por lo que se tomó tomografía toracoabdominal que mostró engrosamiento peritoneal y aumento de líquido libre, además, embolia pulmonar lobular, múltiples ganglios peritoneales, retroperitoneales y mediastínicos. La patología informó un linfoma T primario intestinal (NOS). Durante la hospitalización también mostró un resultado positivo para la prueba de SARS-CoV-2. El paciente ingresó en la UCI y presentó falla ventilatoria asociado a síndrome compartimental, por lo que fue llevado a una cirugía de laparotomía

descompresiva. A los pocos se identificó síndrome de lisis tumoral, por lo que fue derivado a un centro de hemato-oncología, con posterior fallecimiento.

Conclusiones: Esta patología marca una pauta clara en el pronóstico del paciente, su presentación clínica es variable y es una causa importante de mortalidad.

01 - ID398

Estudio comparativo de tipos de cierre de toracotomía por trauma

Luis Felipe Cabrera Vargas; Mauricio Pedraza Ciro; Fabien Mantilla Sylvain; Iván David Lozada Martínez; Brandon Steven Aparicio Blanco

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: El cirujano de trauma debe manejar la decisión quirúrgica de cuál es el mejor abordaje inmediato para tratar diferentes patologías que pueden comprometer la vida del paciente, y al mismo tiempo debe identificar las medidas adicionales para completar los procedimientos de una manera fácil y segura.

Métodos: Estudio retrospectivo comparativo de pacientes que fueron llevados a toracotomía por trauma de tórax. Se compararon los tipos de cierre de la toracotomía de urgencia (técnica de autocierre versus cierre con aproximado costal). Se evaluaron las características pre, intra y posoperatorias, de los pacientes atendidos en un centro de trauma de Bogotá, D.C., Colombia, a lo largo de 3 años.

Resultados: Un total de 55 toracotomías de urgencias fueron realizadas, el primero grupo de pacientes (n=21) fueron cerrados con técnica de autocierre (self locking) y el segundo grupo (n=34) con cierre con aproximado costal. El tiempo quirúrgico promedio en el grupo 1 fue de 140 minutos vs 210 minutos en el grupo 2. Se documentaron 12 lesiones de periostio, 9 lesiones de vasos intercostales, 4 lesiones de músculos intercostales y dos infecciones del sitio operatorio grado II en el grupo 1, en comparación con ninguna complicación en el grupo 2. En un seguimiento a 3 meses, 10 pacientes del grupo 1 referían dolor en la reja costal, versus ninguno en el grupo 2.

Conclusiones: El cierre de la toracotomía con puntos autoajustantes resulta ser una manera efectiva, replicable y fácil para el cierre de la pared torácica, además de que confiere beneficios en los resultados clínicos de los pacientes, disminuyendo las complicaciones postoperatorias.

01 - ID427

Evaluación de la situación actual de la simulación laparoscópica en la formación del cirujano general en Colombia

Carlos Andrés López López; Sergio Daniel Ramírez Márquez; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Bustillo Arrieta; Enrique Carlos Ramos Clason

Universidad del Sinú - seccional Cartagena
carloslopez0222@gmail.com

Introducción: El desarrollo de la cirugía laparoscópica es un reto para la educación en cirugía. La simulación ofrece la oportunidad del aprendizaje estructurado, con menos riesgos para el paciente. Pero hay poca evidencia en cuanto a la implementación de esta estrategia en nuestro medio y el traslado de estas habilidades a las sala de cirugía.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el que se tomó como población sujeta de estudio los estudiantes de posgrado de Cirugía general y los especialistas en Cirugía general de diferentes universidades de Colombia o adscritos a la Asociación Colombiana de Cirugía.

Resultados: Se aplicaron 119 encuestas a médicos residentes de Cirugía general y cirujanos generales con o sin subespecialidad en Colombia. Se encontró que el 62,2 % de las universidades disponen de centros de simulación, no obstante, solo el 39,5 % posee un plan definido para la utilización del recurso. El 31,1 % asisten semanalmente y el 9,2 % de manera mensual; la mediana de horas de simulación fue de una hora. El 51,1 % de los encuestados considera que está bien capacitado para la realización de cirugía mínimamente invasiva y el 98,3 % considera que es útil o muy útil la simulación dentro de la formación del cirujano.

Conclusiones: A pesar de que las universidades cuentan con laboratorios de simulación hay una falencia en el uso de estos recursos. Los encuestados consideran importante la implementación de la simulación para mejorar las habilidades laparoscópicas, algunos incluso requieren estudios complementarios a su residencia.

01 - ID565

Evaluación de las habilidades laparoscópicas simuladas en residentes de cirugía general utilizando la escala OSATS

Daniel Alfonso Fernández Sandoval; Guihovany Alberto García Casilimas; Giancarlo Buitrago Gutiérrez; Andrés Felipe Patiño Benavídez

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
dfernandezsa@unal.edu.co

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar las habilidades laparoscópicas simuladas de los médicos residentes de Cirugía general de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) utilizando la escala OSATS.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, donde se incluyeron médicos residentes de Cirugía general y profesores de Cirugía general de la UNAL, entre el año 2021-2022. Se aplicó una prueba de 5 ejercicios en un simulador de mesa y un evaluador cegado calificó 4 ítems de la escala OSATS. Se hizo un análisis descriptivo de los perfiles de los participantes, se calculó el puntaje total promedió por perfil, se realizó un ANOVA de medidas repetidas para determinar la asociación entre el nivel de formación y el puntaje total de la prueba teniendo en cuenta la variabilidad de los evaluadores.

Resultados: Se incluyeron 34 participantes, de los cuales 12 eran profesores, 6 residentes de primer año, 6 de segundo año, 5 de tercer año y 5 de cuarto año. Participaron 2 evaluadores, uno de los cuales evaluó a 18 (52,9 %) participantes. Los residentes de cuarto año tuvieron el mayor puntaje promedió 14,28 (DE 2,54) mientras que los residentes de primer año tuvieron el menor puntaje promedió 7,40 (DE 3,28). En la prueba de ANOVA de medidas repetidas encontramos

que el nivel de formación se asocia con el puntaje obtenido en la prueba ($p < 0,01$).

Conclusiones: Encontramos una asociación entre el grado de formación y las habilidades laparoscópicas simuladas.

01 - ID415

Evaluación en salud, ¿En qué estamos fallando?

Luis Fernando Vélez Cuorvo

Medicosplus S.A.S

luis@medicosplussas.com

Introducción: A pesar de los esfuerzos de la instituciones para formar médicos con perfiles extraordinarios, cumpliendo con los procesos de alta calidad y acreditación, en donde se llenan los estándares requeridos, algo está pasando con nuestros médicos generales que distan de lo trazado en los extensos manuscritos de las facultades de medicina. Hemos analizado 3 actores importantes en la educación, los educadores, las instituciones y los educandos, encontrando problemas y vicios que no permiten el adecuado andamiaje de los procesos.

Métodos: Analizar los factores derivados de los educadores, en este caso profesores muchos del área de la salud, los cuales cada vez más se preparan para lograr enseñanzas significativas. También analizar las políticas institucionales y de gobierno que rigen la medicina general, para determinar si hay falencias en ellas y, por último, analizar los factores del aprendizaje de los estudiantes y si logran con facilidad alcanzar las competencias esperadas.

Resultados: Encontramos que muchos de los docentes no tienen la vocación para enseñar o no tienen preparación para esto y los estudiantes tienen cambios en los estilos del aprendizaje y en tipo de inteligencias que usan para lograr aprendizajes significativos.

Conclusiones: No hemos estudiado de forma integral las necesidades de los estudiantes. Si bien sabemos que se les debe enseñar, no sabemos cómo hacerlo. No es falta de preparación, es falta de entender cómo quieren aprender los estudiantes.

01 - ID1011

Evaluation of a pilot course of basic trauma care for rural hospitals in Colombia

Camilo José Salazar; Daniela Burbano; Juliana María Ordóñez Mosquera; Sandra Carvajal; Manuel Benítez; Alexander Salcedo; Fernando Rodríguez Holguín; Juan Carlos Puyana; Alberto Federico García

Fundación Valle del Lili; Universidad de Caldas; Pittsburgh Medical Center; Hospital Militar Central
camilojsalazarg@gmail.com

Introduction: The maturity of trauma systems (TS) in our country is incipient, with a lack of regionalization, long prehospital times, unclear remission criteria, deficient prehospital care, and an unacceptable rate of preventable deaths. Fundación Valle del Lili Hospital is a level 1 trauma center. To improve the functioning of our TS, we developed a comprehensive program that includes the creation of a communication protocol, the definition of remission criteria, and the in-situ training of the health workers of the rural hospitals responsible for the 50% of our trauma admissions. In the present investigation, we evaluated the impact on the knowledge of the course imparted to the workers of a rural hospital.

Methods: Basic in-situ Trauma Course (BITC) was developed to teach the initial evaluation of trauma victims within 2 hours theoretical and 6 hours practical, the basic techniques of resuscitation and the remission criteria, making emphasis on the team approach.

A written test was performed before and after the course with 11 questions.

Results: A total of 58 workers participated in two courses; 76% female. Of those, 27% were registered nurses, 27% nurse assistant, 18% physicians, 10% respiratory therapists, and 18% others. In the pre-test, participants had a median (RIQ) 6 of 11 (4 - 7) correct answers, and the post-test a median (RIQ) 9 of 11 (7 - 9) correct answers after taking the BITC, a difference with a statistically significant difference ($p < 0.001$).

Conclusions: The BITC improved the knowledge of the initial evaluation and management of trauma patients in the health workers.

01 - ID572

Experiencia de manejo multidisciplinario del plastrón apendicular: Evaluación del manejo operatorio versus no operatorio

Brandon Steven Aparicio Blanco; Andrés Mendoza Zuchini; Felipe Bernal Santos; Luis Felipe Cabrera Vargas; Carlos Augusto Luna Jaspe; Mauricio Pedraza Ciro; Daniel Rivera Castrillón

Los Cobos Medical Center, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque

brandonaparicio03@gmail.com

Introducción: El plastrón apendicular representa el 2-10 % de los casos de apendicitis aguda. El manejo puede ser quirúrgico inmediato o con apendicectomía de intervalo. Paralelo a esto, se ha observado un alarmante aumento en la incidencia de neoplasias apendiculares en los pacientes con plastrón apendicular o absceso que son intervenidos quirúrgicamente. El objetivo de este estudio fue mostrar nuestra experiencia y protocolo de manejo del plastrón apendicular.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de los manejos utilizados según el protocolo institucional, mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes manejados en los últimos 4 años en Los Cobos Medical Center, en Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Durante 4 años se identificaron 33 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular. Se hizo cirugía en 21/33 (63,6 %) y manejo no quirúrgico en 12/33 (36,4 %); de los que fueron sometidos a cirugía, tenían plastrón asociado a absceso 13/21 (61,9 %) y de los que recibieron manejo no quirúrgico, tenían plastrón asociado a absceso 5/12 (41,6 %). Los procedimientos realizados en grupo quirúrgico fueron apendicectomía 17/21 (80,9 %), apendicectomía + cecectomía parcial 3/21 (14,2 %) y hemicolectomía derecha 1/21 (4,7 %). Entre los pacientes con manejo no quirúrgico, se hizo apendicectomía de intervalo solo en uno (8,3 %). El tiempo quirúrgico promedio fue de 61,3 (RIQ 35 - 185) minutos. La estancia hospitalaria en el grupo quirúrgico fue de 6,5 (RIQ 4-14) días y en el grupo de manejo no quirúrgico de 8,2 (6-21) días. Hubo complicaciones en dos pacientes del grupo quirúrgico (9,5 %) y

uno del grupo de manejo no quirúrgico (8,3 %). Se encontró neoplasia del apéndice en un paciente del grupo quirúrgico (8,3 %) y dos del grupo de manejo no quirúrgico (16,6 %).

Conclusiones: Ambos abordajes, quirúrgico y no quirúrgico, son efectivos en el manejo del plastrón apendicular, con tasas de complicaciones comparables, por eso, la elección del paciente para un tipo de manejo u otro es la clave.

01 - ID901

Experiencia de un caso: Manejo quirúrgico de una fístula arteriovenosa traumática crónica

Sergio Andrés Romero Serrano; Héctor Conrado Jiménez

Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga; Universidad Industrial de Santander
md.andresromero@gmail.com

Introducción: La fístula arteriovenosa (FAV) traumática es una complicación poco común, que se puede presentar en diversas localizaciones, con una amplia gama de signos y síntomas. El traumatismo penetrante puede causar FAV en cualquier parte de la extremidad según la trayectoria del proyectil o el objeto. El manejo quirúrgico ha sido el tratamiento de elección por años por la urgencia del control de la hemorragia, pero en los últimos años, el abordaje endovascular se ha convertido en una opción confiable y segura para el manejo.

Métodos: Se describe el caso clínico de un adulto de edad media, con antecedente de herida por proyectil de arma de fuego en miembro inferior izquierdo 7 años antes, quien presentó dolor en la extremidad de 6 meses de evolución. Mediante dúplex se apreció fístula arteriovenosa de alto flujo en el hueco poplíteo.

Resultados: Fue llevado a arteriografía, con hallazgo de oclusión total de la arteria poplíteo, para lo que posteriormente se practicó baipás femoropoplíteo con injerto autólogo.

Conclusiones: Las FAV traumáticas suelen ser difíciles de manejar dada la anatomía compleja y los cambios adaptativos de los vasos. La reparación se debe realizar una vez se diagnostique, para evitar complicaciones. No encontramos estudios

prospectivos para comparar la técnica quirúrgica con la endovascular. Si bien, ésta última ha mostrado ser un método seguro y prometedor, el manejo quirúrgico sirve en urgencias y anatomías complejas. En algunos casos, la combinación de ambos tratamientos puede ofrecer excelentes resultados.

01 - ID840

Experiencia de un centro de IV nivel de Cali - Colombia en el manejo de la hemorragia gastrointestinal

Cristhian David Arroyave Durán; Claudia Isabela Gómez Salgado; Jessica Capre Pereira; Alexander Salcedo; Helber Fabián Pérez Imbachi; Edgar Yaset Caicedo Ochoa

Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad del Valle
cristhian.arroyave@correounivalle.edu.co

Introducción: La hemorragia gastrointestinal es un motivo de consulta frecuente al servicio de urgencias y es una causa común de morbimortalidad. El sangrado superior es más frecuente que el inferior. Si bien se reconocía una mortalidad del 5-14 %, recientemente se ha descrito su descenso al 2 %. En Colombia existe pocos trabajos sobre hemorragia gastrointestinal, sin embargo, se han reportado tasas de mortalidad entre el 5-10 %. El objetivo de este estudio fue analizar la experiencia en el manejo de pacientes con hemorragia gastrointestinal atendidos en un centro de referencia del suroccidente colombiano.

Métodos: Se desarrolló un estudio observacional, retrospectivo, en el que se recolectó la información de los pacientes con hemorragia digestiva, atendidos en el servicio de urgencias de la Fundación Valle del Lili, un centro de referencia de cuarto nivel en el suroccidente colombiano, entre 2018 y 2021. Se incluyeron aquellos pacientes con hemorragia masiva y hemorragia oculta y se evaluó la morbimortalidad.

Resultados: Se analizaron 259 pacientes, con edad promedio de 68 años, de predominio masculino (56 %). La hemorragia digestiva superior fue más frecuente (n =194). Las comorbilidades más diagnosticadas fueron diabetes mellitus (16 %) y hepatopatías (11 %). El síntoma predominante

fue melenas (51 %). El método diagnóstico más empleado fue la endoscopia digestiva superior (87 %) y la etiología más identificada fue la úlcera péptica (27 %). El procedimiento terapéutico más emplazado fue la banda elástica (11 %). El 15 % de los pacientes requirieron vasopresor desde el ingreso y 39 % de ellos recibieron más de dos unidades de glóbulos rojos empacados. Se diagnosticó hemorragia masiva en 24 % de ellos. La mortalidad fue del 20 % (n=53), siendo la falla multiorgánica la principal causa (n=23).

Conclusiones: El reconocimiento de la presentación, el comportamiento y los desenlaces en el abordaje de la hemorragia digestiva y la implementación de métodos diagnósticos y terapéuticos avanzados en centros de alta complejidad tiene impacto sobre la morbimortalidad.

01 - ID519

Experiencia en trauma pancreático infantil en el hospital San Vicente Fundación, Medellín - Antioquia

Walter David Romero Espitia; Daniel Ernesto Mejía Isaza; Tatiana Chinkovsky Rios

Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
wadaroes19@gmail.com

Introducción: El trauma pancreático infantil es una entidad infrecuente. Su manejo depende de la clasificación del grado de trauma; la sección con disrupción del ducto pancreático principal requiere manejo quirúrgico o endoscópico. El objetivo de este estudio fue presentar la experiencia de una serie de 5 casos con trauma pancreático atendidos en el Hospital Infantil San Vicente Fundación, en Medellín, Colombia.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con trauma de páncreas, atendidos desde el año 2015 hasta 2022 en el Hospital Infantil San Vicente Fundación. Se analizaron variables relacionadas con el diagnóstico, seguimiento, manejo quirúrgico y complicaciones durante la estancia hospitalaria. Se revisó la evolución clínica de las citas de control ambulatorio.

Resultados: Se identificaron 5 pacientes, con edades entre 19 meses a 12 años. Todos presentaron lesión de alto grado. En 3 pacientes se realizó pancreatectomía distal y en 2 pacientes se realizó procedimiento de Letton-Wilson con la finalidad de preservar tejido pancreático. En promedio, a los 8 días se inició vía oral y a los 10 días fueron dados de alta. Un paciente tuvo evolución lenta, con dolor abdominal y elevación de enzimas pancreáticas; la tomografía mostró una pequeña colección no susceptible de drenaje, por lo que se dio manejo antibiótico por 14 días.

Conclusiones: Se debe tener alta sospecha clínica en el trauma de páncreas; el valor de amilasas puede orientar a su diagnóstico y la tomografía de abdomen contrastada es la herramienta diagnóstica inicial. El trauma de alto grado con disrupción del ducto pancreático debe ser llevado a reparo quirúrgico. Se debe optar por un procedimiento que preserve el bazo y el páncreas viable para evitar posibles complicaciones infecciosas y metabólicas.

01 - ID897

Factores predictores de recurrencia después de cirugía de cierre de fistulas enteroatmosféricas y enterocutáneas

Jaime Ramírez; Ricardo Leonel Arroyave Zuluaga; Luis Manuel Barrera Lozano; Andrés Becerra Romero; Cristian Muñoz García; Verónica Hurtado; Ana Jailler; Natalia Vargas

Hospital San Vicente Fundación Rionegro; Universidad de Antioquia
jaime.ramirez@sanvicentefundacion.com

Introducción: La fistula enterocutánea (FEC) y la fistula enteroatmosférica (FEA) son consecuencia de complicaciones de cirugía abdominal hasta en el 85 %. La tasa de recurrencia luego de cirugía de reconstrucción intestinal sigue siendo alta, alrededor del 19 % (5-38 %). El objetivo de este estudio fue explorar los factores relacionados con la recurrencia en pacientes llevados a cirugía de reparación de fistula intestinal.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de los pacientes diagnosticados con FEC y FEA desde

enero de 2020 a junio de 2022, en el servicio de Trasplantes/Rehabilitación intestinal del Hospital San Vicente Fundación Rionegro. El análisis multivariable se realizó mediante el ajuste de un modelo de regresión logística (MRL).

Resultados: Se encontraron 86 pacientes, 46 de ellos mujeres (54 %), con edad promedio de 49 años. Hubo recurrencia de FEC en 14 pacientes (16 %); en el análisis univariado no se encontraron diferencias significativas en los dos grupos. Después del análisis multivariable, la recurrencia fue asociada con significancia estadística a niveles de prealbumina inferiores a 20 mg/dl (OR 1,81; p=0,02; IC95% 1,23-6,28). El ajuste de la MRL se hizo con la prueba de Hosmer-Lemeshow (p=0,78) indicando buen ajuste y que fue explicado adecuadamente por los datos.

Conclusiones: Nuestros hallazgos indican que los niveles bajos de prealbumina se asocian de forma independiente y significativa a la recurrencia de FEC, sugiriendo que estos pacientes deben ser cuidadosamente manejados desde el punto de vista nutricional antes de ser llevados a cirugía.

01 - ID528

Gastrectomía laparoscópica y abierta para el cáncer gástrico: un análisis retrospectivo de seguimiento a largo plazo

Maritza Andrea Romero Peña; Liliana Suárez; Diego Efraín Valbuena Velásquez; Raúl Guevara; Raúl Guevara; Carlos Eduardo Rey Chaves

Unisanitas; Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.

bluejaru@gmail.com

Introducción: La gastrectomía radical ha sido tradicionalmente el único tratamiento con intención curativa para los pacientes con tumores malignos del estómago, constituyéndose en el pilar del manejo. En nuestra institución se realiza en su mayoría por vía laparoscópica.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, donde se incluyeron los pacientes operados por cáncer gástrico. Se hizo comparación de medias entre la extracción total de ganglios linfáticos y los ganglios linfáticos recolectados. El análisis de

supervivencia se realizó utilizando el método de Kaplan-Meier para la supervivencia global a los 12, 24 y 60 meses. Se aplicó una prueba de rango logarítmico inicial para probar las relaciones entre las variables operatorias y la supervivencia global. Los datos se incluyeron en un análisis secundario mediante regresión proporcional de Cox multivariante, las variables con un valor de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyeron 310 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 89,1 % fueron llevados a gastrectomía por vía laparoscopia y 10,9 % vía abierta. Los bordes de sección fueron negativos en un 93,5 % y la disección ganglionar fue exitosa, con un promedio de 23,7 ganglios extraídos, sin diferencias estadísticamente significativas entre los abordajes ($p=0,3$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue de 84,0 %, 66,9 % y 65,5 %, respectivamente. La presencia de complicaciones y el requerimiento de UCI impactan negativamente en la supervivencia a un año ($p=0,000$).

Conclusiones: Según nuestros datos, el abordaje laparoscópico es seguro para el tratamiento del cáncer gástrico, con tasas aceptables de morbilidad y mortalidad. No existen diferencias estadísticamente significativas para el número de ganglios resecaados entre los abordajes quirúrgicos. La morbilidad postoperatoria y el requerimiento de unidad de cuidados intensivos influyeron negativamente en las tasas de supervivencia global.

01 - ID491

Hematoma hepático subcapsular: Complicación inusual de la CPRE

Doménica Acevedo López; Nicole Andrea Acevedo López; Víctor H Mendoza; Natalia Gallego López; Luis Felipe Acevedo-Medina; Manuela Jaramillo Vásquez; Ivan David Lozada Martínez

Institución Universitaria Visión de las Américas, Medellín; Centro de Investigación Médico-Quirúrgicas, Capítulo de Futuros Cirujanos ACC; Grupo Prometheus y Biomedicina Aplicada a las Ciencias Clínicas; Semillero en Ciencias Médicas Quirúrgicas (SEICIMQ)
domenica.acevedo@uam.edu.co

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es uno de los procedimientos mínimamente invasivos más realizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades biliares y pancreáticas. Aunque es un método seguro, la CPRE tiene la mayor incidencia de complicaciones entre los procedimientos endoscópicos gastrointestinales superiores, siendo el hematoma subcapsular hepático (HSH) una de ellas.

Métodos: Se hizo una revisión sistemática utilizando Medline/PubMed y Scopus. Se incluyeron los reportes de casos publicados que informaran de pacientes diagnosticados de HSH después de una CPRE. Fueron tomadas las publicaciones desde el 1 de enero de 2000 hasta el 5 de marzo de 2022. Se excluyeron del estudio los artículos de revisión, artículos de opinión y cartas al editor que no presentaran datos originales y estudios que presentaran casos con información incompleta.

Resultados: Se obtuvo un total de 67 casos. La principal manifestación clínica tras la CPRE fue el dolor abdominal en 58 pacientes; 35 pacientes presentaron anemia y 17 hipotensión. El 34,3 % de los pacientes recibieron tratamiento conservador, fueron sometidos a cirugía el 23,9 %, drenaje percutáneo el 22,4 % y embolización el 10,4 %. El 10,4 % ($n=7$) de los pacientes fallecieron; de ellos, 5 fueron intervenidos quirúrgicamente, a uno se le realizó solo drenaje percutáneo y a otro drenaje percutáneo más cirugía.

Conclusiones: Se encontró que en aquellos pacientes que están hemodinámicamente estables, el manejo conservador es favorable. El drenaje percutáneo puede considerarse una mejor opción de manejo que la cirugía.

01 - ID723

Hematoma intrahepático subcapsular espontáneo poscolecistectomía, una complicación infrecuente, potencialmente letal

Fernando Ulloa Gordon; Fernando Ulloa Aguilera

Clínica Provida, Cali
ulloagordonmd@gmail.com

Introducción: Las complicaciones graves asociadas a la colecistectomía laparoscópica ocurren en el 2,6 % de las cirugías, y los hematomas representan 0,08 % al 2 %. El hematoma hepático subcapsular ocurre con poca frecuencia, pero se encuentra entre las complicaciones más graves. Esta describe la asociación del sangrado con la administración de Ketorolaco en el postoperatorio. La literatura médica reciente al respecto es escasa.

Métodos: Reporte de caso clínico de una paciente de 36 años, sin antecedentes patológicos, con colelitiasis y coledocolitiasis resuelta por CPRE, llevada a colecistectomía laparoscópica, sin complicaciones. Dos horas después presentó dolor abdominal intenso en flanco derecho, con irradiación a la espalda y el hombro derecho, y taquicardia, por lo que se ajustó analgesia y se mantuvo vigilancia. Más tarde el dolor persistía, presentó hipotensión, descenso marcado de la hemoglobina y signos de shock; por lo que se decidió rápidamente activar protocolo de transfusión y llevar como urgencia a una laparotomía exploratoria con la sospecha de sangrado en área quirúrgica.

Resultados: Se identificó un hematoma subcapsular de difícil cuantificación y un lecho quirúrgico de la colecistectomía sin sangrado activo; se colocó un drenaje para vigilancia del sangrado. Se vigiló paciente en Unidad de Cuidados Intensivos por 5 días, con buena evolución.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y no está libre de complicaciones. El hematoma hepático subcapsular es muy grave, con este reporte de caso mostramos su presentación clínica y métodos de tratamiento, pero sobre todo, se señala la importancia de la vigilancia después de la cirugía.

01 - ID811

Hemorragia gastrointestinal secundaria a tumor estromal de la cuarta porción duodenal: Un reto diagnóstico

María Fernanda Aristizábal Robayo; Pedro Alexander Guerrero Serrano; Jorge Andrés Urrutia Gómez; Hugo Alberto Cómbita Rojas

Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional de Colombia mfaristizabalr@unal.edu.co

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son la neoplasia de origen mesenquimal más común del tracto gastrointestinal, caracterizada por mutaciones a nivel de KIT y PDGFRA. Su presentación clínica es inespecífica ya que depende de factores como tamaño tumoral y patrón de crecimiento, sin embargo, en la mayoría de los casos se diagnostican en contexto de hemorragia gastrointestinal.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente con tumor GIST en la cuarta porción duodenal, que consultó por un episodio de hemorragia digestiva alta. Debido a los hallazgos endoscopios e imagenológicos se decidió llevar a resección quirúrgica, sin confirmación histológica.

Resultados: La endoscopia de vías digestivas altas informó el hallazgo de una lesión elevada con centro ulcerado, de 3 cm que ocupaba aproximadamente un cuarto de la circunferencia duodenal. Esto fue confirmado por tomografía computarizada, que descartó compromiso ganglionar. En el intraoperatorio se identificó una masa rojiza exofítica, en la cuarta porción del duodeno, con bordes bien delimitados, y una ulceración endoluminal que comprometía parcialmente la luz intestinal, sin infiltrar las estructuras vecinas. Se hizo resección quirúrgica y el reporte histológico fue de tumor mesenquimal, con tinciones positivas para CD117, DOG1, AML y CD34, con Ki67 menor del 5 % y bordes de resección libres.

Conclusiones: Aunque las manifestaciones clínicas de los GIST son variables y dependen de la evolución de la neoplasia, por ser el tumor más común del tracto digestivo, se permite que con los hallazgos imagenológicos y la sospecha clínica, sean resecados sin esperar la confirmación histológica. Esto puede impactar en disminución de días de estancia hospitalaria, así como una intervención temprana con fines terapéuticos, logrando una resección completa del tumor, como en este paciente.

01 - ID638

Hernia de Amyand que cursa con cuadro de peritonitis aguda: Reporte de caso y revisión de literatura

Juan Paulo Serrano Pastrana; Diana Clemencia Quintero Gamboa; Fabio Andrés Torres Villamizar; Ana María Porras Albarracín; Juan Daniel Serrano Lizarazo

Clínica FOSCAL, Floridablanca
jpserran@gmail.com

Introducción: La hernia de Amyand es una patología de baja incidencia, que corresponde a aproximadamente el 1 % de las hernias inguinales, siendo más frecuente en población pediátrica masculina. Suele ser diagnosticado intraoperatoriamente y se asocia con hasta un 30 % de mortalidad, relacionado con sepsis abdominal severa.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 62 años, con múltiples antecedentes, que ingresó por dolor y sensación de masa en región inguinal derecha, con hallazgo de una hernia inguinoescrotal gigante encarcelada, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. Se hizo revisión de la literatura.

Resultados: El hallazgo intraoperatorio fue de apendicitis aguda dentro del saco herniario y peritonitis, por lo que se realizó apendicectomía y corrección de la hernia con malla de polipropileno. Finalmente, el paciente fue dado de alta con evolución postquirúrgica favorable, sin complicaciones asociadas.

Conclusiones: A pesar de ser una patología poco frecuente, es de gran importancia diagnóstica, dado que un abordaje erróneo tiene grandes implicaciones en la morbilidad del paciente.

01 - ID471

Hernia inguinal conteniendo órganos ginecológicos - Reporte de tres casos y Revisión de la literatura

Karen Johanna Ponce Hidalgo; Sandra Milena Gutiérrez Cañas; Santiago Cardona Collazos
Pontificia Universidad Javeriana de Cali
karenp11@gmail.com

Introducción: La herniorrafia inguinal es una de las cirugías más frecuentes. En caso de hernias encarceladas, habitualmente el contenido es epiplón o intestino delgado; el contenido con órganos ginecológicos es raro.

Métodos: Se realiza reporte de tres casos de hernia inguinal con contenido anexial. Además, se hizo revisión de la literatura. Se recogieron datos epidemiológicos, características de las hernias, técnica quirúrgica y hallazgos intraoperatorios.

Resultados: El primer caso, una paciente de 27 años con dolor abdominal y en región inguinal, asociado a masa; al examen físico, hernia inguinal irreductible, con cambios de coloración de la piel, y leucocitosis marcada, por lo que se llevó a laparotomía exploratoria, evidenciando anexos derechos necróticos, que requirió de salpingooforectomía y herniorrafia con técnica Rives-Stoppa. El segundo caso, paciente de 41 años, con dolor y sensación de masa en región inguinal, y al examen físico hernia inguinal reductible; la ecografía reportó un nódulo inguinal. Se encontraron anexo y trompa en el saco herniario; se realizó herniorrafia con técnica de Nyhus y reducción del contenido herniario. El tercer caso, paciente de 32 años, con dolor y masa inguinal, que se llevó a herniorrafia, encontrando la trompa uterina dentro del saco herniario; se realizó técnica de Lichtenstein y reducción del contenido.

Conclusiones: Las hernias inguinales con contenido anexial son poco frecuentes y más aún en edad adulta. Como resultados de la revisión de la literatura, encontramos 21 casos de pacientes adultas con hernias inguinales conteniendo órganos ginecológicos, con promedio de edad de 47 años y el lado más común el derecho. El diagnóstico más frecuentemente se realizó intraoperatorio. En la mayoría se utilizó abordaje por vía abierta, requiriendo únicamente reducción del contenido del saco (ovario y trompa uterina) en la mayoría.

01 - ID635

Hill modificado, un enfoque novedoso: Descripción de la técnica y experiencia en pacientes con gastrectomía en manga laparoscópica

Ricardo Manuel Nassar Bechara; Felipe Girón Arango; Andrés Mauricio García; Lina Marcela Rodríguez; Alberto Enrique Ricaurte Aragón; Roberto Rueda; Alejandro Pizano; Ricardo Elías Núñez Rocha; Juan David Hernández

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Facultad de medicina, Universidad de los Andes; Facultad de medicina, Universidad del Rosario

rnassarmd@gmail.com

Introducción: La literatura es ambivalente en cuanto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) posterior a manga gástrica laparoscópica (MGL), por lo que es necesario proponer nuevas técnicas para darle solución. El objetivo de este estudio fue describir un procedimiento quirúrgico para el manejo de la ERGE basado en la técnica de Hill, que pueda aplicarse en todos los pacientes sometidos a una MGL.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, con una base de datos prospectiva de 16 pacientes con ERGE a los que se les realizó esta técnica de Hill modificada de forma concomitante a una MGL, con un seguimiento de 3 años. La técnica quirúrgica se basa en una longitud esofágica intraabdominal de un mínimo de 3 cm y en la fijación posterior de la unión gastroesofágica a la cruz.

Resultados: La edad media fue de 48,1 ($\pm 14,7$) años con un IMC medio de 32,3 ($\pm 5,9$) kg/m². Todos los pacientes tenían antecedentes de ERGE y una puntuación media de ERGE-Q de 10,5 ($\pm 1,3$). El 94,5 % de los pacientes tenían una hernia hiatal, una de ellas concurrente con un anillo de Schatzki; el 57,1 % de los pacientes tenían un reflujo supracarinal y 42,8 % tenían reflujo infracarinal. En todos ellos se realizó la "técnica modificada de Hill" por laparoscopia y en un caso por robot. El cierre concomitante de la hernia hiatal se realizó en el 81 % de los pacientes, el 68,7 % de los pacientes se sometieron a gastrectomía en manga con técnica modificada de Hill en el mismo acto quirúrgico y el 18,7 % tuvieron otros procedimientos asociados. Se presentaron muy pocas complicaciones. No requirieron reintervención o medicación fuera del protocolo estándar.

Conclusiones: La técnica de Hill modificada puede ser utilizada y se presenta como una opción para el control de la ERGE en pacientes con MGL.

01 - ID1022

Implementación del curso Stop the Bleed en Colombia

Juliana María Ordóñez Mosquera; Camilo José Salazar; Esteban Ruiz; Julián Chica; Carlos Alberto Ordóñez Delgado; Alberto Federico García Marín; Helmer Palacios

Universidad del Valle, Cali

julianita206@gmail.com

Introducción: La hemorragia es la principal causa de muerte extra-hospitalaria en casos de trauma. El adecuado control del sangrado compresible en el ámbito extra-hospitalario ha demostrado ser útil en disminuir la morbimortalidad. El curso Stop the Bleed es una iniciativa diseñada para entrenar a la población en técnicas de control del sangrado compresible, entre ellas, el adecuado uso del torniquete.

Métodos: Estudio prospectivo, en el que se realizaron cursos dirigidos a personal de salud en 8 ciudades de Colombia (Bogotá, Cali, Armenia, Manizales, Pereira, Barranquilla, Medellín y departamento del Cauca). Se aplicó una encuesta previa al curso para evaluar conocimientos y percepción sobre el uso del torniquete. Se realizaron evaluaciones pre y post-curso para cuantificar las aptitudes para la colocación del torniquete.

Resultados: Se incluyeron 600 participantes en el estudio, 43 % médicos y 30 % técnicos en atención pre-hospitalaria. El 70 % habían recibido previamente el curso BLS y el 4,9 % habían recibido previamente el curso Stop the Bleed. Sólo el 21 % habían colocado previamente un torniquete, el 42 % manifestaron una alta probabilidad de uso de torniquete y el 22 % poca o nada de intención de uso de torniquete. El 33 % colocaron apropiadamente el torniquete previo al curso y el 89 % lo colocaron de manera apropiadamente posterior al curso ($p < 0,0001$).

Conclusiones: A pesar de los beneficios que ha demostrado, el uso del torniquete no está ampliamente difundido en el personal de salud. Con el curso Stop the Bleed hubo un aumento significativo en la capacidad de colocación del torniquete, por lo que puede ser útil para capacitar en el control del sangrado extra-hospitalario y disminuir la morbimortalidad asociada.

01 - ID778

Intervenciones nutricionales prequirúrgicas en cirugía colorrectal: estrategias que disminuyen el riesgo de complicaciones

Angela María Navas Camacho; Angie Carolina Riscanevo Bobadilla; Iveth Pérez Díaz
Clínica Reina Sofía, Bogotá, D.C.
angelamarianavas@gmail.com

Introducción: El soporte nutricional perioperatorio es un componente esencial en la atención del paciente quirúrgico. Se considera que 30 % a 60 % de los pacientes están desnutridos o en riesgo de desnutrición y la desnutrición se considera un factor de riesgo para malos desenlaces en cirugía, incluyendo aumento de complicaciones, estancia hospitalaria, reingresos y posibilidad de muerte. La detección del riesgo nutricional antes de cirugía y las intervenciones nutricionales pueden modificar positivamente los desenlaces de los pacientes llevados a cirugía mayor.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes llevados a cirugía colorrectal desde la implementación del protocolo ERAS en Clínica Reina Sofía, Bogotá, D.C., Colombia, de 2016 a 2022. Se realizó un análisis univariado con las características demográficas y clínicas de los pacientes y un modelo de regresión logística en el que la variable dicotómica "complicación" se ajustó con las variables edad, desnutrición, suplementación oral e inmunonutrición.

Resultados: Se incluyeron 365 pacientes, todos tuvieron intervención nutricional preoperatoria. La edad media fue 65,2 años. La edad mayor de 75 años se consideró un factor de riesgo de complicaciones postoperatorias (OR 3,12; IC95%1,69-6,35) y el uso de suplementación

oral fue un factor protector para la aparición de complicaciones (OR 0,38; IC95% 0,17-0,84). El estado nutricional no mostró ser un factor de riesgo para presentar complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Las intervenciones nutricionales prequirúrgicas, como el uso de suplementación nutricional, disminuyen el riesgo de complicaciones en pacientes con desnutrición. La intervención nutricional preoperatoria modificó el comportamiento de la desnutrición como factor de riesgo para aparición de complicaciones.

01 - ID530

La duplicación intestinal como causa de abdomen agudo quirúrgico en adultos en el servicio de urgencias: a propósito de un caso

Antonio José Santiago Amaya; Edgar Guerra
Clínica General del Norte, Barranquilla
antoniosantiagoamaya@icloud.com

Introducción: La duplicación intestinal como causa de abdomen agudo quirúrgico en adultos en el servicio de urgencias se convierte en un desafío quirúrgico para el cirujano, por sus síntomas inespecíficos, sus bajas probabilidades de presentación y poco tiempo de estudio por agudización de dolor. El objetivo de este trabajo fue presentar un caso que consultó al servicio de urgencias por abdomen agudo quirúrgico debido a duplicación intestinal en un adulto, como desafío diagnóstico y terapéutico.

Métodos: Presentación de caso de un paciente de 24 años de edad, quien consultó por dolor abdominal y episodios eméticos de 5 días de evolución. Al examen físico se encontró masa palpable en abdomen, con signos de irritación peritoneal. Las imágenes diagnósticas no aportaron evidencia clara de lesiones intraabdominales.

Resultados: Por la evolución del dolor abdominal y la estabilidad del paciente, a pesar de los signos de irritación peritoneal, en urgencias se decidió iniciar con estudios de dolor abdominal, pero las imágenes radiológicas y endoscópicas las cuales no fueron concluyentes con su diagnóstico, por lo que se procedió a realizar laparotomía exploratoria, evidenciando una duplicación intestinal ileal y

aparentemente de colon ascendente, que parecía no estar aislada a tránsito intestinal normal. Se hizo resección intestinal y la respectiva restitución del tránsito intestinal.

Conclusiones: La duplicación intestinal es poco frecuente y se convierte en un reto diagnóstico y terapéutico en caso de presentarse como abdomen agudo quirúrgico, por lo que dar a conocer este tipo de situaciones quirúrgicas, junto con su abordaje, le permitirá a los cirujanos tomar decisiones adecuadas en casos similares.

01 - ID537

Lesiones de los troncos supraorticos, lecciones aprendidas

Jorge Augusto Herrera Chaparro; Diana Catalina Cardona Gómez

Universidad del Cauca, Popayán
jherrera@unicauca.edu.co

Introducción: Las lesiones de los troncos supra aórticos plantean un gran desafío, ya que a la dificultad propia de la anatomía compleja de esta región se suma la gravedad de la lesión en estos pacientes. De igual forma, es importante la decisión sobre la técnica quirúrgica a practicar, sea cirugía endovascular y manejo quirúrgico abierto.

Métodos: Se revisaron 3 casos complejos, con pseudoaneurisma del tronco braquiocefálico, pseudoaneurisma de arteria carótida y lesión de arteria vertebral derecha. Las lesiones asociadas fueron escasas. El pseudoaneurisma del tronco braquiocefálico fue abordado por cervicotomía derecha; la lesión de la carótida fue abordada por vía endovascular, y la lesión de arteria vertebral se abordó por vía abierta para control de daño y posterior embolización.

Resultados: La junta médica concluyo que, para el pseudoaneurisma del tronco braquiocefálico, de origen traumático en un paciente joven, que se localizaba entre la bifurcación de la carótida y la subclavia, un stent GORE® VIABAHN® (una endoprótesis endoluminal flexible y auto expandible) era una opción, pero con sacrificio de la carótida o la subclavia, por lo que se decidió cirugía abierta en conjunto con cirugía cardiovascular y bomba extracorpórea. Se proyectó control

proximal y distal, disección del tronco desde el cayado y las ramas, la carótida y la subclavia; se administró Heparina sistémica y después de 3 minutos se clampeó primero la carótida para evitar embolizaciones a través del orificio de un 10 %, se hizo cierre primario, se despinzó primero el tronco y, por último, la carótida para evitar embolismo. No requirió cirugía extracorpórea porque no estaba cerca de la aorta.

Conclusiones: El acceso abierto a la carótida en pacientes jóvenes evita la anticoagulación y complicaciones. El control del daño con sonda Foley es exitosa.

01 - ID826

Manejo con Y de Roux y antrectomía en paciente con perforación esofágica por endoscopia

Laura Daniela Conde Pérez; David Leonardo Sánchez García

Institución de segundo nivel en el departamento de Boyacá
lconde@udca.edu.co

Introducción: El objetivo de este trabajo fue reportar el caso de un paciente con antecedente de enfermedad de Hirschsprung con manejo quirúrgico, quien presentó perforación esofágica por dilatación endoscópica, para la cual se realizó una antrectomía más una derivación en Y de Roux.

Métodos: También se realizó una revisión sistemática de literatura sobre perforación esofágica por endoscopia, utilizando las bases de datos Scopus, ScienceDirect, University Of Oxford, Springer Journal, ClinicalKey y Pubmed, con fechas de publicación no mayor a 5 años, sin límite de idiomas, utilizando las siguientes palabras claves: "Hirschsprung", "perforación esofágica", "antrectomía", "Roux". Se obtuvieron 30 artículos con la información necesaria para cumplir con los objetivos del presente reporte de caso.

Resultados: En el inicio, el paciente tenía un resultado de biopsia positivo para *Helicobacter pylori*. Se realizó una endoscopia que se descartó patología neoplásica por biopsia, y se procedió a la dilatación hidroneumática con balón de forma exitosa, con una evolución satisfactoria, por lo que se dio salida, pero reingresó 3 horas después por

intenso dolor abdominal. Se sospechó perforación a nivel gástrico o duodenal y en la radiografía de tórax se identificó neumoperitoneo. Se llevó a cirugía con hallazgo de desgarro lineal pequeño en el bulbo duodenal a nivel postpilórico; entonces, se realizó antrectomía con una reconstrucción en Y de Roux. Actualmente el paciente presenta íleo gástrico, por lo que se realizan estudios complementarios.

Conclusiones: Un manejo oportuno puede definir la morbimortalidad, sin embargo, no se cuenta con datos notablemente claros para poder asegurar esta hipótesis sobre el impacto positivo del manejo temprano en este tipo de lesiones.

01 - ID863

Manejo endovascular del síndrome de cascanueces

Jesús José Dueñas Orejuela; Jorge Adalberto Márquez Rodríguez; Johan Sebastián Merchán Cepeda; Tomas Henríquez Perlaza; Leonardo Andrés Garcés Patiño
Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
jtduornd@gmail.com

Introducción: El síndrome de cascanueces está causado por la compresión de la vena renal entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Es una patología poco frecuente, por lo que el enfoque inicial marca el pronóstico y la evolución.

Métodos: Se describe el caso clínico de una paciente de 31 años, quien consultó por síntomas pélvicos inespecíficos y mediante doppler se descartó insuficiencia de venas gonadales. En la junta médico quirúrgica se revisó con angioTAC de abdomen y pelvis, y se observaron hallazgos compatibles con el síndrome de cascanueces.

Resultados: La paciente fue llevada a manejo vía endovascular, con angioplastia y colocación de stent a nivel renal, logrando restauración completa del flujo. En seguimiento por consulta externa, se encontró total resolución de los síntomas de consulta.

Conclusiones: El síndrome de cascanueces es una patología que se debe considerar en el espectro del dolor pélvico crónico sin causa aparente.

01 - ID507

Manejo laparoscópico de hemobilia secundaria a arteria cística aberrante: Presentación de un caso

Luis Felipe Cabrera Vargas; María Paula Forero Ríos; David Acevedo

Los Cobos Medical Center, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque

luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: La hemobilia es una causa infrecuente de hemorragia de vías digestivas altas, generada por una comunicación anormal entre los vasos sanguíneos y los conductos biliares. Su presentación clínica es variable, acompañada de una triada patognomónica, consistente en hemorragia gastrointestinal, dolor abdominal e ictericia. La angioembolización es el tratamiento de elección, sin embargo, existen alternativas, esencialmente quirúrgicas, para casos de difícil manejo.

Métodos: Presentación del caso de una paciente de 74 años, con antecedente de cáncer escamocelular de lengua estadio III, con requerimiento de hemiglosectomía, quien fue traída por cuadro clínico de hemorragia de vías digestivas altas por gastrostomía y dolor abdominal agudo, e ingresó con shock hipovolémico severo secundario a la hemorragia. Se realizó esofagogastroduodenoscopia evidenciando sangrado activo proveniente de papila mayor, secundario a arteria cística aberrante visualizada por angiotomografía. No fue posible el manejo endoscópico.

Resultados: Fue llevada a colecistectomía laparoscópica y embolización fallidas; el cuadro se resolvió de manera exitosa por ligadura laparoscópica de la arteria cística aberrante, gastrostomía anterior y gastrorrafia.

Conclusiones: La hemobilia es una causa infrecuente de sangrado gastrointestinal alto, principalmente secundario a causas iatrogénicas o patología oncológica biliar. La mayoría tienen resolución espontánea. En casos de difícil manejo, los abordajes endovasculares resultan ser ineficaces, convirtiéndola en un reto para el cirujano

general, que debe optar por abordajes invasivos, pero más efectivos, como el laparoscópico.

01 - ID639

Manejo mínimamente invasivo de hernia paraesofágica tipo 3

Mauricio Zuluaga Zuluaga; Juan Pablo Tróchez Sánchez

Universidad del Valle, Cali

zuluaga.mauricio@correounivalle.edu.co

Introducción: Las Hernias paraesofágicas, corresponden a menos del 5%, de las hernias del hiato esofágico, el enfoque diagnóstico es fundamental para realizar el manejo quirúrgico.

Métodos: Presentación de caso de una paciente de 56 años, con historia de cirugía antirreflujo 20 años antes, y cuadro clínico de disfagia, regurgitación y pirosis. La endoscopia mostró hernia hiatal de 6 cm, con signos de funduplicatura previa; el esofagograma, hernia paraesofágica tipo 3 con el 100 % del estómago intratorácico; la manometría esofágica de alta resolución, hernia hiatal sin trastornos de la motilidad esofágica.

Resultados: Se decidió manejo mínimamente invasivo, con reducción para corrección de la hernia paraesofágica tipo 3, liberación del esófago intraabdominal (3 a 4 cm), hiatoplastia y colocación de malla con técnica keyhole; tiempo quirúrgico de 3 horas 30 minutos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y egresó a las 36 horas refiriendo desaparición de los síntomas, con radiografía de tórax sin alteraciones. En la valoración de control al mes, con resolución de los síntomas y esofagograma sin evidencia de hernia hiatal.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva se considera la mejor estrategia para abordar las patologías del hiato esofágico.

01 - ID396

Manejo quirúrgico de hernia inguinal gigante con contenido ileocecal encarcerado en paciente neonatal: Más allá de Amyand

Mauricio Pedraza Ciro; Alejandra Holguín; Germán Mogollón; Pablo Luengas; Daniela Moreno

Universidad El Bosque; Hospital Simón Bolívar, Bogotá, D.C.

mpedraza93@gmail.com

Introducción: Los recién nacidos prematuros tienen una alta prevalencia de hernias inguinales, por lo cual, la mayor proporción de estudios sobre hernias inguinales en pacientes pediátricos se han realizado en esta población. A lo largo de los años, el manejo de las hernias inguinales ha sido controversial, principalmente por la técnica que se utiliza para su reparación, sin embargo, su presentación con contenido ileocecal resulta una causa rara de patología abdominal en los neonatos.

Métodos: Reporte de caso de paciente masculino pretérmino, de 1 mes de nacido, sin otros antecedentes de importancia, quien fue traído por cuadro de una semana de evolución de aparición de tumefacción en región inguinoescrotal derecha, con agudización de la sintomatología, dado por episodios eméticos. A la valoración clínica se halló hernia inguinal intercalada, y en la ecografía Doppler se observaron asas intestinales en la bolsa escrotal y flujos escrotales presentes, por lo que se decidió llevarlo a exploración inguinal.

Resultados: Bajo anestesia general se hizo la exploración inguinal anterior derecha, identificando en el contenido herniario la porción ileocecal con congestión vascular y el apéndice cecal sano, por lo que se decidió hacer reducción del contenido herniario, ligadura alta de saco herniario y cierre por planos. El paciente completó vigilancia posoperatoria y posteriormente fue dado de alta.

Conclusiones: La hernia inguinal de contenido ileocecal y apendicular resulta una entidad extremadamente rara en la población neonatal. Cuando ocurre, generalmente se diagnostica erróneamente como una hernia inguinal estrangulada, que también representa una emergencia quirúrgica. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial en recién nacidos prematuros. El tratamiento adecuado es la exploración quirúrgica urgente de la región inguinal.

01 - ID395

Manejo quirúrgico de quiste de colédoco Todani 1A gigante previamente derivado*Mauricio Pedraza Ciro; Alejandra Holguín; Germán Mogollón; Sergio Rueda; Pablo Luengas*

Universidad El Bosque; Hospital Simón Bolívar, Bogotá, D.C.

mpedraza93@gmail.com

Introducción: Los quistes del colédoco son dilataciones congénitas de la vía biliar, que pueden producir graves complicaciones. El tratamiento quirúrgico de elección es la resección total con reconstrucción biliodigestiva.

Métodos: Presentación de caso de paciente masculino de 8 años de edad, con antecedente de quiste de colédoco Todani I, quien había sido llevado a un primer tiempo para drenaje del quiste vía laparoscópica, sin embargo, fue fallida con anulación del duodeno. Requirió reintervención por cirugía abierta, donde repararon el defecto duodenal y canularon quiste con dren. Después de 6 meses de esta intervención ingresó a nuestro servicio para manejo quirúrgico.

Resultados: El paciente fue llevado a laparotomía supraumbilical, se hizo liberación extensa de síndrome adherencial severo, identificación de quiste de colédoco gigante, resección completa del quiste y reconstrucción de hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Se trasladó a la Unidad de Cuidados Intermedios para vigilancia posoperatoria y egresó al tercer día, tolerando la vía oral y con adecuado tránsito intestinal. El paciente completó seguimiento estricto por los 6 meses, sin complicaciones asociadas.

Conclusiones: La intervención de la vía biliar es un abordaje quirúrgico que requiere alta experticia. Es fundamental como cirujanos, no solo estar preparados para realizar una primera intervención adecuada, sino para otro tipo de retos quirúrgicos, como el que presentamos.

01 - ID763

Memes en la educación quirúrgica: utilizando memes para la enseñanza de los principios del ATLS en estudiantes de medicina*Juan Manuel Martínez; Luis Felipe Cabrera Vargas; Mauricio Pedraza Ciro; Santiago Andrés Suárez Gómez; Iván David Lozada Martínez; Juan Guillermo De La Barrera Bermúdez; Juan Camilo Aguado Valderrama*

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

juanmamar@gmail.com

Introducción: Apesar de las múltiples cualidades para la difusión del conocimiento que poseen los memes, no encontramos reportes en la literatura científica sobre su uso para la educación médica y mucho menos sobre su aplicación en la educación quirúrgica. El objetivo del presente trabajo fue reportar nuestra primera experiencia sobre el uso de memes para la enseñanza quirúrgica, que creemos es la primera a nivel mundial.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, desde enero de 2018 a diciembre de 2020, con los estudiantes de medicina de VIII semestre de una universidad en Bogotá, D.C., Colombia, con el fin de evaluar el uso de los memes en la enseñanza de los principios básicos del curso Advanced Trauma Life Support (ATLS®) del American College of Surgeons (ACS). Los memes fueron clasificados según su aplicación (didáctica, introducción o refuerzo de un concepto o como instrumento de evaluación informal) y su calidad según la escala de Beltrán et. al.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 310 estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, realizaron un total de 150 memes académico quirúrgicos sobre los principios básicos del curso ATLS® del ACS. Fueron clasificados según su aplicación y su puntuación de calidad, con un promedio de 3,8 puntos sobre un máximo puntaje de 4.

Conclusiones: Los memes pueden ser utilizados para realizar educación médica y quirúrgica, de forma didáctica y llamativa, para los nuevos estudiantes de medicina, nativos digitales. Sin embargo, se requieren más estudios para establecer con veracidad su eficacia en la difusión y transmisión del conocimiento médico quirúrgico.

01 - ID760

Mesenteritis esclerosante complicada por necrosis y perforación intestinal: reporte de caso de mortalidad y revisión de la literatura*Oscar Gabriel Villamizar Blanco; David Moros Martín; David Mauricio Figueroa Bohórquez; Omar Gómez; Manuel Eduardo Moros Vera*

Clínica Santa Ana S.A., Cúcuta; Universidad CES; Pontificia Universidad Javeriana; Universidad Nacional de Colombia

villamizaroscar134@gmail.com

Introducción: La mesenteritis esclerosante es una enfermedad infrecuente, caracterizada por necrosis grasa, inflamación crónica y fibrosis del mesenterio. Aunque su diagnóstico es histopatológico, la presentación clínica sumada a los hallazgos imagenológicos puede guiar hacia este diagnóstico diferencial.

Métodos: Se describe la historia clínica y los hallazgos imagenológicos, intraoperatorios y patológicos que llevaron al diagnóstico. Se realizó una revisión de la literatura y un análisis de los factores que llevaron al paciente a la muerte.

Resultados: Paciente masculino de 62 años que ingresó a urgencias con dolor abdominal y masa palpable en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, con taquicardia y leucocitosis. Los hallazgos tomográficos, endoscópicos y laparoscópicos evidenciaron engrosamiento de la pared colónica y nodularidad de su mesenterio. El diagnóstico de mesenteritis esclerosante fue confirmado por evaluación histológica tomado por biopsia laparoscópica. Se inició manejo médico con prednisolona y tamoxifeno. Posterior a la suspensión del tratamiento cuatro meses después, se presentó una rápida progresión que llevó a obstrucción vascular con necrosis y perforación colónica; reingresó con choque séptico de origen abdominal, con rápido deterioro hemodinámico, que desencadenó la muerte.

Conclusiones: Este es un caso que debe despertar el interés por la mesenteritis esclerosante, en especial por la severidad de sus complicaciones. Aunque la mayoría de los casos tienen un curso benigno y el porcentaje de complicaciones es

bajo, los casos fulminantes son secundarios a complicaciones obstructivas.

01 - ID791

Modelo predictivo de traqueostomía en COVID-19. ¿Cuándo considerar una traqueostomía?*Alberto Federico García Marín; Isabella Caicedo Holguín; Stefania Rodríguez; Stephania Pardo; Raúl Assad; Mónica Vargas*

Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad ICESI; Universidad del Valle

alberto.garcia@correounivalle.edu.co

Introducción: Los factores de riesgo de traqueostomía en pacientes con COVID-19 no han sido estudiados completamente. El objetivo de este estudio fue analizar las variables identificables en los días uno y siete de ventilación mecánica invasiva (VMI) relacionadas con el requerimiento de traqueostomía.

Métodos: Se analizó el registro de COVID-19 de la Fundación Valle del Lili, en Cali, Colombia. Mediante muestreo simple se seleccionaron pacientes de los tres primeros picos de la epidemia. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con COVID-19 que requirieron VMI. Los criterios de exclusión fueron: intubación en otra institución, por causas neurológicas, remisión con VMI y no realizar la traqueostomía por futilidad.

Se construyó un modelo mediante regresión logística simple y múltiple (RLM). La capacidad de discriminación y bondad del ajuste se evaluaron con curvas ROC y prueba de Hosmer-Lemeshow (H-L).

Resultados: Se incluyeron 270 pacientes y de ellos, requirieron traqueostomía 134 (49,6 %). La mediana de edad fue 62 años y 36,6 % eran mujeres. En el 50 % de los casos, la traqueostomía se realizó entre los días 12-17. El modelo final identificó la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR), la presión inspiratoria máxima, severidad de la alteración de la oxigenación y el puntaje de SOFA-coagulación del día séptimo como factores de riesgo independientes. La obesidad clase II-III se comportó como un factor protector (AUROC=0,79, H-L p=0,58).

Conclusiones: La alteración de la oxigenación o la coagulación del séptimo día, el empeoramiento en la distensibilidad pulmonar y la necesidad de TRR fueron factores de riesgo para traqueostomía en estos pacientes con COVID-19, mientras la obesidad clase II-III, se identificó como factor protector. 01 - ID886

Neumatosis intestinal, a propósito de un caso

Anyelia Penagos Penagos; Angela Cristina Ríos Cadavid

Hospital de Kennedy, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
anyelia.penagos@gmail.com

Introducción: La neumatosis intestinal se define como la infiltración patológica de gas en la pared del intestino. Es una condición y un signo radiológico poco frecuente, que se puede encontrar en el 0,03 % de la población basados en series de autopsia. Esta entidad corresponde a un signo radiológico, no a una patología, y se puede encontrar en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucción intestinal, infección intestinal, isquemia mesentérica, cirugía, inmunodeficiencia, quimioterapia o trauma, entre otras condiciones. La neumatosis intestinal se define como primaria (15 %) al tratarse de neumatosis intestinal quística o secundaria (85 %) cuando está relacionada a otras entidades.

Métodos: Reporte de caso de un paciente con hallazgo de neumatosis intestinal y neumoperitoneo por tomografía, con relación a colecistitis aguda, y el manejo quirúrgico realizado en un centro de referencia de III nivel en Bogotá, D.C., Colombia.

Resultados: Se trató de un paciente de 77 años, con cuadro clínico de cuatro meses de evolución consistente en dolor en hemiabdomen superior, hiperbilirrubinemia intermitente, y hallazgo en la tomografía computarizada de abdomen de neumoperitoneo y signos sugestivos de neumatosis intestinal. Fue llevado a laparotomía con hallazgo de neumatosis intestinal y colecistitis aguda alitiásica.

Conclusiones: La neumatosis intestinal es una entidad poco frecuente, de etiología no clara.

Pear propone los mecanismos patológicos que pueden estar implicados en su formación: necrosis intestinal, disrupción de la mucosa, aumento de la permeabilidad de la mucosa y enfermedades pulmonares. Debe ser enfocado como un signo de alerta, en busca de patologías quirúrgicas subyacentes.

01 - ID672

Neumatosis quística intestinal: Reporte de caso

María Camila Jaramillo Guzmán; Andrés Eduardo Marín Castro; Daniela Rosa Flórez Filomeno; Laura Botero Ángel

Universidad CES; Clínica Las Vegas, Medellín
jaramillo.maría@uces.edu.co

Introducción: La neumatosis quística intestinal es una condición rara, caracterizada por la presencia de quistes gaseosos intramurales, en submucosa y subserosa del intestino delgado o colon. Puede presentarse como un hallazgo incidental, sin embargo, en la mayoría de los casos se manifiesta como un cuadro de dolor abdominal, distensión, emesis y diarrea. Su fisiopatología es desconocida y se han propuesto múltiples teorías. Puede ser idiopático o estar asociada a enfermedades pulmonares, de tejido conectivo, gastrointestinales o inmunosupresión.

Métodos: Presentación de caso de un masculino de 44 años, con cuadro clínico de cinco días de dolor en hemiabdomen derecho, emesis y deposiciones diarreicas. Al examen físico de ingreso con dolor a la palpación en hemiabdomen derecho y defensa abdominal involuntaria. La tomografía de abdomen mostró neumoperitoneo extenso y signos inflamatorios hacia fosa iliaca derecha, y los paraclínicos, aumento de los reactantes de fase aguda.

Resultados: Se sospechó perforación de víscera hueca y fue llevado a laparoscopia diagnóstica, con hallazgo de neumatosis quística de íleon distal y colon derecho, sin perforación de víscera. El paciente tuvo una evolución favorable luego de la intervención, con neumoperitoneo residual en tomografía de control, sin hallazgos adicionales. Fue dado de alta a los tres días posquirúrgicos.

Conclusiones: La neumatosis quística intestinal es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 0,03 %. Inicialmente descrita por Du Vernoy en 1730, su origen es poco claro y se presenta más en hombres que en mujeres. Es más frecuente en el colon, seguido del intestino delgado. Su tratamiento es conservador en la mayoría de los casos y su principal diagnóstico diferencial es la perforación de víscera hueca.

01 - ID403

Nuevas perspectivas sobre el uso de la terapia de cierre asistido por vacío (VAC®) en abdomen abierto tras anastomosis intestinal ¿cuál es el riesgo de dehiscencia?

David Guillermo Gómez Garnica; Catalina Barco Castillo; Jorge Andrés Gutiérrez Segura; Andrés Ricardo Falla Quiñones

Departamento de Cirugía General, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada
davidg.gomezg@outlook.com

Introducción: La terapia de cierre asistido por vacío (VAC®) en anastomosis intestinal es controversial por los resultados heterogéneos. El objetivo de este estudio fue describir los pacientes con abdomen abierto y VAC® e identificar los factores de riesgo para dehiscencia anastomótica, mortalidad global y específica.

Métodos: Se evaluaron 97 pacientes, operados desde 2014 hasta 2018, con abdomen abierto y VAC®. Se estratificaron según la realización de anastomosis intestinal y dehiscencia anastomótica. Las características iniciales, perioperatorias y la mortalidad fueron evaluadas. Se realizó análisis bivariado y multivariado para dehiscencia anastomótica y mortalidad, y gráficos de Kaplan-Meier para mortalidad.

Resultados: De los 97 pacientes, 45 fueron llevados a anastomosis intestinal y 26 presentaron dehiscencia. La mediana de edad fue de 52 años [RIC 24,5-70], siendo mayor en el grupo de dehiscencia (62 [RIC 25-71] vs. 28 [RIC 23-36]; $p < 0,001$). Los hombres correspondieron a 34 (75,6 %) pacientes, pero las mujeres presentaron

más dehiscencia (10 [90,1 %] vs. 16 [47,1 %]; $p = 0,010$). Se realizó cierre de fascia diferido en 36 (80 %) pacientes, con tasa más alta en el grupo de dehiscencia (35 [96,2 %] vs. 11 [57,9 %]; $p = 0,002$). Dieciocho pacientes (40 %) desarrollaron fístula; 17 (68 %) entre los pacientes con dehiscencia y 1 (5,3 %) sin dehiscencia ($p < 0,001$). La mortalidad global fue de 33,3 %, 46,1 % en el grupo con dehiscencia y 15,8 % sin dehiscencia ($p = 0,033$). El riesgo de dehiscencia fue mayor en mujeres (OR 11,52 [IC95% 1,29-97,85]; $p = 0,030$), con retraso en el cierre de la fascia (OR 18,18 [IC95% 2,02-163,5]; $p = 0,010$) y uso de vasopresores (OR 12,04 [IC95% 1,22-118,47]; $p = 0,033$). El riesgo de mortalidad fue mayor en mujeres (OR 6,38 [2,00-20,35]; $p = 0,002$), enfermedad arterial coronaria (OR 7,89 [IC95% 2,15-29]; $p = 0,002$), índice de Mannheim intermedio (OR 5,33 [IC95% 1,75-16,25]; $p = 0,003$) y dehiscencia (OR 4,93 [IC95% 1,14-21,23]; $p = 0,033$).

Conclusiones: El tratamiento con VAC® en abdomen abierto es beneficioso tras la realización de anastomosis intestinal. El riesgo de dehiscencia es mayor en mujeres, retraso en el cierre de la fascia y uso de vasopresores, y conduce al aumento de la mortalidad. La evaluación de riesgo-beneficio debe considerarse en todos los pacientes.

01 - ID481

Obstrucción intestinal secundaria a manejo antibiótico para erradicación de Helicobacter pylori: Una presentación inusual

Carlos José Pérez Rivera; Emma Gómez Trujillo; Pablo Sandoval Trujillo; Valentina Villarreal; Natalia Gutiérrez; Juliana Gaitán

Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque; Universidad de La Sabana
cjperezrivera@gmail.com

Introducción: La obstrucción intestinal tiene causas intraluminales, extraluminales e intramurales. Los bezoares, litos, cuerpos extraños y cápsulas endoscópicas suelen ser causantes de obstrucción luminal, así como también se puede considerar la ingesta de cápsulas de Amoxicilina como etiología.

Métodos: Se hace reporte de caso y revisión de la literatura de obstrucción intestinal mecánica secundaria al manejo antibiótico para la erradicación de *Helicobacter pylori*.

Resultados: Paciente femenina de 60 años, que ingresó por cuadro de 4 días consistente en distensión abdominal, ausencia de deposiciones, múltiples episodios eméticos e intolerancia a la vía oral. Refiere apendicectomía abierta en la infancia e inicio de tratamiento para erradicación de *Helicobacter pylori*. Los paraclínicos de ingreso sin alteraciones y la radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos escalonados en ausencia de gas distal, hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, asociado a múltiples imágenes radiopacas, compatibles con cápsulas de medicamentos. Se inició manejo con sonda nasogástrica y líquidos endovenosos; se administró polietilenglicol y enemas de bifosfato monosódico para realización de colonoscopia. Al quinto día presentó deposiciones líquidas y la colonoscopia fue normal, sin evidencia de cápsulas de medicamentos. Después de tolerar la vía oral y mejoría de la distensión abdominal, se dio egreso.

Conclusiones: Se considera que la obstrucción intestinal mecánica en este caso fue una complicación secundaria al tratamiento antibiótico, que requirió de manejo multidisciplinario. El manejo médico exitoso fue posible, sin requerimiento de procedimientos quirúrgicos.

01 - ID550

Paciente con fístula colecistogástrica y fístula colecistocolónica: Reporte de caso

Víctor Ruano Flórez; Laura Vanessa Rodríguez Reyes; Katherine Lizeth Muñoz Murillo

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena

dr.ruanoflorez@gmail.com

Introducción: Las fistulas colecistodigestivas corresponden a una de las complicaciones poco frecuente de la enfermedad litiasica crónica, siendo las fistulas colecistoduodenales las más frecuentes (65-77 %), seguidas por las colecistocólicas (10-25 %) y las colecistogástricas (5 %). El objetivo

de este trabajo fue el reporte de un caso con presentación poco frecuente, en una adulta mayor con colelitiasis y colecistitis, que cursó con fístula colecistogástrica y fístula colecistocolónica.

Métodos: Paciente femenina de 66 años, quien ingresó al servicio de urgencias por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor en epigastrio, irradiado a mesogastrio, asociado a episodios eméticos de contenido alimentario. Al examen físico se encontró abdomen doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin presencia de masas, sin otras anormalidades.

Resultados: Se realizó ecografía de hígado y vías biliares con evidencia de colelitiasis sin signos de colecistitis y dilatación de vía biliar extrahepática, y posteriormente colangiorresonancia con vesícula biliar escleroatrófica y dilatación del colédoco de 7 mm. Fue llevada a colecistectomía por vía abierta más exploración de vías biliares con hallazgos intraoperatorios de vesícula biliar escleroatrófica, macrocálculo de 2x2,5 cm, plastrón vesicular, fístula colecisto-colónica y fístula colecistogástrica. La paciente presentó adecuada evolución postquirúrgica.

Conclusiones: Las fistulas colecistodigestivas son complicaciones poco comunes de las colecistopatías, con curso de larga data y con cuadro intermitente de colecistitis aguda. Su presentación clínica varía de acuerdo a su ubicación, sin embargo, puede ser un cuadro clínico enmascarado o asintomático.

01 - ID816

Pancreatitis congénita asociada al gen PRSS1 en centro médico de Bogotá, Colombia: Reporte de Caso y revisión de la literatura

David Leonardo Sánchez García; Valentina Ruiz Trujillo; Yessica Alejandra Jordán Sánchez; Lisbeth Osorio García; William Ricardo Granados Rincón; Mayra Leandra Méndez González; María Paula Rodríguez Rodríguez; Mónica Ararat Sarria
Institución de tercer nivel, Bogotá, D.C.

davsanchez@udca.edu.co

Introducción: La pancreatitis es el proceso inflamatorio del páncreas desencadenado por la

activación inapropiada de las enzimas pancreáticas, en su mayoría como consecuencia de colelitiasis y abuso de alcohol, aunque también puede ser causada por mutaciones genéticas, que dan lugar a pancreatitis congénita, asociada específicamente al gen PRSS1 (PRoteaSeSerine1).

Métodos: Reporte de caso de paciente masculino de 23 años, que presentó múltiples episodios de pancreatitis aguda. Revisión de la literatura sobre pancreatitis congénita mediante la búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos Pubmed, Science direct, Scielo y Scopus, sin límite de tiempo ni de idioma. Se obtuvieron 30 artículos que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados: Ante la ausencia de una causa orgánica, se sospechó pancreatitis hereditaria, que se confirmó con estudios moleculares de los genes comprendidos en el panel CASR, CFTR, CTFR, PRSS2Y SPINK1, encontrando en estado heterocigoto de la variante patogénica C.364C>T (PR122C) en la secuencia del gen PRSS1, relacionada con pancreatitis hereditaria (mim#167800).

Conclusiones: La pancreatitis hereditaria asociada a la variante patogénica C.364C>T (PR122C) en la secuencia del gen PRSS1 es una entidad con baja incidencia, pero es fundamental considerarla como posible causa cuando el paciente cursa con un cuadro clínico de pancreatitis aguda a repetición.

01 - ID432

Perforación vesicular secundario a trombosis de la arteria cística

Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Víctor Ruano Flórez; Christian Camilo Trilleras Berrío; Jorge Eduardo Martínez castro; Laura Jaimes Santamaría
Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
kmunozm@unicartagena.edu.co

Introducción: La colecistitis aguda es una condición frecuente en las mujeres, y puede ser la causa de la perforación vesicular en el 5 al 15 % de los casos, especialmente secundario a colecistitis gangrenosa. Dentro de los factores asociados a

perforación se encuentran cálculos biliares, daño en la vasculatura, trauma, infección, malignidad y esteroides.

Métodos: Femenina de 89 años con antecedente de hipertensión arterial, que consultó por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor abdominal de inicio súbito, localizado en fosa iliaca derecha, posteriormente irradiado al resto del abdomen, asociado a náuseas y deposiciones diarreicas, sin moco ni sangre. Durante el examen físico se encontró dolor a la palpación generalizada, de predominio en fosa iliaca y flanco derechos, sin signos de irritación peritoneal.

Resultados: Se decidió llevar la paciente a cirugía para laparotomía exploratoria con hallazgo intraoperatorio de bilioperitoneo de 600 ml, vesícula biliar con fondo necrótico y microperforado y arteria cística trombosada. Se procedió a realizar drenaje de colección y colecistectomía vía abierta.

Conclusiones: La patología biliar benigna es una entidad frecuente en nuestra población, especialmente en las mujeres, por tanto, se debe considerar la perforación vesicular como una complicación de esta. Se debe sospechar especialmente en pacientes con compromiso del estado general, aunque este no fue el caso de nuestra paciente, por tratarse de una paciente anciana, que generalmente presentan una respuesta diferente al resto de los grupos etarios. Es importante tener en cuenta su potencial mortalidad y que su manejo es netamente quirúrgico.

01 - ID1003

Prevalencia de cáncer en pacientes adultos en un servicio de cirugía oncológica del Suroccidente Colombiano (2020-2022)

Jorge Augusto Herrera Chaparro
Clínica La Estancia, Popayán; Universidad del Cauca
jherrera@unicauca.edu.co

Introducción: La cirugía oncológica se ha venido desarrollando para facilitar el tratamiento integral del paciente con cáncer, haciendo parte de una interacción multidisciplinar del equipo en el

plan terapéutico, por eso se requiere conocer las principales patologías para un adecuado accionar.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de cirugía oncológica de la Clínica La Estancia, en la ciudad de Popayán, entre enero de 2020 y agosto de 2022. Se evaluó el perfil de los pacientes ingresados y se determinaron los tipos de cáncer con mayor prevalencia.

Resultados: De la población estudiada, el 74,6 % (n=1978) correspondía al sexo femenino. Se presentaron con mayor frecuencia entre los 31 y los 50 años (48,9 %). Las patologías presentadas con mayor prevalencia fueron enfermedades a nivel cervical (n=330, 12,0 %), tumores del ovario malignos y de comportamiento incierto (n=276, 10,1 %), cáncer de mama (n=167, 6,1 %) y cáncer de tiroides (n=139, 5,1 %). La displasia cervical pasó del 7,6 % en el 2020 al 14,5 % en el 2022. El 2,4 % de los pacientes fueron atendidos de urgencia y el 0,3 % falleció tras la hospitalización, siendo las más afectadas las pacientes con tumor maligno de ovario entre los 61 y los 70 años.

Conclusiones: Es de vital importancia desarrollar enfoques de investigación que permitan mejorar el diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de los pacientes, principalmente en las mujeres del suroccidente colombiano.

01 - ID795

Pseudotumor inflamatorio en colon sigmoide e ileon, el gran simulador, como causa de abdomen agudo. A propósito de dos casos clínicos

Cecilia Nisvet Manzano Guevara; Jorge Augusto Herrera Chaparro; Hernando Aníbal Romero
Hospital Universitario San José, Popayán
saman7622@gmail.com

Introducción: El pseudotumor inflamatorio (IPT) es una rara lesión que ocupa espacio, de etiología desconocida, que puede simular malignidad en el examen clínico-radiológico y patológico.

Métodos: Descripción de casos bimos

Resultados: Primer caso clínico con sospecha de

enfermedad diverticular complicada vs neoplasia de colon sigmoide, se llevó a intervención quirúrgica por laparoscopia por abdomen agudo, se realizó liberación de proceso adherencial; se hizo estudio complementario intraoperatorio de colonoscopia, logrando extraer cuerpo extraño y dar continuidad al tracto gastrointestinal.

Segundo caso clínico, se trata de paciente con dolor abdominal de seis meses de evolución, de predominio en fosa iliaca izquierda, con requerimiento de intervención quirúrgica por laparotomía, con liberación de adherencias que involucraban intestino delgado (íleon) y epiplón, donde se encuentra lesión osificada en meso, probablemente espina de pescado. Tuvo adecuada evolución clínica y resolución del cuadro de dolor abdominal.

Conclusiones: El pseudotumor inflamatorio es una lesión benigna rara, que simula malignidad, tanto clínica como imagenológicamente. Si cursa con abdomen agudo requiere intervención y manejo multidisciplinario. Un diagnóstico preciso sigue siendo difícil.

01 - ID913

Relevancia del registro de los estudios observacionales en Colombia: Aumentando la validez de la evidencia quirúrgica

Laura Alejandra García Zambrano; Carlos José Pérez Rivera; Camilo Andrés Polanía Sandoval; Camilo Alejandro Velandia Sánchez; Silvia Valentina Agudelo Mendoza; María Paula Gamboa Bernal; Nicolás Lozano Suárez; Paulo Andrés Cabrera Rivera
Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C.; Universidad del Rosario
lauraale.garcia@urosario.edu.co

Introducción: Los estudios observacionales se limitan únicamente a la descripción y análisis de variables en un evento determinado donde su desarrollo no es controlado por el investigador. Debido a que son estudios analíticos, en donde no se realiza intervención, se realizan en mayor proporción respecto a estudios que requieren de una intervención del investigador. Debido a esto, se considera importante generar una nueva

perspectiva en la cual se promueva el registro de dichos estudios en plataformas avaladas, puesto que los estudios registrados son principalmente los intervencionales.

Métodos: Se trata de un artículo de reflexión, con el propósito de hacer introspección sobre la importancia de registrar los estudios observacionales. Para este fin, se realizó una búsqueda en la literatura sobre el tema, correlacionando con la experiencia de ColombianSurg en investigación quirúrgica.

Resultados: Los estudios observacionales son estudios relevantes por su aporte a la medicina contemporánea y nivel de evidencia científica, sin embargo, su registro no ha sido considerado como un elemento esencial a lo largo de su desarrollo. El registro de estudios incrementa la validez y es por esto que consideramos que se debe comenzar a fomentar su registro.

Conclusiones: Los estudios observacionales son estudios descriptivos, que representan un gran porcentaje de los estudios, en general debido a que no se realiza una intervención. Por esta razón, se ha incentivado cada vez más su registro en distintas plataformas.

01 - ID873

Reparación abierta de pseudoaneurisma de arteria braquial derecha postraumática

Marlon Hernán Espinosa Berástegui; Daniel Gómez Gómez; José Miguel Gonzales Cano; Efrén Cantillo; René Timarán; José Andrés Uribe Múnera; Iván Arismendi; William Calle Cayón; William Ramírez; Carolina Guzmán Arango

Hospital Alma Mater de Antioquia, Medellín
mhspinoso_88@hotmail.com

Introducción: Los pseudoaneurismas se producen por la pérdida parcial de tejido conectivo de la pared arterial o un hematoma contenido entre la íntima y la adventicia, por lo que puede ser una complicación tardía del trauma vascular. Su incidencia en trauma es del 0,5 – 3 %. Las opciones de tratamiento van desde el manejo endovascular y la compresión guiada por ecografía hasta la cirugía abierta; esta última se indica cuando tiene crecimiento rápido, se encuentra infectado, hay

isquemia distal, neuropatía o falla al tratamiento percutáneo.

Métodos: Mujer 27 años de edad con herida por arma cortopunzante en antebrazo izquierdo, remitida 19 días después. A su ingreso se encontró masa pulsátil de 2 x 2 cm en antebrazo izquierdo, con fuerza disminuida, sin palidez y pulsos disminuidos. El dúplex arterial informó pseudoaneurisma de 32 x 22 mm, con cuello de 5,2 mm y trombosis de la vena cefálica.

Resultados: Se decidió manejo quirúrgico vía abierta, con identificación del pedículo, corte de la base del pseudoaneurisma y reconstrucción vascular con parche de vena basilíca. La evolución postoperatoria fue favorable, con pulso distal y movilidad conservados.

Conclusiones: Los pseudoaneurismas de la arteria braquial constituyen una entidad rara, por lo tanto, se requiere de un alto índice de sospecha para llegar a su diagnóstico. La cirugía abierta es el tratamiento de elección para aquellos pseudoaneurismas gigantes que generan fenómenos compresivos. En este caso se pudo realizar resección y reconstrucción con parche venoso, obteniendo excelentes resultados.

01 - ID876

Reparación laparoscópica en ruptura de vejiga intraperitoneal: reporte de caso

Yuliana López Ramírez; Sandra Milena Sepúlveda Bastilla; David Alejandro Mejía Toro

Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
yuliana.lopezr@udea.edu.co

Introducción: El trauma de vejiga tiene una presentación infrecuente en nuestro medio, que corresponde a alrededor del 2 % de los pacientes con trauma de abdomen. El mecanismo más frecuente es el trauma cerrado (80 % de los casos). Clínicamente se presenta dolor en hipogastrio, hematuria macroscópica y limitación para la diuresis.

Métodos: Se presenta el caso clínico de un hombre de 50 años, con trauma cerrado de abdomen y pelvis, con lesión de vejiga intraperitoneal, de uretra y fractura de pelvis compleja.

Resultados: Se llevó a cirugía vía laparoscópica, con hallazgo de lesión de continuidad de 6 cm en el domo vesical, para lo que se realizó sutura en 2 planos y se dejó cistostomía. Posteriormente, tuvo evolución clínica satisfactoria y sin complicaciones intraabdominales.

Conclusiones: Las lesiones vesicales se diagnostican basado en la sospecha clínica y el uso de imágenes diagnósticas. Entre ellas, la tomografía computarizada usada en el contexto de trauma cerrado de abdomen aporta una sensibilidad del 83 % para trauma vesical intraperitoneal. Las lesiones vesicales intraperitoneales tradicionalmente se han corregido a través de laparotomía, pero con el aumento en el uso del abordaje laparoscópico en pacientes seleccionados, que permite realizar una corrección adecuada de las lesiones y disminuye la morbilidad posquirúrgica, se ha encontrado que es un método seguro, efectivo y que tiene ventajas sobre el abordaje abierto.

01 - ID439

Reporte de caso clínico: Posoperatorio de SugarBaker (primario de estómago) con reintervención por fuga de canalículo hepático

Alejandro Sánchez Buitrago; Luis Fernanda Vásquez; Germán Jiménez Sánchez

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.; Unisanitas
alejosanbui.30@gmail.com

Introducción: Cirugías como el procedimiento de Sugarbaker pueden tener graves complicaciones. El hallazgo de un canalículo hepático adyacente al ligamento redondo es muy raro en este tipo de cirugías, por lo cual se presenta este caso clínico. Se revisó la literatura en busca de complicaciones de este tipo, pero es muy limitada.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 66 años con tumor primario de estómago metastásico a peritoneo, que recibió quimioterapia, con índice de carcinomatosis peritoneal previo de 32 y posterior al manejo de 6, por lo cual se decidió programar procedimiento quirúrgico de Sugarbaker. Durante el seguimiento clínico del paciente se observó salida de material bilioso por el dren de cuadrante superior derecho y la

tomografía computarizada de abdomen corroboró fuga, al parecer de duodeno, por lo que se decidió llevar el paciente nuevamente a cirugía.

Resultados: En la reintervención se visualizó fuga de bilis en un canalículo hepático adyacente al ligamento redondo. Se logro el cierre del canalículo de manera óptima, sin complicaciones posteriores.

Conclusiones: Este tipo de complicación posterior a una cirugía de Sugarbaker es muy rara, por lo cual se revisó la literatura, pero es muy limitada. Se intentó definir el manejo estándar para futuras intervenciones de este tipo. El seguimiento de los pacientes debe ser minucioso, evitando complicaciones posteriores.

01 - ID553

Respuesta manométrica y radiográfica luego de cardiomiectomía de Heller laparoscópica en pacientes con acalasia

Juan Pablo Toro Vásquez; María Lizette Henao Builes; Natalia Arias Madrid

Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
pablo.toro@udea.edu.co

Introducción: La acalasia es un trastorno motor del esófago caracterizado por la ausencia de peristalsis y la alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI). La cardiomiectomía de Heller laparoscópica (MHL) más funduplicatura parcial es el estándar del tratamiento. La mejoría sintomática ha sido bien documentada, pero no hay suficiente información objetiva respecto a los cambios fisiológicos y radiográficos luego del procedimiento.

Métodos: Estudio de cohorte ambispectiva de pacientes llevados a MHL entre los años 2018 y 2021 en una institución de la ciudad de Medellín, Colombia. Se describen las variables demográficas y clínicas. A los pacientes se les calculó el puntaje sintomático de Eckardt, Se realizaron manometría esofágica y radiografía de esófago en el pre y postoperatorio. Para el análisis estadístico realizó comparación de síntomas, de la presión basal del EEI, de la presión de relajación integrada (PRI) y del diámetro del esófago antes y después de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes. El 63 % fueron mujeres y la edad promedio fue de 44 años. Los valores promedio preoperatorios vs postoperatorios fueron: puntaje Eckardt 10,6 vs 1,4 puntos ($p < 0,001$), presión basal del EEI 41,4 vs 18,1 mmHg ($p = 0,004$) y PRI de 28,6 vs 12,5 mmHg ($p = 0,0013$). El diámetro del esófago no presentó cambios luego de la cirugía. No hubo correlación de síntomas con los cambios de presión del EEI. El tiempo promedio de seguimiento fue de 20 meses.

Conclusiones: La cardiomiectomía de Heller laparoscópica (MHL) más funduplicatura parcial es un procedimiento altamente efectivo para el tratamiento definitivo de la acalasia porque produce gran mejoría subjetiva (síntomas) y objetiva (parámetros de manometría). Adicionalmente, el diámetro del esófago no cambia en el corto plazo.

01 - ID818

Resultados a corto plazo del manejo mínimamente invasivo de las lesiones de páncreas distal; una serie de casos

Erika Johana Benito; Juan Sebastián Martínez Franco; Rolando Martínez; María Alejandra Pineda Castañeda

Clínica Nueva El Lago, Bogotá, D.C.
erikabenito16@gmail.com

Introducción: La pancreatometomía distal representa un reto quirúrgico por la localización retroperitoneal del páncreas y la dificultad en el control de la fuga del remanente pancreático y la fístula pancreática. Sin embargo, por el hecho de no requerir de anastomosis u otra reconstrucción, los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva favorecen su indicación en el tratamiento de tumores benignos o borderline y malignos del cuerpo y la cola del páncreas.

Métodos: Describimos nuestra experiencia en cuatro pacientes con patología benigna y maligna del páncreas, sometidos a pancreatometomía distal y esplenectomía total por laparoscopia.

Resultados: El tiempo quirúrgico operatorio en promedio fue de 180-240 minutos, la estancia hospitalaria fue de 5 a 8 días, sin fístula pancreática ni reintervenciones.

Conclusiones: La pancreatometomía distal con esplenectomía por laparoscopia es un procedimiento seguro para pacientes con patología del cuerpo y cola del páncreas, benignos o sospechosos de malignidad, que no requieren reconstrucción pancreatoentérica.

01 - ID596

Resultados postoperatorios de la adrenalectomía mínimamente invasiva: ¿importan el índice de masa corporal y el tamaño del tumor? Experiencia de un único centro

Felipe Girón Arango; Carlos Eduardo Rey Chaves; Lina Marcela Rodríguez; Roberto Rueda; Ricardo Elías Núñez Rocha; Sara Toledo; Danny Michell Conde Monroy; Raquel Tabares; Juan David Hernández; Ricardo Manuel Nassar Bechara

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana; Escuela de Medicina, Universidad del Rosario; Escuela de Medicina, Universidad de los Andes

felipegiron15@gmail.com

Introducción: La literatura en adrenalectomía laparoscópica indica que la tasa de complicaciones intra y postoperatorias no es despreciable. Este estudio tuvo como objetivo describir la experiencia de adrenalectomías en la Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia, y explorar las asociaciones entre el índice de masa corporal (IMC) y el volumen del tumor con los principales resultados postoperatorios.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con base de datos prospectiva, en el que se incluyeron los pacientes sometidos a adrenalectomía mínimamente invasiva, entre enero de 2015 y diciembre de 2020. Se evaluó el tiempo operatorio, la pérdida de sangre intraoperatoria, la tasa de conversión, las complicaciones, la duración de la estancia hospitalaria y el número de fármacos antihipertensivos utilizados antes y después de la cirugía. Se hizo un análisis del IMC y del volumen tumoral en comparación con los resultados postoperatorios, como el cambio en el uso de fármacos antihipertensivo (AHC).

Resultados: Se realizaron 45 adrenalectomías, 4 asistidas por robot. La edad media era de $54,9 \pm 13,8$ años; 19 mujeres y 26 hombres. El volumen tumoral medio fue de $95,698 \text{ mm}^3$ (rango 3,75 - 1010,87). El tiempo operativo medio fue menor en los tumores derechos ($2,64 \pm 0,75$ horas) que en los izquierdos ($3,33 \pm 2,73$ horas). La correlación de Pearson para evaluar la relación entre el IMC y la AHC mostró una relación directa entre el aumento del IMC y el mayor cambio en el uso de medicamentos antihipertensivos en el período postoperatorio $r(45)=0,92$ ($p<0,05$). Un mayor volumen tumoral mostró un mayor tiempo operatorio, $r(45)=0,6$ ($p=0,000$).

Conclusiones: Los pacientes obesos podrían tener un mayor impacto con esta cirugía, con un mayor cambio en el manejo antihipertensivo postoperatorio. El volumen del tumor se asocia con un mayor tiempo operatorio y pérdida de sangre, y nuestros datos sugieren que podría asociarse con mayores tasas de morbilidad.

01 - ID937

Riesgo de coledocolitiasis comparativa de los criterios de ASGE vs experiencia de un grupo de cirugía general de una institución de tercer nivel del Tolima

Rafael Figueroa Casanova; Mónica Brigitte Mosos Patiño; Carlos José Pérez Rivera; Juan David Saavedra Henao; Raúl Guillermo Aguiar Barrero; Diego Armando Beltrán; Leidy Tatiana Urueña Calderón

Clinica Avidanti, Ibagué

rafaelcirugia@hotmail.com

Introducción: La coledocolitiasis es la causa más común de obstrucción de las vías biliares y se presenta en el 10-20 % de los pacientes con colelitiasis, asociándose a una mayor morbimortalidad. En el año 2010, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) estableció una escala de predictores del riesgo de coledocolitiasis para mejorar el rendimiento diagnóstico y terapéutico. El objetivo de este estudio fue comparar el riesgo de coledocolitiasis de nuestros pacientes según los criterios ASGE vs la experiencia de los cirujanos generales.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, de corte transversal, de los pacientes con diagnóstico de colelitiasis, atendidos en la Clínica Avidanti, Ibagué, Colombia, entre junio de 2019 a 2020. Se hizo un análisis descriptivo y un análisis bivariado respecto al diagnóstico de coledocolitiasis.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes, con una mediana de edad de 58 años, el 58 % mujeres. El riesgo de coledocolitiasis, según el criterio del cirujano fue alto en el 26 %, intermedio en 16,6 % y bajo en 57,3 %; mientras, según la clasificación de ASGE, era alto en el 16 %, intermedio en el 62,3 % y bajo en el 21,3 %. Se practicó CPRE en el 24 % y colangiografía y endosonografía en 22,6 %. El análisis bivariado presentó significancia estadística tanto en la clasificación de riesgo de la ASGE, como en la establecida según la experiencia de los cirujanos, sin embargo, fue mayor el porcentaje de diagnosticados según el criterio de los cirujanos, que solicitaron la CPRE.

Conclusiones: El riesgo alto de coledocolitiasis fue mayor para el criterio de los cirujanos, quienes optaron por la CPRE para confirmar y tratar la coledocolitiasis, lo que influyó en la disminución de la realización de colangiografía y endosonografía.

01 - ID594

Riesgo Intermedio de coledocolitiasis: ¿Estamos en el camino correcto?

Felipe Girón Arango; Lina Marcela Rodríguez; Danny Michell Conde Monroy; Carlos Eduardo Rey Chaves; Marco Vanegas; David Venegas; Ricardo Elías Núñez Rocha; Fernando Gutiérrez; Ricardo Manuel Nassar Bechara; Juan David Hernández; Daniel Jiménez; Ricardo Elías Núñez Rocha

Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Escuela de Medicina, Universidad de los Andes; Escuela de Medicina, Universidad del Rosario; Escuela de Medicina, Universidad Javeriana

felipegiron15@gmail.com

Introducción: El riesgo de coledocolitiasis debe ser evaluado en todo paciente que deba someterse a una colecistectomía, para definir el siguiente paso. La Sociedad Americana de

Gastroenterología (ASGE) propuso una escala de predicción estratificada de la coledocolitiasis. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia en el manejo de pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis, según las directrices de la ASGE, y la presencia de litiasis biliar en la colangiopancreatografía por resonancia magnética.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo con una base de datos recolectada de manera prospectiva. El análisis incluyó datos sociodemográficos, valores de laboratorio e imágenes. Se hizo un análisis bivalente, multivariante y una curva ROC.

Resultados: Tenían riesgo intermedio de coledocolitiasis 327 pacientes; la mitad de ellos tenían al menos 65 años. Al 24,8 % le diagnosticaron coledocolitiasis. La dilatación del conducto biliar se documentó sólo en el 3,1 % de los casos. El diagnóstico de coledocolitiasis estaba asociado con la edad, OR: 1,87 (p=0,02); la fosfatasa alcalina, OR: 2,44 (p=0,02) y la dilatación de la vía biliar mayor de 6 mm, OR: 14,65 (p=0,00).

Conclusiones: La alta variabilidad en la precisión de las técnicas de imagen conlleva a la clasificación de un gran número de pacientes como de riesgo intermedio para coledocolitiasis, sin encontrar los cálculos en la vía biliar con la colangiorresonancia. Por lo tanto, consideramos de suma importancia mejorar los criterios para definir el riesgo intermedio de los pacientes, con el fin de optimizar los recursos.

01 - ID474

Síndrome biliar obstructivo secundario a leptospirosis: reporte de caso

María Paula Forero Ríos; Mauricio Martínez; Diego Fernando Salcedo Miranda

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

mpauforero@hotmail.com

Introducción: La leptospirosis es una infección sistémica zoonótica, transmitida a través de la piel, las mucosas o ingesta de agua contaminada por espiroquetas patógenas del género leptospira, presentes en mamíferos domésticos y roedores infectados.

Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 42 años, con alto riesgo exposicional de contagio, con cuadro de astenia y adinamia, asociado a marcada ictericia, alteraciones neurológicas y dolor en hemiabdomen derecho.

Resultados: Las imágenes diagnósticas mostraron un síndrome biliar obstructivo, que fue resuelto por colangiografía pancreatoduodenal retrógrada endoscópica.

Conclusiones: La disfunción hepatocelular generada a partir de la infección por leptospirosis puede tener como resultado una disfunción en el metabolismo de sales biliares, favoreciendo la aparición de síndromes biliares obstructivos.

01 - ID774

Síndrome de ligamento arcuato medio: Reporte de un caso con manejo laparoscópico

Andrea Marcela Sandoval Reina; Katherine Márquez Bayona; Andrés Felipe Ruiz Benites; Alberto Muñoz Hoyos

Universidad Nacional de Colombia; Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.

amsandovalr@unal.edu.co

Introducción: El síndrome de Dunbar, una patología poco común causada por la compresión extrínseca del tronco celíaco por el ligamento arcuato medio, genera síntomas de isquemia gastrointestinal crónica. Tiene una incidencia de 2/100.000 pacientes con dolor abdominal superior recurrente. El diagnóstico requiere la combinación de hallazgos clínicos y signos radiológicos en la ecografía doppler del tronco celiaco y la angiotomografía de vasos abdominales. El pronóstico postquirúrgico es bueno, con una tasa de curación de alrededor del 80 %.

Métodos: Se presenta el segundo caso clínico publicado en el país sobre este síndrome, haciendo énfasis en los hallazgos clínicos, imagenológicos, abordaje laparoscópico y evolución postquirúrgica.

Resultados: Paciente masculino de 53 años con dolor abdominal difuso progresivo de 4 años de evolución, exacerbado en decúbito supino, con saciedad temprana y pérdida de peso de 35 kg desde el inicio de los síntomas. Los estudios de extensión descartaron patología oncológica

primaria y enfermedad sistémicas asociada. La ecografía doppler describía el tronco celiaco con velocidades picosistólicas de 216 cm/seg en espiración y cefalización del ángulo con la aorta en espiración, y la angiografía en fase final espiratoria documentó estenosis del 50 % y signo de J" ó "gancho" con dilatación postestenótica. Se realizó cirugía por vía laparoscópica para liberación del ligamento arcuato medio, con resección de ganglio celiaco. Durante el control postquirúrgico se documentó alivio sintomático y mejoría del peso del paciente.

Conclusiones: En el síndrome de compresión del tronco celiaco, el abordaje laparoscópico es una estrategia costo-efectiva que reduce los tiempos de estancia hospitalaria y trae buenos desenlaces postquirúrgicos.

01 - ID613

Síndrome de pinza aortomesentérica. Reporte de un caso

Martha Lucía Libreros Fajardo

Hospital Manuel Uribe Angel, Envigado;
Universidad CES
martalifa@gmail.com

Introducción: El síndrome de Wilkie constituye una entidad rara que se caracteriza por la compresión de la tercera porción del duodeno, como consecuencia de la agudización del ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Sus manifestaciones clínicas se relacionan con síntomas de obstrucción del tracto digestivo superior. Los hallazgos clínicos y paraclínicos son poco específicos para llegar al diagnóstico, por lo que se requiere una alta sospecha clínica y apoyo en las imágenes diagnósticas. En cuanto al tratamiento, puede ser conservador o quirúrgico, dependiendo del caso individual del paciente.

Métodos: Revisión de la historia clínica para el reporte de caso de una paciente de 23 años, con historia clínica de dolor abdominal de larga data, asociado a intolerancia a la vía oral y pérdida de peso, que la llevó a múltiples consultas por este motivo.

Resultados: Se realizó tomografía donde se evidenció agudización del ángulo

aortomesentérico, con lo que se hizo el diagnóstico de síndrome de Wilkie. No tuvo buena respuesta al manejo nutricional por lo que se llevó a duodenoyeyunoanastomosis, sin complicaciones.

Conclusiones: El síndrome de pinza aortomesentérica constituye una entidad poco frecuente, que requiere un alto grado de sospecha clínica ya que el desconocimiento aumenta el riesgo de desenlaces adversos en los pacientes que la padecen. El tratamiento oportuno mejora en gran medida el pronóstico en buena parte de los casos.

01 - ID582

Síndrome de Trousseau: manifestación olvidada del cáncer de páncreas

Diego Fernando Salcedo Miranda; Carmen Santos García; José Tomás Moore Cañadas; María Alejandra Fuentes

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
dsalcedo_ub@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Trousseau es la presencia de tromboflebitis migratoria, como manifestación de una neoplasia oculta. A pesar de que este síndrome fue descrito desde 1865, es poco frecuente en la práctica la asociación entre la aparición de un evento trombótico y una neoplasia, especialmente en pacientes jóvenes.

Métodos: Se presenta caso de paciente masculino de 30 años, quien presentó un cuadro de trombosis subaguda de la vena poplítea izquierda, que se manejó de manera ambulatoria con anticoagulantes orales directos. Sin embargo, después acudió a la clínica por cuadro de ictericia progresiva y pérdida de 10 kg en un mes. El paciente no contaba con antecedentes familiares de cáncer.

Resultados: Durante su estancia se documentó lesión en la cabeza del páncreas, de aproximadamente 17 x 13 mm, así como ganglios retroperitoneales a nivel del espacio paraaórtico izquierdo e interaortocavo. Adicionalmente, se encontró elevación del antígeno CA 19-9. El paciente se remitió al servicio de cirugía hepatobiliar para manejo quirúrgico.

Conclusiones: El pronóstico del cáncer pancreático depende del estadio en el momento del diagnóstico. Del diagnóstico temprano depende el desenlace oncológico del paciente. En enfermedad metastásica, el pronóstico de vida es hasta de 6 meses, por lo que diagnosticarlo tempranamente es necesario. Las trombosis en los pacientes jóvenes no deben pasar desapercibidas, siempre se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial de una neoplasia oculta con trombosis como su presentación inicial. El riesgo relativo de eventos tromboticos en pacientes con cáncer pancreático es de 6,1, siendo uno de los tumores que más genera este síndrome, por lo que debe ser un diagnóstico diferencial en el estudio de las trombosis.

01 - ID696

Supervivencia a 3 años, costos y factores asociados en pacientes mayores de 65 años llevados a colecistectomía en Colombia: una cohorte nacional retrospectiva

Jairo Alexander Navarro Botero; Guihovany García; Giancarlo Buitrago Gutiérrez
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
janavarrob@unal.edu.co

Introducción: Este trabajo tuvo como objetivo determinar la supervivencia a 3 años y los costos asumidos por el sistema de salud de los pacientes mayores de 65 años que fueron llevados a colecistectomía en el régimen contributivo, así como los factores pronósticos asociados a estos desenlaces.

Métodos: Es un estudio retrospectivo de cohorte, basado en datos de reclamaciones administrativas, utilizando la base para el estudio de la suficiencia de la UPC del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y los certificados de defunción del Registro Único de Afiliación (RUIAF). Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años afiliados al régimen contributivo que fueron llevados a colecistectomía, entre enero de 2012 y diciembre de 2017. Todos los pacientes fueron seguidos hasta tres años después de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron un total de 37.095 pacientes sometidos a colecistectomía

laparoscópica (n=29.797, 80,3 %) y abierta (n=7298, 19,6 %) entre los años 2012 y 2017. Se encontró mortalidad a los 3 años según grupo etario de 5,9 4% entre 65-69 años (p=0,002); 10,9 % entre 70-79 (p=0,002); 23,0 % entre 80-89 (p=0,006); y 39,6 % en mayores de 90 años (p=0,02). Por otro lado, se estimaron los costos asociados, concluyendo que es más costoso realizar una colecistectomía abierta que laparoscópica, y que cuesta más en la Orinoquía que en el Atlántico.

Conclusiones: Nuestro trabajo tiene gran trascendencia dado la representación muestraria significativa con respecto a colecistectomías y el análisis de su relación con supervivencia a 3 años y costos. Los datos tienen validez externa y, por tanto, la posibilidad de aplicar estrategias a nivel nacional que impacten en el mejoramiento de la prestación de servicios de salud.

01 - ID581

Teratoma mediastinal primario, un reporte de caso

Edgar Fernando Cabarcas Valencia; Natalia Celis; Luis Jaime Téllez; Juan Carlos Garzón
Clinica Colsanitas, Bogotá, D.C.
edgar.cabarcasval@gmail.com

Introducción: Los tumores germinales primarios de mediastino son una entidad clínica rara, que se presenta hasta en un 5 % de los casos. Dentro de este grupo, los teratomas mediastinales tienen una prevalencia del 41 %. Se hizo una revisión de la literatura encontrando en los últimos 10 años 353 reportes de casos de teratoma mediastinal, pero solo 71 reportan tumor primario. En Latinoamérica se encontraron 10 reportes de caso; no se encontraron reportes similares en Colombia.

Métodos: Reporte de caso de paciente de 21 años, con diagnóstico de tumor germinal no seminoma primario mediastinal, comprimiendo estructuras pulmonares izquierdas, además de compromiso de corazón y grandes vasos. Recibió manejo con esquema BEP de quimioterapia por 4 ciclos, evidenciando crecimiento de la masa por imágenes, a pesar de la negativización de marcadores tumorales.

Resultados: El 28.04.21 fue llevado a resección de tumor mediastinal más pericardiectomía y liberación de vasos supra aórticos. Se hizo el abordaje por esternotomía mediana, encontrando gran masa de mediastino anterior que ocupaba el hemitórax izquierdo, bien delimitado, de 20 x 15 cm, con adherencias de aspecto inflamatorio en mediastino y cavidad pleural, firmemente adherido a pericardio y pulmón, con atelectasia completa del lóbulo inferior. La patología de pieza quirúrgica describió un teratoma quístico maduro completamente resecado, sin evidencia de tumor maligno activo residual. Posteriormente recibió segunda línea de quimioterapia con TIP, presentando progresión de enfermedad por infiltración de columna vertebral. A un año de seguimiento, el paciente continuaba sin complicaciones derivadas de este procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: Los teratomas mediastinales son una entidad rara, cuyo manejo consiste en resección quirúrgica y adyuvancia.

01 - ID902

Torniquete y cirugía control de daños en transección de la arteria braquial

Manuela Jaramillo Vásquez; Steven William Vergara Angulo; Silvia Fernanda Anaya Meza

Hospital General de Barranquilla
manujaramillo19@hotmail.com

Introducción: Las lesiones vasculares representan una emergencia quirúrgica que comúnmente suele desencadenar hemorragia o isquemia. El control precoz de la hemorragia, la reducción de los tiempos de transporte, el diagnóstico de la lesión y el tratamiento oportuno son fundamentales para obtener un resultado favorable en estos pacientes.

Métodos: Se presenta caso clínico de paciente masculino de 29 años, con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, remitido con cuadro clínico de 8 horas de evolución consistente en herida por objeto cortante a nivel en cara interna tercio inferior de brazo izquierdo, con signos duros de trauma vascular. Se aplicó torniquete

artesanal para control del sangrado y se trasladó para realizar exploración vascular, encontrando transección de la arteria braquial izquierda.

Resultados: La lesión fue manejada de acuerdo con los principios de la cirugía de control de daños, con control del sangrado y shunt arterial y, posteriormente, reparo por cirugía vascular con interposición de injerto venoso invertido de vena safena mayor izquierda, logrando la recuperación de la perfusión distal.

Conclusiones: Aquellos pacientes que cursan con trauma vascular periférico deben ser evaluados de forma integral para lograr el control del sangrado con herramientas sencillas, como el torniquete, impulsado por la estrategia Stop The Bleed a nivel mundial. La cirugía de control de daño resulta ser una estrategia de gran utilidad que busca restablecer el flujo sanguíneo previo a una reconstrucción vascular compleja y salvar la extremidad afectada.

01 - ID646

Toxina botulínica preoperatoria en pared abdominal compleja, es parte del manejo!

Mauricio Zuluaga Zuluaga

Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali; Clínica DESA; Universidad del Valle
zuluaga.mauricio@correounivalle.edu.co

Introducción: Los pacientes con hernias ventrales mayores de 10 cm requieren manejo integral y preparación para la cirugía. La pérdida de peso, mejorar el estado cardiovascular, la suspensión del tabaquismo, el uso de neumoperitoneo preoperatorio y la toxina botulínica son algunas de las estrategias de manejo para optimizar los resultados.

Métodos: Se analizaron los pacientes que requirieron colocación de toxina botulínica como parte del manejo integral de la pared abdominal compleja

Resultados: Se operaron 28 pacientes, 19 hombres y 9 mujeres, con edades entre 28 y 72 años e índice de masa corporal (IMC) de 22 a 35 kg/m². Los defectos correspondieron a 10-15 cm en 8 pacientes, 15-20 cm en 12 y 20-25 cm en 8. La

dosis administrada fue de 200ui a cada lado (400ui dosis total), guiado por ecografía, en 3 puntos. Se llevó a cirugía 4 - 24 semanas posterior a la colocación de la toxina (24 pacientes 4-6 semanas, 4 pacientes 6-24 semanas). Se logró cierre de la pared en todos los pacientes (técnica Rives-Stoppa en 18 pacientes y TAR en 10). El tiempo operatorio osciló entre 120 y 300 minutos. En 10 pacientes se dejaron drenes y en 18 no. El tiempo de hospitalización fue de 1-8 días. Las complicaciones correspondieron a ISO superficial en 3 pacientes, ISO profunda en uno y necesidad de transfusión en tres. El seguimiento a 1 mes, sin recurrencias. Se indicó faja abdominal a todos por 1 año.

Conclusiones: Se deben implementar todas las estrategias para el reparo de la pared abdominal compleja. En nuestra serie, la utilización de la toxina botulínica permitió el cierre de la pared abdominal en todos nuestros pacientes evaluados.

01 - ID782

Trauma multicavitario. ¿Existe el abordaje ideal?

Ilich Andrei Zúñiga Gaitán; Boris Sánchez; Valeria Castañeda Rendón

Universidad del Valle, Cali
ilich.cirugia@gmail.com

Introducción: El trauma penetrante en múltiples cavidades continúa siendo una causa de muerte frecuente en nuestro medio. Aquellas lesiones ocasionadas por proyectiles de arma de fuego en las que existen importantes lesiones en la cavidad torácica y abdominal presentan tasas altas de mortalidad en la escena si comprometen estructuras vitales. Algunos expertos en trauma sostienen que, en un paciente que se encuentra hemodinámicamente inestable se debe realizar una oclusión temprana endovascular o abierta de la aorta, con el objetivo de evitar la propagación del rombo de la muerte y brindar otra oportunidad de vida.

Métodos: Reporte de caso de paciente de 35 años, atendido en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E, Cali, Colombia, con múltiples heridas por proyectil de arma de fuego, inestable hemodinámicamente, con heridas en

tórax y abdomen, y sangrado activo en la región infraclavicular derecha. Con hallazgos positivos en el e-FAST en tórax y abdomen.

Resultados: Se trasladó de inmediato al quirófano, se realizó esternotomía dada las características de la lesión y la sospecha asociada de lesión vascular, clampeo de aorta y control de lesión vascular. Se continuó con laparotomía exploratoria encontrando lesiones de múltiples órganos, por lo que se realizó control de daños y, posteriormente, el reparo vascular de las lesiones identificadas.

Conclusiones: Las decisiones en un contexto de un trauma multicavitario asociado a lesiones vasculares, en un paciente hemodinámicamente inestable, son cruciales para definir la supervivencia del mismo. El clampeo de la aorta continúa siendo una estrategia fundamental para el adecuado manejo de este tipo de pacientes, al igual que el control de daños.

01 - ID862

Trauma pancreático como único hallazgo en trauma abdominal en paciente pediátrico

Jesús José Dueñas Orejuela; Néstor Julián Tinoco; Juan Fernando Medina; Laura Valentina Llanos Luengas; José Luis Romero

Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.;
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

jtduormd@gmail.com

Introducción: El trauma abdominal cerrado es una patología frecuente en la población pediátrica, sin embargo, el compromiso pancreático, y más aún aislado, es un hallazgo atípico y poco frecuente, lo que hace que el diagnóstico y el tratamiento sean un reto para el cirujano.

Métodos: Se describe el caso clínico de un paciente de 7 años traído por dolor abdominal posterior a trauma abdominal cerrado. Los estudios iniciales fueron negativos, pero en la tomografía computarizada abdominal con contraste se visualizó como único hallazgo un trauma pancreático grado IV.

Resultados: Se explica el enfoque inicial, diagnóstico y terapéutico del paciente, con especial hincapié en el valor diagnóstico de los estudios

imagenológicos y el tratamiento quirúrgico ofrecido, así como la satisfactoria evolución del paciente.

Conclusiones: El abordaje del trauma abdominal cerrado en el paciente pediátrico es un reto para el cirujano, aunado a que los hallazgos de lesiones pancreáticas son poco frecuentes. El diagnóstico y el manejo oportuno marcan el pronóstico y la evolución del paciente.

01 - ID974

Tricobezoar gástrico: un desafío diagnóstico

María Alejandra Franco Molina; Iván Mauricio Guerrero

Unisanitas; Universidad de La Sabana, Chía
male-franco@hotmail.com

Introducción: El tricobezoar gástrico es una entidad infrecuente, que predomina en jóvenes de sexo femenino. Puede comprometer varios segmentos de tracto gastrointestinal y presentar complicaciones como sangrado, perforación u obstrucción intestinal. El estudio endoscópico es el estándar y su tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos.

Métodos: Reporte de caso de paciente femenina de 42 años, cuadro de dolor abdominal de un año, asociado a dispepsia, pérdida de peso y sensación de masa indurada, dolorosa, en hemiabdomen superior. La endoscopia de vías digestivas altas mostró masa compacta en la unión esofagogástrica, con extensión a toda la cavidad gástrica, compatible con tricobezoar. Al reinterrogar, la paciente refería cuadro de ansiedad crónica con tricotilomanía de larga data, sin tratamiento farmacológico.

Resultados: Se intentó el retiro por vía endoscópica, pero fue fallido debido a las dimensiones y consistencia del bezoar, por lo que fue llevada a extracción a través de gastrotomía abierta, encontrando un tricobezoar con forma de estómago. En el postoperatorio fue valorada por nutrición, quienes iniciaron suplemento nutricional, y psiquiatría, para iniciar manejo farmacológico.

Conclusiones: El diagnóstico de tricobezoar gástrico requiere de una adecuada observación desde la primera consulta. Síntomas frecuentes en

cirugía general como dolor abdominal o dispepsia, asociado a alopecia, bajo peso, masa palpable y ansiedad nos pueden hacer sospechar de este diagnóstico.

01 - ID568

Tubo transanal en cirugía colorrectal evita la fuga de la anastomosis. Paradigma. A propósito, reporte de casos

Cecilia Nisvet Manzano Guevara; Laura Lorena Lugo Raigosa; Jorge Augusto Herrera Chaparro; Guillermo Vallejo Vallecilla

Clínica La Estancia S.A., Popayán
saman7622@gmail.com

Introducción: Las formas para evitar la aparición de fuga de la anastomosis no están del todo claras en la literatura. La realización de una estoma derivativo proximal a la anastomosis puede reducir la incidencia de fuga de anastomosis; se le ha atribuido que la ausencia de paso de gas y de heces por la anastomosis podría disminuir la presión endoluminal a este nivel. Debido a estos hallazgos, se ha sugerido que intervenciones que logren disminuir la presión de la anastomosis, tal como el uso de tubo endoanal, pueden disminuir la aparición de fuga de la anastomosis y su severidad clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se hizo revisión de historias clínicas de pacientes con cirugía colorrectal, realizadas por cirugía general del año 2010 al 2020, para identificar aquellos en los que se dejó tubo endoanal.

Resultados: Se encontraron 20 casos, la mayoría de ellos con cierre de ostomía tipo Hartman, infecciones perianales, cáncer colorrectal, anastomosis mayores a 6 cm del margen anal, o dificultades técnicas durante la cirugía. El tiempo promedio de estancia del tubo endoanal fue de 5 a 7 días. Los factores de riesgo que contribuyen a la fuga anastomótica, como edad avanzada, género masculino, tabaquismo y obesidad, no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En centros de bajo volumen de cirugía colorrectal (3 o 4 en el mes), esta cirugía es realizada por cirujanos generales. Los beneficios potenciales de la colocación de un tubo transanal

son múltiples, e incluyen drenaje, disminución de presión intraluminal y promoción de la motilidad intestinal.

01 - ID887

Tumor mucinoso del apéndice como hernia de Amyand: una muy inusual presentación

Mónica Carolina Gómez González; Pablo González Sierra; Susana Rojas López; Ana María Vargas Patiño

Universidad del Rosario; Hospital Universitario Mayor – Mederi, Bogotá, D.C.

monicac.gomez@urosario.edu.co

Introducción: La hernia de Amyand, que se refiere a la presencia del apéndice cecal dentro del saco de una hernia inguinal, tiene una baja incidencia, entre el 0,4 – 0,6 %. La tasa global de neoplasias apendiculares es baja, siendo aún más infrecuente dentro de un saco herniario.

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 63 años, con antecedente de herniorrafía inguinal derecha, que consultó por cuadro de dolor en región inguinal derecha, asociado a masa, no se asociaba a obstrucción intestinal ni signos de irritación peritoneal. Se sospechó hernia inguinal reproducida, por lo que se llevó a cirugía donde se documentó una hernia de Amyand y hallazgos sugestivos de tumor mucinoso del apéndice; se realizó además apendicectomía.

Resultados: Reporte de patología con neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado. Dado estos hallazgos se consideró que se trataba de un paciente con pseudomixoma peritoneal de origen apendicular, candidato a citorreducción completa + HIPEC.

Conclusiones: La presentación de una neoplasia apendicular como una hernia inguinal es muy infrecuente, siendo reportada en la literatura con una incidencia menor al 1%. La tasa de supervivencia a 5 años es del 46 % con apendicectomía y del 60 % con hemicolectomía derecha. La supervivencia a 5 años es de 94 % cuando no hay enfermedad a distancia y de 34 % cuando existe metástasis. Por todo esto, es importante la sospecha para su oportuno diagnóstico y tratamiento, brindando el mejor desenlace al paciente, que dependerá del

manejo y estado de la enfermedad al momento del diagnóstico.

01 - ID549

Use of hand-held ultrasound to perform E-FAST by general surgery residents in a high-volume trauma center in the Colombian Caribbean region: First experience

Hernando Enrique Thorne Vélez; Darit Alfonso Molineros Pérez; Isaac Mendoza Morales; Luis Felipe Cabrera Vargas; Iván David Lozada Martínez; Steven William Vergara Angulo; Manuela Jaramillo Vásquez; David Raúl Cerra Ortegón; Nayib De Jesús Zurita Medrano

Universidad Libre - seccional Barranquilla
hthornevelez@gmail.com

Introduction: In a low-resource settings such as the Colombian Caribbean region, where advanced imaging studies such as computed tomography (CT) are not available or a radiologist is not permanently available to perform and interpret images, general surgery residents introduced E-FAST themselves using hand-held ultrasound as an option to perform an early and accurate approach to patients. The aim of this study was to demonstrate the accuracy of Butterfly iQ+ (Butterfly Network Technologies, USA) ultrasound for performing E-FAST by general surgery residents in the ED to approach trauma patients in an underserved secondary healthcare center in Barranquilla, Colombia.

Methods: A retrospective observational cohort study was conducted at the General Hospital of Barranquilla (GHB), a reference trauma center in the Northern region of Colombia, which concentrates a large number of injured patients in the city of Barranquilla. Patients over 18 years old admitted to the ED presenting with abdominal or thoracic injuries by penetrating or blunt trauma who underwent E-FAST with the Butterfly IQ+ ultrasound device, performed by general surgery residents with basic POCUS training in the emergency department from November 2021 to July 2022, were included.

Results: In our study, the specificity and sensitivity of the E-FAST protocol using the hand-held ultrasound device (Butterfly iQ+, Butterfly

Network Technologies, USA) performed by the general surgery residents were 87.5% and 92%, respectively. The negative predictive value was 0.7 (70%) and the positive predictive value was 0.97 (97%). The positive likelihood ratio was 7.36 and 0.09 for the negative likelihood ratio.

Conclusions: General surgery residents have the competence to perform accurate E-FAST scans using the Butterfly IQ+ (Butterfly network Technologies, USA) ultrasound. The hand-held ultrasound device could be an effective diagnostic tool for trauma and acute care surgery patients in the resource-limited setting but large prospective comparative trials are needed to confirm this hypothesis.

01 - ID645

Uso del verde de indocianina en vólvulo intestinal para determinación de la viabilidad intestinal: reporte de un caso

Nicolás Felipe Torres España; María Alejandra Cardona Gallardo; Alejandro Calle Otero
Clínica Versailles, Cali; Universidad ICESI
nicolasfelipe.torres@gmail.com

Introducción: Ante la necesidad de una herramienta que nos permita evaluar la perfusión de órganos y tejidos, el verde de indocianina se presenta como una oportunidad que ha demostrado ser efectiva como guía angiográfica con uso de fluorescencia, una de sus varias características y bondades.

Métodos: Evaluación retrospectiva de la historia clínica e imágenes representativas intraoperatorias de una paciente de 96 años que sufrió de forma espontánea un vólvulo intestinal causado por un síndrome adherencial intraabdominal.

Resultados: Se aplicaron las estrategias de control de daños y se determinó el manejo ulterior basado en la perfusión intestinal evaluada cualitativamente con el uso del verde de indocianina endovenoso.

Conclusiones: El uso del verde de indocianina en cirugía de emergencias puede ser una alternativa que contribuya a mejorar el desenlace de los pacientes, brindando una valoración más

objetiva sobre la perfusión intestinal y cambiando la conducta quirúrgica, todo en pro de disminuir las complicaciones.

01 - ID993

Uso e indicaciones de fluorescencia con verde indocianina y experiencia de uso en el Hospital Militar Central

William Sánchez Maldonado; Ossian Gabriel Fuentes Díaz; Sergio Alberto Mozo Pacheco; Álvaro Javier Bayona Daza; Andrea Carolina Flórez Meneses
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
wsanchez@homil.gov.co

Introducción: En los últimos años el uso del verde indocianina, una tinción fluorescente visible con luz cercana al infrarrojo, ha venido en ascenso en relación a la utilidad para la identificación de estructuras anatómicas en procedimientos específicos en diferentes áreas de la cirugía, como en cirugía hepatobiliar, cirugía colorrectal (evaluación de perfusión de anastomosis), cirugía de urgencias (evaluación de viabilidad de segmentos intestinales en casos de isquemia), cirugía oncológica (ganglio centinela), cirugía de cabeza y cuello y cirugía plástica, entre otros muchos usos. Esto ha permitido mejores resultados en los pacientes en los que se usa esta tinción, bien sea en el abordaje abierto o laparoscópico.

Métodos: Se hizo revisión de la literatura sobre las indicaciones, uso y ventajas del verde indocianina en cirugía hepatobiliar, cirugía colorrectal, isquemia mesentérica, ganglio centinela y cirugía de cabeza y cuello. Así mismo, se detalla la experiencia del uso del verde indocianina en el Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia, en los últimos 5 años.

Resultados: Las imágenes de fluorescencia con verde indocianina son útiles para la visualización de estructuras anatómicas críticas, como arterias y venas, la evaluación de la perfusión tisular, la detección de lesiones cancerosas o la localización de los ganglios centinela, identificación de las glándulas paratiroides y la evaluación de anastomosis, en fin de evitar daños o lesiones inadvertidas. Las imágenes de fluorescencia con

verde indocianina se consideran eficaces y seguras en una gama amplia de entornos y disciplinas.

Conclusiones: Se demuestra la superioridad del verde indocianina en relación con las alternativas, o equivalencia en costo y facilidad de uso.

01 - ID600

Variaciones en la evolución clínica y los resultados quirúrgicos de la apendicitis aguda durante la pandemia de COVID-19: Un estudio de cohortes multicéntrico

Carlos Eduardo Rey Chaves; Felipe Girón Arango; Ricardo Elías Núñez Rocha; Sarralia Ruiz; Lina Marcela Rodríguez; Daniela Ayala Olaya; Carlos Villamil; Valentina Galvis; Marco Vanegas; Mónica Carolina Gómez González; Ricardo Manuel Nassar Bechara; Juan David Hernández; Elkin Benítez

Departamento de Cirugía, Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.; Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Facultad de Medicina, Universidad de los Andes; Escuela de Medicina, Universidad del Rosario; Escuela de Medicina, Fundación Universitaria Juan N Corpas carlosrey991@gmail.com

Introducción: La pandemia de COVID-19 provocó cambios en la presentación y el tratamiento de las patologías quirúrgicas. Por ello, el objetivo de este estudio fue describir la influencia de la pandemia de COVID-19 en la presentación clínica y el tratamiento de la apendicitis aguda y sus resultados quirúrgicos.

Métodos: Estudio de cohortes multicéntrico, con base de datos recogida de manera prospectiva. Se incluyeron tres centros de alto volumen y todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a apendicectomía por apendicitis aguda. Se realizó una regresión logística múltiple y una regresión logística multinomial, y se evaluaron los odds ratio, el riesgo relativo y el coeficiente B; con valores $p < 0,05$ se determinó la significancia estadística.

Resultados: Se incluyeron 1468 pacientes (709 en el grupo prepandemia y 759 en el grupo COVID-19). El 51,8 % de los pacientes eran mujeres. La edad media fue de $38,13 \pm 16,96$ años. La puntuación media de Alvarado fue de $7,01 \pm 1,59$ puntos. En el 90,1 % de los casos se seleccionó

la cirugía abierta. La tasa de conversión fue del 1,3 %. La tasa de mortalidad fue del 0,7 %. Hubo un aumento de peritonitis perforada y localizada ($p=0,01$) en el grupo COVID-19. La presencia de cualquier complicación postoperatoria ($p=0,00$), la necesidad de colectomía derecha e ileostomía ($p=0,00$) y la mortalidad ($p=0,04$) fueron mayores en el grupo COVID-19. Los pacientes del grupo prepandemia tuvieron un menor riesgo de mortalidad (OR=0,14; $p=0,02$; IC95% 0,02-0,81) y un menor riesgo relativo de padecer apendicitis complicada (RR=0,68; $p=0,00$; IC95% 0,54-0,86).

Conclusiones: La apendicitis complicada fue una consecuencia inesperada de la pandemia de COVID-19, debido al retraso en la consulta quirúrgica, el aumento de las tasas de morbilidad, los procedimientos asociados y la mortalidad, lo que influyó en el curso clínico y los resultados quirúrgicos de los pacientes con apendicitis aguda.

01 - ID577

Ventilación prona para el síndrome de dificultad respiratoria aguda con abdomen abierto, reporte de caso

Luis Felipe Cabrera Vargas; Manuel Cadena; Arturo Vergara; Mauricio Pedraza Ciro; Brandon Steven Aparicio Blanco; Iván David Lozada Martínez

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: En los pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) se ha visto una disminución en el riesgo de morbilidad y mortalidad cuando se hace uso de ventilación mecánica de protección pulmonar y el posicionamiento en decúbito prono. Sin embargo, la posición decúbito prono está relativamente contraindicada en pacientes con lesiones traumáticas. El objetivo de este trabajo fue presentar el caso de una paciente con fístula intestinal con abdomen abierto y SDRA que fue llevada a ventilación prono precoz.

Métodos: Reporte de caso de una mujer de 53 años a quien se le realizó una laparotomía exploradora que reveló peritonitis generalizada por apendicitis aguda perforada con compromiso de ciego. Se hizo protocolo de control de daños,

sin anastomosis primaria y abdomen abierto con sistema de presión negativa tipo VAC. En la Unidad de Cuidado Intensivo presentó SDRA, con SaO₂ menor del 70 %, por lo cual, y a pesar de su abdomen abierto y obesidad, se decidió utilizar ventilación en decúbito prono para mejorar rápidamente su oxigenación.

Resultados: La saturación de oxigenación del paciente aumentó al 96 % dentro de la primera hora de la posición prona y continuó mejorando con el tiempo. Tras un cierre abdominal tardío con anastomosis intestinal, la paciente fue dada de alta a su domicilio sin complicaciones aparentes.

Conclusiones: Ante el manejo de abdomen abierto con dispositivos de presión negativa y la necesidad ventilación en decúbito prono por el estado clínico de los pacientes, se ha demostrado que se pueden hacer de manera simultánea y de forma segura, asegurando así una ventilación adecuada, evitando la contaminación o la evisceración aguda.

01 - ID740

Verde de indocianina para determinar perfusión en cirugía mínimamente invasiva por cáncer colorrectal

Deyvis Jesús López Melo; Ada Bustos; Idiana Valentina Torres; Steffany Catalina Álvarez; Mónica Kathalina Rodríguez; Jaime Adolfo Arévalo; Rafael Alberto Olarte; Hender Alirio Hernández Martínez
E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta
epidemiologia@herasmomeoz.gov.co

Introducción: El uso de angiografía con verde de indocianina (IG) en cirugía mínimamente invasiva para pacientes con cáncer colorrectal permite verificar la perfusión adecuada, que podría disminuir la fuga anastomótica. Esta técnica optimiza la visualización de estructuras anatómicas vasculares y ganglios linfáticos en tiempo real. El objetivo de nuestro trabajo fue reportar la experiencia en el uso de verde de indocianina para valorar la perfusión durante el abordaje quirúrgico del cáncer colorrectal en un centro de referencia de la región.

Métodos: En esta serie de casos se incluyeron 15 pacientes consecutivos que ingresaron al

Hospital Universitario Erasmo Meoz por cáncer colorrectal. En todos se usó verde de indocianina intraoperatorio, con sistema de cámara infrarrojo, para determinar en tiempo real los segmentos de hipoperfusión y definir el cambio en la línea de resección durante el acto operatorio.

Resultados: La mediana de edad fue 65 años (rango 56-71) y la mitad de los pacientes fueron mujeres (n=8). Nueve presentaron comorbilidades, siendo la más frecuente diabetes (n=3). El tumor se localizó en colón derecho (n=5), sigmoides (n=6), recto (n=3) y transversal (n=1). Se realizaron seis proctosigmoidectomías, una colectomía total, siete subtotaes y una sigmoidectomía. Dos pacientes requirieron conversión a cirugía abierta por infiltración local y anatomía. No se reportó exitus intraoperatorio. En su mayor parte fueron clasificados como adenocarcinomas (n=14). No hubo reporte de fuga anastomótica.

Conclusiones: El uso de verde de indocianina intraoperatoria en el tratamiento de cáncer colorrectal por técnica mínimamente invasiva permite verificar la perfusión, con lo que se podría disminuir la presencia de fuga anastomótica.

01 - ID814

Vólvulo gástrico secundario a una causa de dolor abdominal olvidada: reporte de caso

José Gabriel Rozo Poveda; Diego Orlando Sierra Barbosa; María Alejandra Ceballos Mora
Clínica Palermo, Bogotá, D.C.; Universidad de la Sabana
joseropo@unisabana.edu.co

Introducción: El vólvulo gástrico es una patología poco frecuente en el ámbito médico. Si no es tratada, los pacientes pueden desarrollar complicaciones como intolerancia a la vía oral, desnutrición, alteraciones hidroelectrolíticas, isquemia o perforación del asa comprometida, por lo que requiere corrección quirúrgica.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 70 años quien consultó por un cuadro clínico de larga data consistente en dolor epigástrico, náuseas e intolerancia a la vía oral. En el estudio tomográfico se encontró una hernia hiatal paraesofágica tipo III con rotación interna mesenteroaxial, por lo que se

llevó a cirugía para una reducción del contenido herniario con corrección del defecto. Los hallazgos intraoperatorios fueron hernia hiatal paraesofágica tipo IV con fondo y cuerpo gástrico volvulado en el mediastino, con malrotación inversa.

Resultados: Teniendo en cuenta que el estómago no hace parte de los sitios anatómicos que se volvulan con frecuencia, se reporta en la literatura un riesgo de necrosis entre el 5-29 %. Hasta un 70 % de los pacientes pueden presentar la tríada de Borchardt. El estándar de oro para realizar el diagnóstico es la tomografía computarizada y el manejo definitivo es quirúrgico.

Conclusiones: El vólvulo gástrico con hernia hiatal tiene una baja tasa de presentación y una sintomatología inespecífica, dada por dolor epigástrico, pero debe tenerse en cuenta una vez se hayan descartado otros diagnósticos diferenciales, evitando así complicaciones debido a su alto impacto en la morbimortalidad del paciente.

Educación

01 - ID413

Acoso estudiantil, ¿en qué estamos en Colombia?

Luis Fernando Vélez Cuorvo

Medicosplus S.A.S

luis@medicosplussas.com

Introducción: Por mucho tiempo las dinámicas en nuestras instituciones educativas han sido manejadas con viejos vicios y se dejaron pasar actos indebidos y abusivos hacia el personal estudiantil. Con el conocimiento de los deberes, se ha intentado poner límites al maltrato hacia los estudiantes. Pero ¿que se está haciendo desde las instituciones educativas para proteger los estudiantes? y ¿hay alguna punición hacia el personal médico que ocurre en actos abusivos?

Métodos: Revisión de la literatura para determinar en ¿qué estamos actualmente? y ¿cuáles son los actos considerados no adecuados para el trato con los estudiantes?, con el fin de hacer una charla interactiva con las personas que tienen a cargo estudiantes.

Resultados: Las instituciones en algunos casos han sido permisivas con actos no considerados adecuados para el trato con los estudiantes. A pesar de que se tienen las herramientas para parar estas conductas, en muchas instituciones se les resta importancia y se cree que es algo menor, lo cual genera nuevas victimizaciones al personal que debe estar protegido.

Conclusiones: Todas las personas encargadas de impartir docencia y participar en los programas de formación, deben ser personas con conductas intachables y moralmente correctas, deben ser cuidadosos de sus actos y siempre dar buen ejemplo a las personas que tienen a su alrededor.

01 - ID804

Análisis bibliométrico de revistas oficiales de cirugía latinoamericanas: ¿cuál ha sido la producción científica y nivel de evidencia de los últimos 20 años?

María Manuela Rodríguez Gutiérrez; Ivan David Lozada Martínez; Juliana Gómez Raigosa; Daniela Alejandra Osorio Beltrán; Jorge Andrés Castrillón Lozano; Nicole Andrea Acevedo López; Valentina Sierra; Erika Gabriela Miranda; Isabella Cadavid Agudelo; María Paula Castillo; Isaac Mendoza Moral
Capítulo Futuros Cirujanos, Asociación Colombiana de Cirugía; Departamento de Cirugía, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas; Departamento de Cirugía, Universidad Tecnológica de Pereira; Departamento de Cirugía, Universidad El Bosque

manu.rodriguez2097@gmail.com

Introducción: Actualmente, entre los lineamientos de la cirugía global para cumplir al año 2030, se encuentra mejorar la calidad de la investigación quirúrgica. En Latinoamérica, es escasa la evaluación de la producción científica en Cirugía general, a pesar de la carga de enfermedades quirúrgicas. El objetivo de este estudio fue caracterizar la producción científica y el nivel de evidencia de las revistas oficiales de cirugía latinoamericanas, de los últimos 20 años.

Métodos: Estudio de corte transversal tipo bibliométrico, que evaluó la producción científica

de las revistas oficiales de sociedades científicas de cirugía latinoamericanas, publicada en línea entre los años 2002 - 2022. Se hizo un análisis univariado, donde las variables fueron expresadas como frecuencia y porcentajes.

Resultados: Se analizaron 4815 artículos, publicados en 9 revistas. La tipología de mayor frecuencia fue la original (53,9 %), seguido de reportes de caso (33,5 %), mientras los diseños experimentales (2,7 %) y las revisiones sistemáticas/metaanálisis (2,2 %), son de los más escasos diseños. El 93,5 % de los estudios fueron monocéntricos. La revista con mayor producción fue Cirugía y Cirujanos de México (28,9 %), Las áreas con mayor producción fueron cirugía general (36,8 %) y cirugía gastrointestinal (18,1 %).

Conclusiones: Existe una discordancia entre el número de revistas en cirugía y el total de países que conforman Latinoamérica, por lo tanto, en los últimos 20 años la producción científica latinoamericana en cirugía posee un nivel de evidencia predominantemente moderado-bajo.

01 - ID560

Asociación entre el entrenamiento formal de laparoscopia y la habilidad quirúrgica simulada en residentes de cirugía general

Daniel Alfonso Fernández Sandoval; Guihovany Alberto García Casilimas; Giancarlo Buitrago Gutiérrez; Andrés Felipe Patiño Benavídez
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
dfernandezsa@unal.edu.co

Introducción: Se evaluaron las habilidades laparoscópicas simuladas de residentes de cirugía general antes y después de recibir entrenamiento formal en el laboratorio de medicina experimental, de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL). Encontramos una asociación entre el entrenamiento formal en el laboratorio de medicina experimental y las habilidades laparoscópicas simuladas.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, donde se incluyeron médicos residentes de primer año que iniciaban su programa de residencia y residentes de segundo

año que acababan de terminar su entrenamiento formal en laparoscopia, entre los años 2021-2022. Los participantes realizaron 5 ejercicios en un simulador de mesa y un evaluador cegado calificó 4 ítems de la escala OSATS. Se calculó el puntaje total promedio en cada grupo, y se realizó un ANOVA de medidas repetidas para determinar la asociación entre el año de residencia y el total de la prueba, teniendo en cuenta la variabilidad de los evaluadores.

Resultados: Se incluyeron 6 residentes de primer año y 6 de segundo año. Los residentes de segundo año tuvieron un puntaje promedio de 13,97 (DE 2,56) y los residentes de primer año tuvieron un puntaje promedio 7,40 (DE 3,28). En la prueba de ANOVA de medidas repetidas encontramos que el nivel de entrenamiento formal en laparoscopia se asocia con el puntaje obtenido en la prueba, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Conclusiones: Encontramos una asociación entre el entrenamiento formal en el laboratorio de medicina experimental y las habilidades laparoscópicas simuladas.

01 - ID483

Autonomía y supervisión operatorias del residente de cirugía: Una mirada en la pandemia por COVID-19

María Camila Rodríguez González; Neil Valentín Vega Peña
Universidad de La Sabana, Chía
mc.rodriguez121993@gmail.com

Introducción: Al declararse la enfermedad por coronavirus como pandemia, se establecieron múltiples cambios en los sistemas de salud y en las instituciones hospitalarias, influyendo en la actividad quirúrgica global. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la pandemia en los niveles de autonomía y supervisión operatorias de los residentes de Cirugía general de la Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

Métodos: Estudio analítico cuasi experimental, que incluyó los procedimientos quirúrgicos registrados por residentes de Cirugía general de la

Universidad de La Sabana, desde febrero de 2019 hasta agosto de 2021. Se analizó la autonomía y supervisión mediante la escala Zwisch, en los periodos prepandemia y pandemia.

Resultados: Se recolectaron 10.618 procedimientos en el periodo establecido. La mayoría de los procedimientos fueron realizados con abordaje abierto (57,4 %), en rotaciones tronculares de cirugía general (65 %). Los procedimientos realizados más frecuentes fueron apendicectomía (18,6 %), colecistectomía (18,4 %) y herniorrafias (8,6 %). Se encontró una disminución estadísticamente significativa en los niveles globales de autonomía y supervisión entre los periodos analizados de 2, 4/4, 0 a 2, 2/4, 0 ($p < 0,001$).

Conclusiones: La disminución en la autonomía percibida por los residentes podría corresponder al impacto negativo en la motivación intrínseca de los individuos, a la disminución objetiva en el logro de las competencias esperadas en su proceso de formación quirúrgica y a la pérdida del relacionamiento colectivo propiciado por los aislamientos y limitaciones vividos. La pandemia por COVID-19 impactó negativamente en la autonomía y supervisión operatorias en los residentes de Cirugía general de la Universidad de La Sabana.

01 - ID751

Decálogo quirúrgico para el residente de cirugía general en formación

Michael Zapata Palomino; Mauricio Zuluaga Zuluaga; Juan Pablo Tróchez Sánchez; Ilich Andrei Zúñiga Gaitán

Universidad del Valle, Cali

michael.zapata@correounivalle.edu.co

Introducción: Por medio de un decálogo de los pasos con la visión crítica de seguridad para una serie de técnicas quirúrgicas abiertas y laparoscópicas, se desarrollará el aprendizaje de los residentes de Cirugía general de la Universidad del Valle, desde el primer hasta el cuarto año. La correcta identificación del paso a paso de los distintos procedimientos permitirá llevar a cabo una cirugía segura.

Métodos: Se inicia con el aprendizaje teórico del paso a paso de cada técnica quirúrgica por parte del residente. El profesor y el residente llevan a cabo el paso a paso de la cirugía en el paciente, verificando que lo teórico se aplique y se cumpla correctamente durante cada procedimiento realizado.

Resultados: Desarrollo de las habilidades y competencias del cirujano general en formación para una correcta realización del paso a paso de cada una de las técnicas quirúrgicas en cirugía que se realizan con mayor frecuencia en el desarrollo del ejercicio profesional.

Conclusiones: El residente de cirugía general en formación tendrá la capacidad, a través de éste decálogo, de llevar a cabo cirugías, siguiendo el paso a paso, con la visión crítica de seguridad de cada uno de los procedimientos quirúrgicos, tanto vía abierta como laparoscópica, en el ejercicio de la especialidad de forma segura.

01 - ID872

Efectividad de la simulación invertida en la adquisición de habilidades quirúrgicas en estudiantes de pregrado de medicina, en una universidad privada de Colombia

Gonzalo Andrés Domínguez Alvarado; Luis Ernesto López Gómez; Marcela Bermúdez Mantilla; Sergio Serrano Gómez; Kamila Serrano Mesa; María Julieta Cock Peñuela; Juan Esteban Rodríguez Bernal; Mariana López Rodríguez; Paula Natalia Domínguez Alvarado

Universidad Autónoma de Bucaramanga

gdominguez@unab.edu.co

Introducción: La simulación invertida (SI) deriva de la estrategia pedagógica denominada aula invertida (AI), que fomenta en el estudiante el pensamiento crítico que se forja a través de la toma de decisiones basadas en problemas, además de la formación autónoma, la responsabilidad, la autorregulación, la creatividad, el uso de la tecnología y la educación basada en la evidencia. En Colombia hay poca información sobre este tipo de estrategias pedagógicas en el área de salud, por eso, el objetivo de este trabajo fue diseñar una didáctica utilizando la estrategia AI para el

desarrollo de habilidades quirúrgicas en un centro de simulación.

Métodos: Estudio de tipo descriptivo analítico para la evaluación de impacto. Se aplicaron dos cuestionarios previamente validados, donde se evaluaba el desempeño en habilidades quirúrgicas y la percepción del estudiante sobre el clima de aprendizaje utilizando una didáctica interactiva (simulación invertida) y una tradicional (simulación tradicional).

Resultados: Se evaluó un total de 80 estudiantes, 40 en simulación invertida y 40 en simulación tradicional, los cuales autodiligenciaron los cuestionarios. Adicionalmente, se evaluó su desempeño en habilidades quirúrgicas por medio de un examen clínico objetivo estructurado (ECO). Las habilidades quirúrgicas fueron mayores en la simulación invertida, al igual que el clima de aprendizaje de los estudiantes. Todas las correlaciones entre los puntajes de los cuestionarios fueron superiores en la simulación invertida respecto a la simulación tradicional ($p < 0,05$).

Conclusiones: La simulación invertida tiene un impacto positivo en la adquisición de habilidades quirúrgicas, además de fomentar un clima de aprendizaje superior.

01 - ID1029

Evaluación del curso Stop the Bleed en estudiantes de medicina en Colombia

Juliana María Ordóñez Mosquera; Camilo José Salazar; Esteban Ruiz; Julián Chica; Álvaro Javier Bayona Daza; Laura Cristina Arce Polanía; Laura Valencia Ángel

Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.; Universidad ICESI, Cali; Universidad Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga
julianita206@gmail.com

Introducción: La hemorragia es la principal causa de muerte extrahospitalaria en casos de trauma. El adecuado control del sangrado compresible en el ámbito extrahospitalario ha demostrado ser útil en disminuir mortalidad y complicaciones. El curso Stop the Bleed es una iniciativa diseñada para entrenar a la población en técnicas básicas

de control del sangrado compresible y generar primeros respondedores frente a una emergencia hemorrágica.

Métodos: Se realizaron cursos de Stop the Bleed en varias ciudades de Colombia dirigido a estudiantes de medicina. Posterior a la realización del curso se realizó una evaluación buscando identificar la percepción de los estudiantes y las habilidades obtenidas durante el curso.

Resultados: Se incluyeron 189 participantes, 43,3 % correspondieron a estudiantes de VII-VIII semestres, 24,3 % de IX-X y 32,4 % de semestres inferiores. El 99,2 % consideró que el curso debería ser obligatorio para los estudiantes de medicina. El 84,4 % nunca había puesto un torniquete y el 50,3 % no tenía claro las medidas del control del sangrado previo al curso. El 97,5 % consideró que los temas tratados aportan a la práctica académica y asistencial cotidiana. La calidad fue calificada como excelente por el 93 % y considerada pertinente por el 87,5 % de los participantes. Todos los participantes posterior al curso se consideraron con la capacidad de actuar frente a una emergencia hemorrágica.

Conclusiones: Con el curso Stop the Bleed dirigido a los estudiantes hubo un aumento significativo en la percepción y realización de las medidas básicas para el control del sangrado, así como generar primeros respondedores frente a una emergencia hemorrágica. También se logró captar el interés del grupo estudiantil.

01 - ID704

Identificación de las competencias prácticas de residentes de cuarto año de cirugía general en Colombia; un estudio comparativo con la propuesta curricular de la Asociación Colombiana de Cirugía

Brayan Andrés Buitrago Maldonado; Víctor Manuel Lazo Santafe; Fabián Darío Barajas Sepúlveda; María Alejandra Gutiérrez Ardila

Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.
andres513j@gmail.com

Introducción: El año pasado, la Asociación Colombiana de Cirugía dio a conocer un consenso realizado por docentes de los programas de

cirugía general del país, en el que establecieron los fundamentos para un Currículo nacional en Cirugía General basado en competencias. Dentro de los aspectos evaluados se determinaron unas competencias prácticas (procedimientos quirúrgicos) que los residentes deben realizar al final de su formación como cirujanos.

Métodos: Se aplicó una encuesta a 34 residentes de cuarto año de los programas de postgrado de Cirugía general de 14 universidades del país, indagando acerca de la autopercepción de cada residente sobre su capacidad de ejecutar cada competencia práctica de forma confiable, autónoma, independiente y sin supervisión de otro profesional. Es decir, si consideraba que tenía la curva de aprendizaje suficiente para realizar el procedimiento, con una variable de tipo dicotómico (SI/NO). El análisis de datos se ejecutó en el software Microsoft Excel®.

Resultados: Se identificó que, en al menos 15 procedimientos, más del 50 % de los residentes refieren no sentirse capacitados para su realización. En 39 de los procedimientos, no se alcanzó un nivel de confianza superior al 80 % (punto de corte establecido para aprobación en el consenso original). Los residentes consideraron sentirse aptos para la realización de los procedimientos propuestos con una media aritmética del 70 %.

Conclusiones: El presente estudio tiene diferentes limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra, lo cual impide extraer resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, los resultados demuestran que existen habilidades quirúrgicas por mejorar en los diferentes programas de Cirugía general del país, y alienta a aumentar los esfuerzos en investigación sobre la educación médica quirúrgica en nuestro medio.

01 - ID477

Ilustración médica a través de redes sociales en el siglo XXI

María Paula Forero Ríos; Luis Felipe Cabrera Vargas
Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
mpforeror@unbosque.edu.co

Introducción: Las ilustraciones médicas han sido de gran utilidad a lo largo de la historia. Son

una herramienta fundamental para el aprendizaje significativo y han demostrado ser de gran apoyo en procesos investigativos. Con el uso de nuevas tecnologías y plataformas digitales se ha facilitado este aprendizaje y su difusión, siendo las redes sociales el medio perfecto para romper fronteras y crear nuevas oportunidades, tanto académicas como laborales dentro del ámbito quirúrgico. Por medio de este artículo se quiere demostrar la utilidad de las ilustraciones médicas en las redes sociales para establecer relaciones y alianzas profesionales, creando grandes oportunidades académicas

Métodos: Para la realización de las ilustraciones, se seleccionó un tema de interés en cirugía general o subespecialidades y se hizo una revisión bibliográfica del mismo. Posteriormente, se empezó la ilustración por medio de una tablet usando la aplicación Adobe Fresco y, una vez terminada, se publicó en Twitter utilizando hashtags relacionados a cirugía, que permitían hacer mayor engagement, etiquetando a reconocidos cirujanos, asociaciones y revistas.

Resultados: Se obtuvieron alrededor de 76.000 impresiones, 700 interacciones y de 50 a 100 seguidores por cada ilustración, dentro de los cuales se destacaron reconocidos cirujanos como el Dr. Salomone DiSaverio, Dr. Steven Wexner, Dra. Patricia Turner e importantes asociaciones y revistas como SAGES y Americal Journal of Surgery.

Conclusiones: Las ilustraciones médicas colombianas digitales en temas de cirugía general logran tener una difusión masiva por redes sociales, con reconocimiento por parte de cirujanos, revistas y asociaciones de diferentes partes del mundo, gracias a un adecuado uso de aplicaciones digitales, redes sociales, el talento y el interés por la cirugía general.

01 - ID1028

Jueves académico ACC: Impacto como estrategia global de educación en cirugía

Juliana María Ordóñez Mosquera; Jorge Augusto Herrera Chaparro; Laura Isabel Valencia Ángel
Clínica la Estancia, Popayán; Universidad del Cauca; Asociación Colombiana de Cirugía
julianita206@gmail.com

Introducción: La educación quirúrgica moderna posterior a la pandemia por COVID-19 ha adoptado las TICS y el entorno virtual como un componente integral, que responde a la necesidad de identificar y optimizar las modalidades de educación, como estrategia en cirugía global.

Métodos: Previo consentimiento, se invitó a los participantes del “Jueves Académico” a diligenciar una encuesta sobre percepciones, preferencias y aceptación de esta actividad organizada por la ACC.

Resultados: Se obtuvo información de 120 participantes, 74,2 % hombres, la mitad entre 31-50 años. El 94,2 % participaron desde diferentes regiones de Colombia, 48,3 % fueron cirujanos generales, 24,2 % sub-especialistas y 20,8 % residentes. El 97,5 % consideró que los temas tratados en todos los módulos aportaron a la práctica académica y asistencial cotidiana. La mayoría se unen a las reuniones desde dispositivos móviles durante el desplazamiento al trabajo (48,3 %) o mientras se preparan para salir (47,5 %) y la mayoría recibe el enlace de la reunión por WhatsApp (65,8 %). El horario de los jueves 6 a.m. fue considerado conveniente por el 82,5 % y las principales ventajas identificadas fueron la calidad de los expositores y la posibilidad de conexión en línea. Un 72,5 % participan en otras actividades similares, principalmente en los “Viernes de Trauma” de la Universidad del Valle. La calidad fue calificada como excelente por el 85,8 % y considerada pertinente por el 87,5 % de los participantes.

Conclusiones: Se trata de una actividad académica que ha integrado las regiones, percibida de alta calidad y pertinencia, cuyo público principal son cirujanos generales y subespecialistas. Fue considerada como parte de una estrategia global de educación en Cirugía.

01 - ID699

Leaky pipeline para una mujer ser cirujana general en Colombia

María Paula Forero Ríos; María Paula Oliver Bolívar; Luis Felipe Cabrera Vargas; Carolina María Rodríguez Vargas

Universidad El Bosque; Hospital San José, Bogotá, D.C., Colombia
mpforeror@unbosque.edu.co

Introducción: La participación de mujeres en el ámbito quirúrgico ha venido en ascenso a nivel mundial, quienes eligen la especialidad de cirugía por modelos adecuados y desafíos académicos mezclados con un componente técnico. Sin embargo, existen limitaciones y obstáculos. El objetivo de este trabajo fue indagar acerca de los factores que influyen a las mujeres médicos generales para ingresar a la residencia de Cirugía general y los factores que durante la residencia las llevaron a la deserción en Colombia, en el periodo 2022-II.

Métodos: Se realizó una encuesta virtual a médicos generales y cirujanos generales en Colombia en el año 2022, para evaluar la percepción que se tiene respecto a los obstáculos y limitaciones que existen para que una mujer llegue a ser cirujana general en Colombia. Los resultados están basados en percepciones individuales.

Resultados: Se encuestaron 73 médicos generales y 56 cirujanos generales en Colombia, para un total de 129 profesionales encuestados. El 49,6 % fueron hombres y el 50,3 % mujeres. El 71,2 % de los médicos generales no perciben obstáculos por ser mujer para ingresar a la residencia. Según la percepción salarial, los hombres ganan igual que las mujeres (82,1%). El 85,7 % cree que no existen limitaciones para ascender, pero, el 58,9 % percibe que existe discriminación hacia la mujer. Finalmente, sugieren que el machismo, acoso sexual, discriminación de sexo y maternidad, entre otras, continúan siendo un obstáculo para ser cirujana en Colombia.

Conclusiones: Aunque ha aumentado la posibilidad de ingreso a residencia y al escenario laboral quirúrgico para las mujeres en Colombia, aún existen limitaciones y obstáculos para lograr ser cirujana general. Por lo que se debe continuar promoviendo la mentoría y la diversidad, con el fin de lograr mitigar estas limitaciones e impulsar a más mujeres hacia este campo quirúrgico.

01 - ID769

Mentoring: ¿Qué esperamos en Colombia de nuestros profesores de cirugía? ¿Un ejemplo latinoamericano?

Luis Felipe Cabrera Vargas; Juan Manuel Martínez; Santiago Andrés Suárez Gómez; Laura Villarreal; Natalia Olmos; Valentina Pinilla; Alan Waich; Lilian Torregrosa Almonacid; Iván David Lozada Martínez; Mauricio Pedraza Ciro

Pontificia Universidad Javeriana; Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Introducción: El objetivo de este estudio fue identificar el alcance del mentoring quirúrgico en la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y comparar las percepciones de docentes y estudiantes, con el fin de reconocer características y competencias de dicha práctica y necesidades a futuro.

Métodos: Se diseñaron dos encuestas para evaluar la existencia e importancia del proceso de mentoring e indagar acerca de las características, cualidades y competencias esperadas de los mentores.

Resultados: Ambos grupos coinciden en la importancia de contar con un mentor. El 84,2 % de los docentes consideran ser mentores, sin embargo, sólo el 38,6 % de los estudiantes los consideraron a ellos como tales. Las cualidad más relevante del mentor reconocidas por los estudiantes fue la disposición y habilidad para enseñar, mientras que para los docentes fue el respeto. Para los estudiantes la competencia más importante fue la capacidad de explicar y enseñar sobre los procedimientos a realizar, mientras que para los docentes fue la capacidad de brindar confianza y seguridad.

Conclusiones: Existe un comportamiento paradójico, los estudiantes no consideraron contar con un mentor mientras que los docentes sí estimaron serlo. Se identificó la necesidad de ampliar la literatura respecto al mentoring en Colombia, específicamente en el ámbito quirúrgico.

Bioética, humanismo y profesionalismo

01 - ID523

Ética quirúrgica: una mirada holística

Fabien Mantilla Sylvain; Luis Felipe Cabrera Vargas; Ana Isabel Córdoba; John Henry Moore; Andrés Isaza Restrepo

Universidad El Bosque; Universidad del Rosario, Bogotá, D.C.

fmantilla@unbosque.edu.co

Introducción: La cirugía mezcla arte con ciencia aplicada en técnica para salvaguardar el Ser, debiendo eximir nuestros propios conflictos para su aplicación íntegra, según Paré. Práctica que implica sacrilegio del cuerpo, que no se ve libre de conflictos entre la convicción y la responsabilidad, ni independiente de la mercantilización de la relación cirujano-paciente.

Métodos: Mediante una revisión exhaustiva de la literatura estudiamos qué implica la Ética Quirúrgica para el ser y ejercer como cirujano, dentro de marcos como futilidad, encarnizamiento y paternalismo.

Resultados: Abordar la toma de decisiones en el espectro del riesgo aceptable, su variedad frente al momento preoperatorio versus el intraoperatorio, como esta toma depende del trabajo en equipo y el tipo de infraestructura organizacional y humana en la que se encuentra y, por ende, influye en el consentimiento informado. El consentimiento, que es la materialización de la relación contractual, depende de la confianza construida, y su complejidad varía según la prioridad quirúrgica, el diagnóstico, pronóstico, así como el soporte social del paciente, pasando al consentimiento por representación. Existe una relación que se enseña durante el proceso asistencial, en donde el residente y el cirujano establecen una relación de mentoría, agregando responsabilidad al profesionalismo quirúrgico, y lo que implica la ética como cirujano, que hoy no es indiferente a la investigación quirúrgica, que tanto en su dimensión ética, metodológica y aplicada no siguen las mismas dinámicas de la investigación científica tradicional médica.

Conclusiones: Hablamos de una ética particular, enlazada intersectorialmente y de las cual quedan retos a entender, enfrentar y deconstruir.

01 - ID414

Manual tarifario en cirugía, ¿Es necesario?

Luis Fernando Vélez Cuorvo

Medicosplus S.A.S

luis@medicosplussas.com

Introducción: Durante muchos años hemos vivido los cambios en la salud, así mismo vemos las diferencias en injusticias en temas de remuneración. No es nuevo escuchar a colegas en las áreas de descanso de las instituciones quejarse de las tarifas, de los pagos, del trabajo, de las tercerizaciones y de otros puntos importantes en la práctica clínica, pero a pesar de estar agremiados, ¿por qué no se hace nada?

Métodos: Revisar un poco las formas de contratación que se usan habitualmente, encontrar por qué algunos aún trabajan con tarifas ISS 2001, las cuales no han aumentado al 2022, mientras otros trabajan con tarifas ISS 2001 + 30 % y unos más usan diferentes tarifas. ¿Por qué las tarifas las ponen las instituciones y no los profesionales? ¿Por qué el valor de la hora es diferente cuando se hace lo mismo?

Resultados: Intentar promover una tarifa piso, un precio sugerido mínimo para profesionales en Colombia, en donde las leyes de oferta y demanda sigan y algunos cobren por sus servicios lo que consideren, pero que mantengan un piso independiente del techo de las tarifas.

Conclusiones: Es importante desde la sociedad crear un manual tarifario que proteja a la mayoría de los afiliados. Si bien algunos practican una medicina con mejores condiciones, la mayoría de los cirujanos estamos inmersos en una guerra de centavos, por esto es importante mostrar las opciones que tenemos y solicitar dentro de las plenarios el apoyo de nuestra asociación.

01 - ID472

Participación de las mujeres en cirugía general en Colombia: Una radiografía de la realidad latinoamericana

María Paula Forero Ríos; Carolina María Rodríguez Vargas; Valentina Noguera Morales; Luis Felipe Cabrera Vargas; Adriana Córdoba Chamorro; Danna Julieth Ibarra Ladino; Lilian Torregrosa Almonacid

Universidad El Bosque; Asociación Colombiana de Cirugía, Bogotá, D.C.

mpauforero@hotmail.com

Introducción: Las mujeres eligen la especialidad de cirugía por modelos adecuados y desafíos académicos mezclados con un componente técnico. El objetivo del presente trabajo fue establecer la participación real de las mujeres en la residencia y a nivel laboral en cirugía general en Colombia en el periodo 2020-II.

Métodos: En el año 2020 se realizó una encuesta en los centros de formación académica y quirúrgica (n= 152), los principales centros laborales (n=111), en las ciudades capitales (n=115) y en los centros de docencia universitaria (n=477) para establecer el porcentaje de participación de las mujeres en la residencia y a nivel laboral en Cirugía general en Colombia.

Resultados: Las mujeres representan un 39 % de los residentes en formación en cirugía general, pero en los principales centros hospitalarios, las mujeres representan sólo el 9 % de las posiciones laborales. Por último, sólo el 21 % de las posiciones en docencia quirúrgica universitaria están ocupadas por mujeres.

Conclusiones: Aunque en nuestro medio, ha aumentado la posibilidad de ingreso a residencia y al escenario laboral quirúrgico para las mujeres, basados en nuestros resultados todavía existe una gran brecha de desigualdad de participación en Colombia. La diversidad de género en Cirugía general es un tema que apenas incursiona en nuestro país por lo que se deben evaluar variables que influyen en la decisión de ingresar a un postgrado en Cirugía general, como edad, estado civil y experiencia laboral, entre otros. Por lo tanto, se debe continuar promoviendo la mentoría y la diversidad en todos los servicios académicos de Cirugía general, no solo en Colombia sino en Latinoamérica.

Videos

Cabeza y cuello

02 - ID587

Abordaje video asistido para resección de tumor de base de la lengua con energía de ultrasonido

Paola Stephany González Ausique; Diego Alejandro Ardila

Clínica Los Nogales, Bogotá, D.C.

stephanyg92@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1BwwvZ1M5yDqfHgQxfOC0fEIMQ5FjNV0P/view?usp=sharing>

Introducción: El manejo de la patología oncológica de orofaringe ha tenido un cambio drástico desde el advenimiento de la cirugía transoral por ultrasonidos (TOUSS), por su gran viabilidad al emplear los principios laparoscópicos con la precisión, el beneficio y la accesibilidad de la cirugía mínimamente invasiva, alcanzando muy buenos resultados funcionales y oncológicos en pacientes con lesiones seleccionadas de la orofaringe y laringofaringe. El objetivo de este trabajo fue dar a conocer la técnica, sus ventajas y su evolución en nuestro país.

Métodos: Video de la resección de una lesión de base de lengua mediante cirugía transoral por ultrasonidos (TOUSS), utilizando la vista endoscópica con un videoendoscopio de 5 mm, permitiendo una resección con energía de ultrasonido tipo armónico, desde los límites mucosos superior y lateral, con posterior profundización para liberar la lesión, quedando adherida a la lengua solo por el margen inferior,

para completar su disección y exéresis con ligadura de la arteria lingual.

Resultados: Se hizo una adecuada resección de la lesión de base de lengua, sin complicaciones postoperatorias ni requerimiento de estancia en UCI. Durante el seguimiento a un año, continua libre de enfermedad.

Conclusiones: La cirugía transoral por ultrasonidos (TOUSS) es una alternativa al manejo quirúrgico clásico de la patología de orofaringe en Colombia.

02 - ID677

Técnica TOUSS en manejo de cáncer de orofaringe

Alfonso Pabón; Juan De Francisco Zambrano; Rogers Leonardo Baquero; Iván Moncada; Santiago Ángel Vargas; Carlos Andrés Samacá Cedeño; Derly Liset Gallo Bonilla

Hospital San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

alfonso.pabon@hotmail.com

<https://www.dropbox.com/s/6sti1yw08kf8dve/T%C3%A9cnica%20TOUSS%20en%20Manejo%20de%20C%C3%A1ncer%20de%20Orofaringe.mp4?dl=0>

Introducción: Se presenta en vídeo el primer caso realizado por el grupo de Cirugía de Cabeza y Cuello en el Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia, de resección de un carcinoma escamocelular en orofaringe en una paciente 46 años, quien presentaba un cuadro clínico de un año de evolución de sensación de masa en orofaringe.

Métodos: Se realizó biopsia de la lesión encontrando compromiso por carcinoma no queratinizante, pobremente diferenciado, con inmunohistoquímica positiva para CKAE1/AE3, CK5/6, P40 y P16. Con los estudios de estadificación encontraron una masa dependiente de la amígdala derecha, sin compromiso ganglionar asociado. Se determinó llevar a resección por vía endoscópica con la técnica TOUSS. Utilizando una torre de laparoscopia, así como el instrumental y la ayuda del recurso biomédico, se completó una resección transoral de amígdala derecha, manteniendo márgenes oncológicos.

Resultados: Se obtuvieron resultados posoperatorios satisfactorios, con un alta temprana de la paciente, así como un retorno a la funcionalidad de manera temprana. En el seguimiento por la consulta externa encontramos una patología con adecuados márgenes de resección y sin compromiso secundario que requiriera manejo quirúrgico adicional.

Conclusiones: La técnica TOUSS ha demostrado ser una herramienta útil en la cirugía de orofaringe para tumores en estadios tempranos, siempre y cuando se cuente con los recursos y el personal capacitado, por lo que se convierte en una alternativa de manejo de esta patología.

Cirugía de tórax

02 - ID604

Estenosis complejas de la vía aérea - nuevos conceptos

Julio César Granada Camacho; María Paula Forero Ríos

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.; San Luis Medical Center
jcamacho@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1lZKqd37fd3P7bvDUUcNiy-wt6JgYeg-J/view?usp=sharing>

Introducción: Desde el inicio de la cirugía para estenosis laringotraqueal, en la década de 1930, se han venido desarrollando diferentes técnicas como laringoplastia con injerto de cartílago o

resecciones laringotraqueales. Se ha descrito una técnica con donación del cricoides libre para completar la laringofisura anterior, incluso en pacientes con intervenciones laringotraqueales previas, pensado en una mejor adaptación del cartílago del propio esqueleto cartilaginoso, para favorecer la inclusión.

Métodos: Entre enero 2019 hasta febrero 2022 se recolectaron 16 pacientes (13 hombre y 3 mujeres), con edad promedio 38 años (rango 6 a 62 años). El 43,7 % de ellos como secuela de COVID-19 y el 87,5 % con traqueostomía permanente previo al procedimiento.

Resultados: Se logró fonación y respiración sin suplencia de oxígeno en el 87,5 % y decanulación del tubo en T de Montgomery a los 15,5 meses. Las complicaciones más frecuentes fueron la hipersecreción de la vía aérea (68,7 %) y disfagia (62,4 %), sin mortalidad en el seguimiento hasta la actualidad.

Conclusiones: Los objetivos de la cirugía de vía aérea en general son difíciles de determinar, pero se trataron de cumplir en lo mínimo, como fonación y respiración sin dispositivo en pacientes con cirugías previas de vía aérea, abiertas o endoscópicas, además como última medida de esperanza en pacientes portadores de traqueostomía permanente. Teniendo en cuenta los factores de riesgo para complicaciones anastomóticas, las cuales estuvieron presentes en nuestros pacientes, consideramos que los resultados presentados fueron suficientes y aceptables.

02 - ID807

Reconstrucción de pared torácica con material reabsorbible en paciente pediátrico posterior a resección de sarcoma de Ewing

Angelo Loochkartt Pardo; David Alejandro Mejía Toro; Daniel Ernesto Mejía Isaza; Nicolás Dayam Rosales Parra; Geraldine Victoria Ruiz Niño; Carolina Salazar Palacio; Laura Natalia Ramírez Méndez

Universidad de Antioquia, Medellín
andae65@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1->

[YGJTCW5V2IyPduTzdw-lp8MWdLP7FHo/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1WRX3_x5MktjeU5Pmy7f_o2lT43ilnhXB/view?usp=sharing)

Introducción: La reconstrucción de la pared torácica en población pediátrica es un reto quirúrgico. El riesgo de complicaciones como escoliosis, enfermedad pulmonar restrictiva, infección de material protésico y herniación pulmonar, hace necesario que al enfrentarse a estos casos se tenga conocimiento de las técnicas y materiales compatibles con los tejidos de esta población y la biomecánica respiratoria. El objetivo de este trabajo fue presentar un reporte de caso de resección y reconstrucción quirúrgica de sarcoma de Ewing torácico en paciente pediátrico.

Métodos: Femenina de 5 años previamente sana, con diagnóstico de sarcoma de Ewing dependiente del octavo arco costal izquierdo, sin compromiso a distancia. Posterior a neoadyuvancia se resecó la lesión, con extracción segmentaria del séptimo al noveno arco costal, cobertura del defecto de pared torácica con injerto de fascia lata y estabilización costal con material de fijación reabsorbible POLYMAX. La evolución postoperatoria fue adecuada, con estabilidad y simetría de la pared torácica y bordes de resección negativos. Egreso hospitalario al día 13 postoperatorio, continúa el tratamiento con terapia adyuvante.

Resultados: En la reconstrucción de la pared torácica se han empleado diferentes técnicas, incluyendo material de osteosíntesis, mallas, colgajos musculares, injertos de fascia lata, prótesis de impresoras 3D y materiales aloplásticos.

Conclusiones: El caso descrito ejemplifica el uso de injerto de fascia lata y fijación reabsorbible de forma segura en la reconstrucción de pared torácica en paciente pediátrico.

02 - ID824

Sleeve bronquial por toracoscopia uniportal. Tumor carcinoide con extensión a bronquio. Reporte de caso

Victor Ruano Flórez; Alexander Fernández; Edgar Gutiérrez; Diego González Rivas

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena

dr.ruano@florez@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1WRX3_x5MktjeU5Pmy7f_o2lT43ilnhXB/view?usp=sharing

Introducción: Los tumores carcinoides son un grupo de neoplasias poco frecuentes, que representan una variedad de tumores derivados de la cresta neural. En el pulmón son de aparición rara. Los carcinoides son de localización endobronquial y clínicamente se presentan como atelectasias, neumonía recurrente, absceso pulmonar y bronquiectasias.

Métodos: Presentación de caso de paciente femenina con tumor carcinoide T2a N0 Mx en lóbulo inferior izquierdo, con lesión endobronquial, asociado a hemoptisis progresiva y persistente, sin extensión a otros órganos. Durante la Junta médica se consideró la necesidad de lobectomía sleeve inferior izquierda con fibrobroncoscopia intraoperatoria.

Resultados: Se realizó fibrobroncoscopia intraoperatoria, donde se observó lesión endobronquial en bronquio principal izquierdo distal. El procedimiento quirúrgico se hizo por vía toracoscópica puerto único, logrando lobectomía inferior izquierda, con biopsia por congelación que reportó márgenes libres de tumor. Se hizo anastomosis de bronquio principal a bronquio superior, y pruebas neumáticas sin encontrar fugas. La paciente egresó de la institución al tercer día, sin complicaciones.

Conclusiones: El abordaje uniportal por toracoscopia permite realizar este tipo de intervenciones, garantizando así la disminución del dolor, la recuperación en menor tiempo, el alta hospitalaria a los pocos días de la intervención y la pronta reincorporación a su vida laboral.

Pared abdominal y hernias

02 - ID586

Corrección de hernia ventral L3W1 por abordaje preperitoneal vía laparoscópica

María Juliana Daniela Hernández Ferreira; Ricardo Manuel Nassar Bechara; Alberto Enrique Ricaurte Aragón

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.
 mariajul.hernandez@urosario.edu.co
<https://youtu.be/h6OwaSRtOdM>

Introducción: La laparoscopia es usada frecuentemente como técnica mínimamente invasiva en el diagnóstico de diferentes patologías abdominales. En este video se describe el abordaje y la técnica quirúrgica desarrollada por vía laparoscópica para la corrección preperitoneal de una hernia incisional lateral, en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Métodos: Abordaje por TEP con 3 puertos, 1 de 10 mm y 2 de 5 mm en línea media. Disección roma del espacio preperitoneal. Disección roma y cortante del saco herniario ventral lateral L3W1 y reducción del contenido herniario. Cierre primario del defecto con 3 punto de sutura V-LOC® 2-0. Colocación de malla ProGrip® sobre el defecto herniario.

Resultados: Corrección de hernia ventral lateral por vía laparoscópica con abordaje preperitoneal, con egreso el mismo día, con adecuada modulación del dolor y sin complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Se han reportado entre las complicaciones asociadas a este procedimiento, las hernias incisionales, con una incidencia entre 1 - 6 %, principalmente relacionadas con puertos de 10 mm o más y asociadas a factores de riesgo como edad, infección de sitio operatorio, comorbilidades como el tabaquismo y la diabetes, además de la localización central y el tipo de trocar (cortante vs roma). En este caso, se logró el abordaje y manejo de una hernia incisional lateral, por vía laparoscópica preperitoneal, con el fin de mejorar los resultados estéticos, disminuir las complicaciones y la estancia hospitalaria.

02 - ID854

Diástasis de rectos abdominales, abordaje endoscópico suprapúbico sin malla

Rafael Mauricio Durango Herazo; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Hamilton José Moreno Álvarez; Sara Herrera Mendoza

Universidad del Sinú – seccional Cartagena
 rdurangoh@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1YAqBE2K-Vkg5eb5pWodaEv0DjsU0e37W/view?usp=sharing>

Introducción: El abordaje mínimamente invasivo de la diástasis de rectos se encuentra en pleno desarrollo con la aparición de técnicas quirúrgicas que intentan disminuir las desventajas de abordaje abierto. La cirugía totalmente endoscópica subcutánea de acceso suprapúbico de la diástasis de rectos abdominales es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que corrige el ensanchamiento anormal del espacio entre los rectos abdominales, con la ventajas de no penetrar en el espacio intraabdominal. El objetivo de nuestro grupo fue proponer una técnica evitando la colocación de malla protésica, eliminando las consiguientes complicaciones derivadas de ello.

Métodos: Paciente femenina de 39 años, sin comorbilidades, con antecedente de embarazo gemelar a término y cesárea 7 semanas previas a la consulta, quién presenta protrusión de pared abdominal anterior sobre la línea media a nivel de epigastrio, asociado a dolor tipo cólico intermitente, de intensidad leve-moderada, que ameritaba el consumo frecuente de analgésicos. La ecografía de tejidos blandos de pared abdominal reportó separación de los músculos rectos abdominal con un diámetro máximo de 3 cm en el área afectada, sumado a hernia umbilical no encarcelada con defecto de 1 cm de diámetro.

Resultados: Se consideraron los hallazgos compatibles con diástasis de rectos abdominales, por lo que fue programada para manejo quirúrgico por vía laparoscópica, donde se hizo reparación de la diástasis por medio de sutura barbada, sin colocación de malla. Se logró la reparación exitosa de los defectos de la pared abdominal a nivel epigástrico y umbilical, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento y satisfactoria evolución posoperatoria.

Conclusiones: En este caso, la reparación laparoscópica con sutura barbada, demostró ser un procedimiento seguro y eficaz, para el

tratamiento de la diástasis de rectos abdominales, obteniéndose reparación exitosa de la misma y una adecuada evolución posoperatoria.

02 - ID841

Manejo laparoscópico de diástasis de rectos abdominales

Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Hamilton José Moreno Álvarez; Hernando Enrique Thorne Vélez; Rafael Mauricio Durango Herazo

Universidad del Sinú - Seccional Cartagena
nazume73@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1m4qPr0B8Xlj1uJY7NyILWwokUurE8zUL/view?usp=sharing>

Introducción: La diástasis de rectos abdominales es una condición en la cual los bordes mediales de los músculos rectos están separados a nivel de la línea media del abdomen, con una distancia mayor a 2 cm, pero sin defecto fascial. Los principales factores de riesgo son el embarazo y la obesidad.

Métodos: El siguiente caso clínico se trata de una paciente de 31 años, quien consultó por dolor abdominal. La paciente refería que posterior a su último embarazo gemelar presentó protrusión de masa en región epigástrica y separación de músculos rectos abdominales. Por lo cual, con previa autorización de la paciente, se programó para corrección laparoscópica del defecto en la pared abdominal.

Resultados: Durante el procedimiento quirúrgico se hizo disección del tejido celular subcutáneo y de vasos perforantes en sentido cefálico, hasta llegar a la apófisis xifoides, creando un espacio pre-aponeurótico. Una vez se llegó a la región subxifoidea se identificó una diástasis de rectos abdominales Ranney M1 - M5 W2, además de una hernia epigástrica de aproximadamente 1 cm de diámetro, que se corrigieron por vía laparoscópica mediante la plicatura de los bordes mediales de la aponeurosis de los músculos rectos abdominales.

Conclusiones: La diástasis de los rectos se asocia con discapacidad, tanto cosmética como funcional, especialmente en mujeres después del parto. La cirugía mínimamente invasiva brinda un tratamiento funcional.

02 - ID948

Reparo laparoscópico de hernia obturatriz bilateral usando mallas anatómicas

Juan Pablo Ruiz Pineda; Fernando Carlos Asmar

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.

jpruiz80@hotmail.com

Introducción: Paciente femenina de 65 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y quirúrgicos de cesárea, que consultó por cuadro clínico de 3 meses de evolución de sensación de masa en región inguinal bilateral y dolor de predominio en región inguinal derecha con maniobras de Valsalva y marcha prolongada.

Métodos: Se hizo diagnóstico de una hernia obturatriz bilateral. Se presenta el video quirúrgico de un abordaje laparoscópico tipo TAPP, donde se observa el defecto obturatriz de forma bilateral y la corrección con malla anatómica.

Resultados: Se logró reparo exitoso de hernia obturatriz bilateral. El postoperatorio fue favorable, sin complicaciones. En el seguimiento postoperatorio, sin dolor ni signos de reproducción a los 12 meses de seguimiento.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico con uso de mallas anatómicas es una técnica eficiente en el reparo de hernia obturatriz bilateral.

Endoscopia quirúrgica

02 - ID393

Drenaje transparietogástrico de necrosis amurallada pancreática, mediante técnica endoscópica con Hot Axios

Rafael Eduardo Arraut Gámez; Jesús David Gómez Barrios; Pedro Antonio Plaza Ricardo; Jesús María Pérez Orozco; Laura Victoria Valencia Zapata; Julián Andrés Loaiza; Sara Franciny Pantoja Soto

Clínica de la Costa, Barranquilla; Universidad Libre seccional Barranquilla; Universidad Cooperativa de Colombia

reag14@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/15HmzkQ28XL3M8goMyNhiatls1NIW76be/view?usp=drivesdk>

Introducción: Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, quien presentó episodio de pancreatitis

aguda de origen biliar, Marshall 0 puntos, 6 meses previo a su ingreso. Acudió posteriormente a ese evento por dolor abdominal tipo cólico, de predominio en epi y mesogastrio, asociado a fiebre y masa palpable no dolorosa. En la tomografía computarizada se observó una colección necrótica amurallada, sin datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, sepsis o abdomen agudo.

Métodos: Mediante técnica endoscópica y mínimamente invasiva, se despliega a nivel transparietogástrico posterior un dispositivo Hot Axios™ Stent, el cual mediante cuatro sesiones permite la realización de lavado quirúrgico, más necrosectomía y drenaje de colección pancreática, de manera ambulatoria.

Resultados: Se realizó el drenaje transparietogástrico del contenido de la colección pancreática más necrosectomía de manera exitosa. En el seguimiento postquirúrgico a dos meses, con resolución del cuadro clínico, sin complicaciones.

Conclusiones: El drenaje de colecciones pancreáticas más necrosectomía, de manera ambulatoria, es eficaz y seguro en pacientes seleccionados, evidenciando altas tasas de curación, sin complicaciones asociadas.

02 - ID725

Manejo endoscópico de sangrado digestivo

Víctor Ruano Flórez; José Carlos Posada Viana

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena

dr.ruanoalflorez@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/15Dspw9d4gfgbq13HsKehPfmcbTeJk80J/view?usp=sharing>

Introducción: La hemorragia digestiva alta se define como el sangrado procedente del tubo digestivo, especialmente del esófago, estómago y la primera parte del intestino delgado. La causa más frecuente es la úlcera péptica, ocasionando el 2 % de las muertes. La endoscopia precoz diagnóstica y terapéutica puede modificar y mejorar los resultados en el manejo del sangrado por lesiones pépticas.

Métodos: Presentación del caso de paciente masculino adulto mayor, que ingresó por cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución

consistente en dolor abdominal localizado en epigastrio, asociado a múltiples deposiciones melénicas. Los paraclínicos de ingreso mostraron disminución de la hemoglobina.

Resultados: Por el cuadro clínico sugestivo de sangrado digestivo alto, se llevó a endoscopia digestiva alta donde se observó úlcera Forrest IIB, pero al instilar agua se desprendió el coágulo adherido, con posterior sangrado en jet (Forrest IA). Se logró control del sangrado con escleroterapia con adrenalina. A las 24 horas se hizo endoscopia de control, sin encontrar sangrado residual ni nuevos focos de sangrado.

Conclusiones: La endoscopia diagnóstica temprana es ideal en sangrados digestivos altos. Recomendamos no realizar lavado ante la evidencia de coágulo adherido si no se cuenta con los insumos necesarios y el personal idóneo para intentar el control del sangrado por endoscopia.

02 - ID485

Resección de tumor de estroma gastrointestinal gigante en región subcardial por técnica híbrida endoscópica y laparoscópica

Faruk Hernández Sampayo; Álvaro Adolfo Jalal Espitia; Fernando García Del Risco

Clínica General del Norte, Barranquilla; Universidad de Cartagena

faruk_hdez@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/139NwxGFsMYrfuT1M400jbU_Y3t3L4cB/view?usp=sharing

Introducción: El abordaje quirúrgico de los tumores subcardiales se convierte en un verdadero reto por su difícil ubicación, que entorpece el abordaje, con mayor riesgo de estenosis e incremento en costos de atención y seguimiento.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 84 años, que acudió a urgencias por cuadro de hematemesis y melenas. Se realizó tomografía computarizada de abdomen donde se observó una lesión nodular bien definida a nivel del cardias, de 58 mm, con densidad de tejidos blandos. Se llevó a esofagogastroduodenoscopia, evidenciando lesión tumoral subcardial, bien definida, ulcerada, subepitelial, en inmediatez al ángulo de Hiss, con

material melánico. Posteriormente, se realizó ultrasonografía endoscopia que mostró una lesión de 58x42 mm, dependiente de cuarta capa o muscular propia.

Resultados: Se infiltró la base de la lesión con azul de metileno y, con técnica endoscópica, se resecó el 60 % de la lesión, incluyendo mucosa, submucosa, muscular y serosa, utilizando un bisturí Triangle Knife. Posteriormente, por vía laparoscopia, se completó la resección de la lesión y extracción de la misma, escogiendo para su retiro una incisión lo más distal al cardias posible, respetando el mismo. Se procedió a suturar por vía laparoscópica el sitio de incisión en el estómago. A las 24 horas se probó la vía oral, sin complicación y se orientó el alta médica.

Conclusiones: Nuestra paciente se benefició de cirugía híbrida, ya que por el tamaño de la lesión no se podía resecar vía endoscópica, y por la ubicación del mismo, una cirugía enteramente laparoscópica o abierta, implicaría mayor riesgo de estenosis del cardias, con mayores complicaciones.

02 - ID580

Uso de ácido tricloroacético para manejo endoscópico de fístula traqueoesofágica recurrente: Una alternativa

Hernando Enrique Thorne Vélez; Luis Felipe Cabrera Vargas; Darit Alfonso Molinares Pérez; David Raúl Cerra Ortegón; María Bernarda Vélez García; Ana María Thorne Vélez; Natalia Peñaloza Barrios; Rafael Eduardo Arraut Gámez; Isaac Mendoza Morales

Universidad Libre – seccional Barranquilla
hthornevelez@gmail.com

https://unilibrebog-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/hernandoe-thornev_unilibre_edu_co/Ee7tQVaf8QVGsFYOzwwgDjlkBfH-u-zlS47N2c1E0Wi0rQQ?e=hiTNDM

Introducción: La fístula traqueo esofágica, en los pacientes con atresia esofágica, es una de las malformaciones congénitas más frecuentes del esófago. Después de la reparación quirúrgica inicial, entre el 3 y el 15 % de los pacientes van a desarrollar una fístula traqueo esofágica recurrente como complicación asociada. La reparación quirúrgica

de la fístula traqueo esofágica recurrente tiene alto riesgo de complicaciones, es por ello que, con el fin de evitarlas, se han descrito diversas técnicas por vía endoscópica.

Métodos: Se presenta un video quirúrgico del manejo de una fístula traqueo esofágica recurrente por vía endoscópica, en un paciente con antecedentes de atresia esofágica y fístula traqueo esofágica, con previo reparo quirúrgico.

Resultados: Se realizó una laringotraqueobroncoscopia directa, donde se revisó e identificó la fístula; inmediatamente se insertó un broncoscopio rígido. Durante la broncoscopia se logró progresar por el trayecto de la fístula, localizada en la cara posterior de la tráquea. Se apoyó el extremo distal del broncoscopio en la pared posterior de la tráquea, justo al nivel de la fístula, para ayudar a sostener con seguridad el broncoscopio en el orificio de la fístula. Se empapó una torunda pequeña de algodón con solución de ácido tricloroacético al 50 %, sostenido por una pinza endoscópica se aplicó de forma tópica en la abertura del defecto o a lo largo del trayecto fistuloso, bajo control endoscópico para corroborar un adecuado procedimiento.

Conclusiones: El manejo de la fístula traqueo esofágica recurrente por vía endoscópica, con el uso de ácido tricloroacético, es un procedimiento seguro y efectivo.

Cirugía gastrointestinal

02 - ID986

CPRE transgástrica por laparoscopia para el tratamiento de coledocolitiasis en pacientes con baipás gástrico en Y de Roux

David Alejandro González Ospina; Santiago Salazar Ochoa; Natalia Guzmán Arango; Sara Patiño Franco; Camila Arias González; Santiago Barrantes Moreno
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín
dagonzalez@hptu.org.co

https://drive.google.com/file/d/1vN4PG_VAo9dT4o6TYDSh-TLviVurbG_G/view?usp=sharing

Introducción: Debido al aumento en los casos de obesidad a nivel mundial, se ha visto una mayor frecuencia de procedimientos bariátricos.

La gastrectomía con reconstrucción en Y de Roux es el segundo procedimiento bariátrico más realizado. La pérdida de peso acelerada después del procedimiento se ha asociado con aumento en el desarrollo de colelitiasis y coledocolitiasis, esta última alcanzando una incidencia de hasta 0,2 %. La alteración anatómica de estos pacientes confiere un desafío para su manejo.

Métodos: Paciente femenina de 44 años con antecedentes de baipás gástrico, quien consultó por un cuadro de 3 meses de dolor abdominal en hipocondrio derecho. Por alteración del perfil hepático se solicitó ecografía de abdomen en donde se observó colelitiasis, dilatación del colédoco y coledocolitiasis. Por este diagnóstico, fue llevada a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transgástrica asistida por laparoscopia, para la extracción del cálculo.

Resultados: La CPRE transgástrica asistida por laparoscopia es una técnica útil en estos pacientes, con tasas de éxito en el acceso gástrico del 100 % y del 98,5 % para una adecuada canalización de la papila duodenal, además, permite liberar adherencias. Pero tiene más riesgo de complicaciones en el sitio de la gastrostomía, por lo que se requiere personal entrenado para su realización.

Conclusiones: Existen diferentes técnicas para la extracción de cálculos de la vía biliar en pacientes con baipás gástrico en Y de Roux. La CPRE transgástrica asistida por laparoscopia es una opción segura y efectiva para el manejo de coledocolitiasis en este tipo de pacientes.

02 - ID720

Esofaguectomía en tres tiempos, linfadenectomía y vascularización de plastia gástrica guiada por verde de indocianina

Hender Alirio Hernández Martínez; Deivis Jesús López Melo; Jennifer Carreño Jácome; Sergio Andrés Romero Serrano; Rafael Alberto Olarte; Alexander Bahamón Flórez

Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta; Universidad de Pamplona; Universidad Industrial de Santander
henderhernandez@yahoo.es

<https://drive.google.com/file/d/1ipmr-afw79RwTomQrdwXV8qQXIFuP2Mm/view?usp=sharing>

Introducción: En el cáncer de esófago resecable, el tratamiento de elección es la esofaguectomía con linfadenectomía. Los estudios utilizados hasta el momento para evaluar la diseminación linfática preoperatoria, tienen limitaciones para el diagnóstico de las metástasis ganglionares. Es por esto que se han estudiado recientemente diferentes técnicas que ayuden al cirujano a tomar decisiones intraoperatorias. El uso de fluorescencia intraoperatoria en tiempo real con verde indocianina (ICG), puede guiar la linfadenectomía durante la esofaguectomía, facilitando la identificación del drenaje linfático del tumor.

Métodos: Se realizó un video en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, de la ciudad de Cúcuta, utilizando fluorescencia con ICG como guía de la linfadenectomía en una esofaguectomía en tres tiempos por método mínimamente invasivo.

Resultados: Se reporta un video con los planos y referencias anatómicas recomendadas para el abordaje mínimamente invasivo del cáncer de esófago resecable con inmunofluorescencia con ICG, al realizar la linfadenectomía guiada. El resultado posoperatorio exitoso, sin mención de morbimortalidad.

Conclusiones: La linfadenectomía es particularmente desafiante en la cirugía del cáncer de esófago, debido al drenaje multidireccional de los plexos linfáticos. El uso de fluorescencia intraoperatoria en tiempo real con ICG, es una técnica segura que puede guiar y facilitar la linfadenectomía, reduciendo la morbimortalidad que implica una linfadenectomía extensa, en ocasiones innecesaria. Se precisan estudios de series amplias donde se puedan evaluar los diferentes desenlaces.

02 - ID706

Funduplicatura de Toupet

Álvaro Mauricio Otálora Carmona; Eduardo Valdivieso Rueda; Camilo Andrés Viaña Ghisays;

Angie Katherine Álvarez Valderrama; Daniela Contreras Vargas

Universidad de La Sabana, Chía; Clínica FOSCAL Internacional, Floridablanca; Universidad del Sinú - seccional Cartagena; Universidad Autónoma de Bucaramanga
mau.otalora@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1gMbSeIo2XxKqUGYr vTRWYbHNGVBhz4p/view?ts=631eba8c>

Introducción: Paciente femenina de 41 años, con antecedente de hernia hiatal hace 4 años, quien consultó por epigastralgia, sensación de reflujo y dolor torácico. Se realizó radiografía de vías digestivas altas y endoscopia confirmando hernia hiatal de 3 cm y positividad para enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), además de manometría con hallazgos de peristalsis inefectiva, contraindicando funduplicatura de 360° tipo Nissen, razón por la cual se decidió hacer la corrección de la hernia hiatal por laparoscopia y funduplicatura tipo Toupet 270°.

Métodos: Se hizo la grabación del video de la cirugía, con posterior edición, donde se presenta esta técnica poco usual en la actualidad. Se practicó la corrección de la hernia hiatal de aproximadamente 3 cm con puntos en cruz con polipropileno, quedando el esófago por debajo de la hiatoplastia. Posteriormente se realizó la funduplicatura tipo Toupet, con puntos separados de polipropileno iniciando desde el cuerpo hasta el fondo, y en dirección de curvatura mayor a curvatura menor, con un ángulo de 270°.

Resultados: Después de dos días la paciente fue dada de alta, con resolución de la sintomatología.

Conclusiones: Al momento de tener un caso de hernia hiatal, se deben descartar trastornos de contractilidad esofágica, para planear la técnica antirreflujo más adecuada.

02 - ID680

Individualización de la linfadenectomía guiada por ICG vía laparoscópica en el cáncer gástrico

Hender Alirio Hernández Martínez; Deivis Jesús López Melo; Jennifer Carreño Jácome; Rafael Alberto Olarte; Sergio Andrés Romero Serrano; Alexander Bahamón Flórez

Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta; Universidad de Pamplona; Universidad Industrial de Santander

henderhernandez@yahoo.es

<https://drive.google.com/file/d/1NLw9nFbJ095aywAkZYNM7CHKDoXw3rfK/view?usp=sharing>

Introducción: La cirugía es el pilar del tratamiento del cáncer gástrico e implica una resección gástrica con márgenes negativos y una adecuada linfadenectomía, donde la linfadenectomía-D2 es el estándar. Una buena linfadenectomía permite tanto una adecuada estadificación como una mejor supervivencia. El objetivo de este estudio fue mostrar el papel e influencia del mapeo linfático (ML) mediante linfografía fluorescente utilizando verde de indocianina (ICG).

Métodos: Se presentó una gastrectomía total por cáncer gástrico con vaciamiento D2 más reconstrucción en Y de Roux, en la que se administró 24 horas antes de la cirugía ICG por vía endoscópica en los cuatro cuadrantes alrededor del tumor, para realizar el ML intraoperatorio. Se usó el mapeo linfático con ICG para permitir delimitar los territorios de D2 a resecar, así como ampliar selectivamente a territorios específicos de drenaje. La fluorescencia no indica afectación tumoral ganglionar, pero puede ayudar a determinar la necesidad de ampliar la disección.

Resultados: Hubo adecuada captación de ICG. El ICG sirvió para ampliar la disección a otras zonas con captación, sin complicaciones o morbilidad asociada relacionada a la ampliación de la disección. También sirvió para delimitar la zona de linfadenectomía y evitó ir a territorios sin captación, en los que no era necesario acceder.

Conclusiones: Una linfadenectomía personalizada podría optimizar los resultados oncológicos, minimizando gestos quirúrgicos innecesarios y, con ello, la morbimortalidad asociada a la cirugía del cáncer gástrico.

02 - ID865

Intususcepción gastroduodenal por tumor neuroendocrino gástrico. Resección transgástrica asistida por robot

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Ana Deise Bonilla

Castañeda; Silvia Inés Guerrero Macías; Jorge Luis Vélez; Juliana Rendón Hernández; Helena Facundo Navia; Mario Arturo Abadía; Mario Arturo Rey Ferro
 Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
 rpinillam@cancer.gov.co

<https://drive.google.com/file/d/1grHU5DmVbzZ5UYN SDgZbz3RkFLbZmuvD/view?usp=sharing>

Introducción: La intususcepción es una manifestación infrecuente de las neoplasias del tracto gastrointestinal en los adultos y, aún más, la presentación gastroduodenal. Usualmente esta complicación se ha descrito en lesiones subepiteliales que generan una invaginación a través del duodeno. El cuadro clínico se caracteriza por episodios de dolor abdominal e intolerancia a la dieta. El abordaje diagnóstico requiere usualmente un estudio endoscópico y su tratamiento es quirúrgico.

Métodos: Se presenta una resección transgástrica asistida por robot en un paciente de 65 años con diagnóstico de un tumor neuroendocrino gástrico bien diferenciado, con compromiso hepático metastásico, con cuadros recurrentes de obstrucción y dolor, por intususcepción de la lesión gástrica hacia el duodeno.

Resultados: Este video muestra un abordaje transgástrico asistido por robot con visión endoscópica, para la resección de un tumor neuroendocrino que causaba intususcepción gastroduodenal, sin complicaciones. Se describe el procedimiento quirúrgico, que tuvo una duración de 240 minutos.

Conclusiones: La intususcepción gastroduodenal es una presentación infrecuente de las neoplasias gástricas y puede ser secundaria a diversos tumores. En este caso, a pesar del estadio metastásico, los síntomas recurrentes en el paciente definieron la necesidad de reseccionar la lesión, con un abordaje asistido por robot, que logró disminuir la morbilidad relacionada al procedimiento quirúrgico para este paciente.

02 - ID700

Manejo de intususcepción ileocecal en el adulto. Una técnica alternativa

Álvaro Mauricio Otálora Carmona; Eduardo

Valdivieso Rueda; Andrés Felipe Ariza de LaValle; Camilo Andrés Viaña Ghisays; Angie Katherine Álvarez Valderrama

Universidad de La Sabana, Chía; Clínica FOSCAL Internacional, Floridablanca; Universidad del Sinú - seccional Cartagena; Universidad Autónoma de Bucaramanga
 mau.otalora@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1Elf5Ia9mJeFRezbpUBi1g4x_50hd-EZ9/view

Introducción: Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes de importancia, que consultó a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal. En la tomografía de abdomen contrastado se observó masa que ocupaba el interior del ciego, hallazgo que se confirmó por colonoscopia, sugiriendo intususcepción ileocecal, razón por la cual se decidió llevar a laparoscopia diagnóstica, que corroboró la intususcepción documentada y una formación polipoidea con efecto de masa en el interior del ciego.

Métodos: El paciente fue llevado a reducción de intususcepción ileocecal más resección en bloque de la lesión polipoidea por vía laparoscópica. Se hizo grabación del video con posterior edición, presentándolo como una alternativa al abordaje convencional.

Resultados: La cirugía se llevó a cabo por vía laparoscópica, mediante incisión sobre la tenia anterior del ciego, evertiendo la mucosa intestinal e identificando el pólipo causal de la invaginación. Se reseccionó la lesión con endosutura lineal cortante. Posteriormente se redujo la intususcepción ileocecal y se hizo rafia de la cecostomía con sutura continua de polipropileno. Después de una corta recuperación, el paciente fue dado de alta.

Conclusiones: La intususcepción es una entidad poco frecuente como causa de obstrucción intestinal del adulto. El abordaje planteado en este video muestra una alternativa quirúrgica, con menor morbilidad en comparación a la hemicolectomía.

02 - ID936

Reconstrucción con Y de Roux abreviada por laparoscopia después de una gastrectomía

subtotal en un paciente con cáncer gástrico

Mónica Alejandra Solís Velasco; Angélica María Delgado Quintero; Valentina Navarro B; José Fernando Reyes; José Omar Zorrilla

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., Cali
monica.solis@correounivalle.edu.co

<https://drive.google.com/file/d/1tz5VtlyR94u3fGJTqoDublgfQpHTsolS/view?usp=sharing>

Introducción: La Y de Roux abreviada es una modificación al método de reconstrucción tradicional que hace que el procedimiento sea técnicamente más fácil de realizar por vía laparoscópica. Está asociada a disminución en el tiempo operatorio y a menor incidencia de reflujo, vaciamiento gástrico lento y estasis del asa en Y de Roux.

Métodos: Video de un paciente con diagnóstico de cáncer gástrico a quien, en el Hospital Universitario del Valle en Cali, se le realizó una gastrectomía subtotal por laparoscopia reconstruida con una Y de Roux abreviada.

Resultados: Pasos para una Y de Roux abreviada:

1. Realizar una gastro-yeyuno anastomosis término-lateral haciendo la gastrotomía en la cara posterior, adyacente a la línea de grapa y la yeyunotomía a 30 cm del ángulo de Treitz, utilizando recarga azul de 60 mm y sutura absorbible. Colocar una sonda nasoyeyunal antes de cerrar completamente la primera anastomosis y verificar posición.

2. Realizar una yeyuno-yeyuno anastomosis latero-lateral ascendiendo un asa de yeyuno distal, a 70 cm de la gastro-yeyuno anastomosis, para unirla al yeyuno proximal cercano al ángulo de Treitz, utilizando recarga blanca y sutura absorbible.

3. Seccionar el segmento de yeyuno entre las dos anastomosis con recarga blanca, proximal a la gastro-yeyuno anastomosis, configurando la Y de Roux.

Conclusiones: La Y de Roux abreviada es una técnica de reconstrucción gastrointestinal segura y sencilla de hacer, que se asocia a disminución del tiempo quirúrgico.

02 - ID605

Rendez-vous endoscópico: Una alternativa al manejo en diferentes patologías

Nicolás Arredondo Mora; William Sánchez Maldonado

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
nicolasarredondom@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1zyisd4c0qy57vA4s9iAo5C2UysT2Ydbs/view?usp=sharing>

Introducción: La técnica de gastrostomía endoscópica percutánea es una de las técnicas más efectivas para prevenir complicaciones y, por ende, una de las más usadas. Dentro de las complicaciones menores se describe el desalojo temprano de la gastrostomía en el 4-5 %, pero con tasas tan altas como el 13 %. El manejo es variable, pero comúnmente requiere posterior reemplazo de la gastrostomía, según sea la indicación con diferentes técnicas.

Métodos: Reporte de 2 casos con diferente patología, tratados en el Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., manejados con técnica endoscópica Rendez-vous.

Resultados: El primer caso es un paciente con carcinoma escamocelular sino-nasal que requirió manejo oncológico con radiación. Se llevó previamente a gastrostomía endoscópica percutánea, presentando desalojo temprano de la misma y rescate de la gastrostomía mediante técnica endoscópica Rendez-vous, procedimiento con el paciente despierto, sin necesidad de anestesia general o sedación, bien tolerado y sin complicaciones.

El segundo caso es un paciente con quemadura esofágica por cáusticos, llevado a ascenso gástrico, pero presentó estenosis de anastomosis esofagogástrica. Se introdujo un endoscopio por el estoma de la gastrostomía y el otro por la boca. Bajo transiluminación se hizo apertura con corte de anastomosis y dilatación con catéter hidroneumático, logrando permeabilidad de anastomosis esofagogástrica en cuello.

Conclusiones: La técnica Rendez-vous endoscópica se ha descrito en la literatura en pequeñas series de casos para estenosis

esofágicas altas de diferentes etiologías y el rescate endoscópico del desalojo temprano de las sondas de gastrostomías. En un video quirúrgico describimos nuestra experiencia, de 2 casos interesantes, como una alternativa valiosa para el manejo de estas patologías.

02 - ID709

Utilización de la enteroscopia intraoperatoria en el tratamiento del sangrado digestivo oscuro: paso a paso del procedimiento e interpretación

Dínimo José Bolívar Sáenz; Luisa Fernanda Trujillo Guerrero; Edgar Javier Aguirre Salamanca; Juan José Rubio Avilez

Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C.

dinimobolivar@gmail.com

<https://youtu.be/7zzS8unRJIY>

Introducción: El sangrado digestivo oscuro (SDO) es un reto diagnóstico, sobre todo cuando está originado en el intestino medio. La video cápsula endoscópica (VCE) y la enteroscopia permiten explorar este segmento del tracto digestivo. Cuando no hay posibilidad de identificar y manejar la causa, la enteroscopia intraoperatoria (EIO) surge como herramienta diagnóstica y terapéutica.

Métodos: Presentamos el caso de un hombre de 81 años admitido por rectorragia y anemización, que fue llevado a dos endoscopias digestivas altas y colonoscopias negativas para sangrado. La VCE evidenció angioectasias en yeyuno. Requerió enteroscopia con balón, realizando terapia de argón plasma y fulguración. Por persistencia del sangrado y múltiples transfusiones, se decidió llevar a EIO oral, con laparotomía para evaluar la totalidad del intestino medio.

Resultados: La exploración abdominal excluyó anomalías macroscópicas, justificando el uso de la EIO con CO₂ para la evaluación completa del intestino delgado mediante la técnica de "atrapamiento de aire". Se identificaron angiodisplasias en yeyuno y múltiples úlceras, la mayor de 20x10 mm con fibrina en íleon distal (no visualizados previamente). Realizamos puntos de

transfixión bajo visión directa y endoscópica sobre angiodisplasias y resección del segmento ileal comprometido, con adecuado control del sangrado y la anemia.

Conclusiones: La EIO tiene un rendimiento clínico comparable a otras técnicas para identificar lesiones sangrantes. Su uso terapéutico en SDO se reserva como última alternativa cuando técnicas menos invasivas no están disponibles o son incapaces de evaluar el intestino delgado de forma completa.

Cirugía bariátrica

02 - ID732

Conversion from sleeve gastrectomy to Roux-en-Y gastric bypass and hiatal hernia repair due to intractable GERD

Guillermo Borjas; Néstor Sánchez; Alí Urdaneta; María González; Eduardo Ramos; Andrés Maldonado; Jorge Guillén

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Robótica, Clínica Portoazul AUNA, Barranquilla; Centro Clínico La Sagrada Familia, Maracaibo, Venezuela; Grupo Médico Santa Paula, Caracas, Venezuela

drguillermoborjas@hotmail.com

<https://1drv.ms/v/s!Aj9Q697WApbog2hXm33UHW5cAMtV?e=PWNVng>

Introduction: Revision surgery contemplates multiple techniques including the conversion from one surgical technique to another, structural changes to the primary technique, among others. Gastroesophageal Regurgitation Disease (GERD) is now a long-term problem for patients who have undergone sleeve gastrectomy (SG). RYGB is one of the best techniques to resolve this problem.

Methods: In this case report we show the feasibility to convert a SG to RYGB and repair a hiatal hernia due to intractable GERD. A 50-year-old male patient underwent a sleeve gastrectomy in 2010. 10 years later in 2020, the patient consults with heartburn, abdominal pain and severe GERD. The medical therapy with IBP and nutritional control did not solve the symptoms. The endoscopy

reported severe GERD and a virtual CT endoscopy reported a sliding hiatal hernia (type 1) and a gastric volume of 168 cc. Also, performing a GERD-HRQL Questionnaire with 28pts - dissatisfied. Based on the symptoms it was decided to perform a conversion surgery to RYGB and hiatal hernia repair.

Results: The purpose of this case report is to expose the viability to perform a revisional bariatric surgery plus hiatal hernia repair due to intractable GERD after failed sleeve gastrectomy. We also demonstrate the use of a virtual CT endoscopy before surgery to obtain a better visualization of the anatomy. The patient was discharged at 48 hours with no complications and after 6 months the patients presents no symptoms of GERD.

Conclusiones: With these studies we can perform a safety bariatric revisional surgery.

02 - ID792

Procedimiento Nissen-Sleeve por puertos reducidos y asistido por imanes. Descripción de la técnica quirúrgica

Guillermo Borjas; Jarib Álvarez; Néstor Sánchez; Ali Urdaneta; Jorge Guillén; Eduardo Ramos; Andrés Maldonado; Virgilio Castillo

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Robótica, Clínica Portoazul AUNA, Barranquilla; Centro Clínico La Sagrada Familia, Maracaibo, Venezuela; Grupo Médico Santa Paula, Caracas, Venezuela

drguillermoborjas@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1dAojmsySMj8ViCtKmdvpUAnsMvXAMMd7/view?usp=sharing>

Introducción: El procedimiento Nissen-Sleeve es una nueva propuesta, técnicamente más demandante que la manga gástrica estándar, que parece mostrar resultados similares en términos de pérdida de peso y efecto en las comorbilidades, pero menor tasa de fuga y reflujo gastroesofágico según las publicaciones en los últimos años.

Métodos: Se describe la técnica quirúrgica desarrollada en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Robótica, resaltando gestos técnicos aplicados que garantizan seguridad, efectividad y buenos resultados postoperatorios en el

procedimiento Nissen-Sleeve, mencionando la aplicación de la asistencia por imanes, principios de la cirugía de puertos reducidos y utilidad del verde de indocianina en esta operación.

Resultados: La técnica quirúrgica que mostramos es viable y segura mediante abordaje de puertos reducidos y asistido por imanes, obteniendo adecuados resultados postoperatorios.

Conclusiones: Este procedimiento es una alternativa efectiva y segura para los pacientes obesos que requieren cirugía bariátrica, pero tienen reflujo gastroesofágico, que rechacen o tengan contraindicación para un baipás gástrico. Por su reciente aplicación, necesita mayores estudios y seguimiento a largo plazo. Se destaca que la innovación y los detalles en busca de los mejores resultados son clave en el estándar de cuidado de los pacientes que se seleccionen para esta técnica.

02 - ID915

Re-sleeve gástrico, una alternativa para cirugía revisional bariátrica

Carlos Cruz Gómez; Carlos Mario Gutiérrez Santoya; Sandra Moreno Alonso; Luis Enrique Herrera Zabaleta; Marcelo Ramírez Barrios; Katty Carolina Cuadrado Nieves

Hospital Serena Del Mar, Cartagena

cmgs1588@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1JxILFEWwqSovflzKwc1_VVsEUW9o9yr1/view?usp=sharing

Introducción: El sleeve gástrico es un procedimiento ampliamente difundido y aceptado por las diversas sociedades para el manejo de la obesidad. Existen múltiples alternativas para el manejo de la obesidad, que es una enfermedad crónica y de alta recurrencia, como los cambios en el estilo de vida, tratamientos modificadores de conducta, fármacos y la cirugía, que se dividen en dos grandes grupos. El primero, las restrictivas, que limitan el volumen de alimentos, como la manga gástrica. El segundo grupo, las mal absortivas, que disminuyen la superficie de absorción intestinal, como el switch duodenal. Por último, existe un grupo mixto, que incluye el baipás gástrico.

Métodos: El presente caso, se trata de una paciente a la que en primera instancia se le practicó sleeve gástrico (extrainstitucional) y luego consultó a nuestro grupo de cirugía metabólica por el fracaso en el intento de la disminución de peso con diversos métodos. Renuente a la práctica de un baipás gástrico, se realizaron estudios que mostraron una gran dilatación del remante de fundus gástrico, por lo que se le propuso la realización de re-sleeve. Se utilizó una técnica de cinco puertos, liberando por completo las adherencias a la manga gástrica. Se verificaron los hallazgos de los estudios imagenológicos prequirúrgicos y se confeccionó una nueva manga gástrica bajo guía de bujía. Se utilizaron 3 recargas verdes de endograpadora Echelon y tres azules, reforzando la línea de grapado con polipropileno 2-0. No se dejó dren y se hospitalizó al paciente durante un día, con inicio de vía oral al día siguiente.

Resultados: Se trata de un caso de éxito de una paciente que fue intervenida quirúrgicamente de re-sleeve gástrico al no querer realización de baipás. A la actualidad no presenta síntomas de reflujo, no hay reganancia de peso.

Conclusiones: El re-sleeve gástrico es una alternativa posible en casos de cirugía revisional bariátrica.

02 - ID733

Robotic bariatric surgery: Robotic Roux-en-Y gastric bypass

Guillermo Borjas; Néstor Sánchez; Alí Urdaneta; María González; Andrés Maldonado; Eduardo Ramos; Jorge Guillén

Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica y Robótica, Clínica Portoazul AUNA, Barranquilla; Centro Clínico La Sagrada Familia, Maracaibo, Venezuela; Grupo Médico Santa Paula, Caracas, Venezuela

drguillermoborjas@hotmail.com

https://1drv.ms/v/s!Aj9Q697WApbog2mKNFxn99gV_IC0?e=vkeeC9

Introduction: Different surgical approaches are used to treat obesity, Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) is one of the most common bariatric procedures to treat morbid obesity. Robotic surgery

in bariatric surgery is an area in full development with multiple controversies regarding its benefits; today it is already considered a standardized and safe technique for the patient.

Methods: We present the case of a female patient of 42 years-old with insulin resistance, hepatic steatosis and obesity grade II with a BMI of 39.8 kg/m². With a preoperative endoscopy that reported moderate GERD and after multidisciplinary discussion it was decided to perform a robotic RYGB (R-RYGB) using the DaVinci Surgical System.

Results: We performed the R-RYGB with a biliopancreatic limb of 130 cm and an alimentary limb of 100 cm and a handsewn gastrojejunal anastomosis with a surgical time of 148 minutes without any complication. The patient's postoperative course was uneventful, and he was discharged after 48 hours under nutritional and medical indications.

Conclusions: With this surgical case, as long as other publication we demonstrated that the robotic surgical system can be used in bariatric surgery with safe results. Among the benefits for this case we had a better dissection in complex cases or patients with severe obesity. Robotic bariatric surgery is feasible and the results are comparable to laparoscopy surgery; its use can be appropriate to complex cases with higher BMI or revisional procedures. Nevertheless, it is necessary more studies to compare the results.

Colon y recto

02 - ID631

Apendicectomía radical: Lo que el cirujano general debe saber

Diego Efraín Valbuena Velásquez; Nairo Javier Senejoa Núñez; Viviana Marcela Hidalgo Mora

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Hospital de la Policía Nacional

diegoego55@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1SHz-O-aORERf7xS9Jh0yOpiOnhB3qEvJ/view?usp=sharing>

Introducción: Durante el ejercicio como cirujano general no es infrecuente el hallazgo

intraoperatorio de un tumor del apéndice dado que el 50 % se presentan como un cuadro de apendicitis aguda. Por tanto, es de vital importancia conocer el enfoque diagnóstico y el tratamiento adecuado. El objetivo de este trabajo fue describir la técnica quirúrgica de la apendicectomía radical, ya que puede impactar directamente en la supervivencia del paciente.

Métodos: Se describe el caso clínico de un hombre de 81 años con dolor en hipogastrio de larga data y antecedente de resección de 2 tumores mesenquimales en pared abdominal, a quien durante el seguimiento se le realizó tomografía abdominal que reportó pequeño mucocele en la punta del apéndice cecal. Se solicitó colonoscopia que informó diverticulosis con orificio apendicular normal, por lo que se decidió realizar apendicectomía radical por laparoscopia.

Resultados: Se describe el paso a paso de la técnica quirúrgica, haciendo énfasis en la importancia de la resección del peritoneo parietal, ligadura de la arteria apendicular en la base, resección completa del mesoapéndice y la sección del ligamento de Trevez. El paciente cursó con adecuada evolución posoperatoria, no presentó complicaciones tempranas ni tardías, y fue manejado de manera ambulatoria.

Conclusiones: La apendicectomía radical en una alternativa a la hemicolectomía derecha en los tumores mucinosos de bajo grado o tumores neuroendocrinos que no comprometen la base apendicular o tienen compromiso secundario, disminuyendo así la morbimortalidad de una cirugía mayor sin comprometer el pronóstico del paciente.

02 - ID809

Colocación de stent colónico derivando una recaída local y una anastomosis

Nairo Javier Senejoa Núñez; Carlos Edmundo Martínez Jaramillo; Viviana Marcela Hidalgo Mora; Juan Camilo Arboleda Mera
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
njsenejoa@yahoo.es

<https://drive.google.com/file/d/119Jx5W-99cO89YIdbXYEWHM-lXGRx2Zw/view?usp=sharing>

Introducción: Aproximadamente el 10 % de los pacientes con cáncer de colon y recto (CCR) presentan síntomas iniciales de obstrucción colorrectal aguda y requieren de una intervención urgente debido a las complicaciones, que incluyen isquemia intestinal secundaria a la distensión y perforación libre con sepsis. En el ámbito paliativo la prioridad de intervención es un alivio efectivo, sin morbilidad, para permitir un rápido retorno al manejo oncológico o a la calidad de vida inicial.

Métodos: Reporte de caso de un hombre de 46 años, quien ingresó por un cuadro de obstrucción intestinal secundario a la estenosis parcial de una anastomosis colorrectal y a una recaída local de un adenocarcinoma de colon, estadificado como un IIA de alto riesgo, con manejo adyuvante con FOLFOX por 3 meses. Se hizo discusión de la literatura y exposición de la técnica a través de un video ilustrado.

Resultados: Se hizo un manejo endoscópico adecuado en el contexto de un paciente con manejo paliativo, logrando resolver las complicaciones asociadas al recrecimiento tumoral y a la estenosis colorrectal, preservando el tránsito gastrointestinal y evitando la formación de un estoma.

Conclusiones: La técnica de colocación de un stent colónico es una alternativa segura y funcional, que favorece la preservación de la continuidad del tracto gastrointestinal, en términos de éxito técnico y clínico en el contexto de un paciente con patología oncológica en manejo paliativo, evitando la formación de un estoma que deteriore la calidad de vida y aumente la morbilidad.

02 - ID675

Descenso colo-anal por vía laparoscópica para manejo de filtración de anastomosis colorrectal ultrabaja

Hernán Camilo Luna Hurtado; Rodrigo de Jesús Castaño Llano
Clínica Las Américas, Medellín; Universidad CES
camiloluna23@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/183gdLlhF3BdiPff5V Vbd3wYHQmORIX_A/view?usp=sharing

Introducción: Mujer de 52 años, con antecedente de fístula recto-vaginal-vesical actínica y proctectomía, que presentó filtración de una anastomosis colorrectal ultrabaja.

Métodos: Se hizo un análisis retrospectivo de la historia clínica. La paciente se manejó con descenso colo-anal por laparoscopia. Se hizo seguimiento clínico y endoscópico.

Resultados: En el vídeo se observa que por el antecedente de múltiples cirugías se hizo ingreso seguro a cavidad bajo visión directa con trocar óptico. Se liberaron las adherencias de intestino a pelvis y de colon y neorrecto a pelvis y vejiga; al liberar la vejiga sucede una enterotomía advertida. Se hizo disección medial y posterior del neorrecto, identificando el espacio presacro. Hubo salida de bario remanente en colon. Se continuó la disección hacia la pelvis identificando el recto distal atrófico y fibrótico, adherido al plano de los músculos elevadores del ano, sección distal. Tacto rectal identificando anillo fibrótico, que se secciona garantizando amplitud (paso de 2 dedos). Se introdujo un guante en recto para contener neumoperitoneo, permitiendo la liberación del colon descendido de las adherencias al plano de los elevadores del ano. Disección del meso del colon sigmoides y descendente y ligadura de vaso sigmoideo con hemolock. Liberación de pared lateral y ángulo esplénico del colon, para garantizar el descenso libre de tensión. Aspiración de líquido en pelvis, extracción de bario y gases en guante por recto. Tracción del colon a través del recto, garantizando exteriorización de al menos 5 cm de colon sano. Se introduce dren en fosa iliaca izquierda y se deja en pelvis.

Conclusiones: Se verificó la viabilidad del neorrecto posterior al descenso.

02 - ID619

Dilatación de estenosis en anastomosis colorrectales: Tres opciones de manejo

Juan Camilo Arboleda Mera; Nairo Javier Senejoa Núñez; Carlos Edmundo Martínez Jaramillo; Heinz Orlando Ibáñez Varela; Viviana Marcela Hidalgo Mora; Diego Felipe Téllez Beltrán; Diego Efraín

Valbuena Velásquez

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.

jucar92@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/11DGxD9mHwj50uT61HJKjSk9-IiCaHZN/view?usp=sharing>

Introducción: La estenosis de anastomosis colorrectales es una complicación que puede presentarse en rango variable del 3 al 30 %. Son definidas como el estrechamiento intestinal en el sitio de una anastomosis previa, alterando el flujo del contenido intestinal, que resulta en síntomas clínicos de obstrucción intestinal. Para tratarlas, escogiendo la mejor opción de manejo, se debe conocer el tipo de anastomosis y la distancia con respecto al borden anal.

Métodos: Se presentan tres pacientes con antecedentes quirúrgicos de resección intestinal con anastomosis colorrectal, quienes desarrollaron estenosis. Se muestra un video con las diferentes técnicas utilizadas en cada uno de ellos. Caso 1: Dilatación con balón. Caso 2: Dilatación con Hegar. Caso 3: Dilatación digital.

Resultados: Generalmente las estenosis anastomóticas involucran el recto medio e inferior. El diagnóstico suele ser endoscópico. En algunos casos pueden mejorar sin intervención o tratamiento. Sin embargo, según el grado de estrechez o de persistir los síntomas obstructivos, se debe intervenir. En nuestros tres casos se muestran métodos diferentes de dilatación, con buenos resultados y sin complicaciones.

Conclusiones: El riesgo de estenosis de las anastomosis colorrectales no es despreciable y es una complicación para considerar. La dilatación endoscópica con balón es un método seguro y eficaz para las estenosis de anastomosis colorrectales o colorrectales, con tasa de éxito alta e inmediata; puede repetirse fácilmente para casos recurrentes. Las dilataciones digitales o con dilatadores de Hegar son una opción de manejo para anastomosis bajas, fácilmente disponibles, de bajo costo, con tasa de éxito aceptable y bajo riesgo de complicaciones.

02 - ID1007

Doble intususcepción: paciente con intususcepción ileo-ceco-cólica secundario a adenocarcinoma de colon ascendente*Jorge Eduardo Peñaloza Wandurraga; Nairo Javier Senejoa Núñez*Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
jorgeduardo432@gmail.com<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/18TnDk6dKclM0gxGUijb7ZwTa00YIkiz->

Introducción: La intususcepción intestinal, descrita inicialmente en 1764 por Barbette y denominada por Hunter en 1789, presenta una incidencia de 1,86 casos cada año, de predominio entre los 30 a 50 años. Es la causa del 5 % de las obstrucciones intestinales y el 70 % de los casos en adultos son secundarias a patología maligna, presentándose comúnmente con signos inespecíficos y síntomas similares a cualquier obstrucción intestinal.

Métodos: Presentación de caso de paciente femenina de 79 años, que ingresó por cuadro clínico de 2 semanas de dolor abdominal difuso, que cede, asociado a astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso, con deposiciones normales, documentándose anemia microcítica hipocrómica. La colonoscopia reportó lesión exofítica, infiltrante, estenosante, en colon ascendente. En la tomografía computarizada de abdomen se observó imagen en región cecal dependiente de la pared, sugestiva de lesión proliferativa. Se hizo revisión de la literatura sobre el tema.

Resultados: Se hizo optimización prequirúrgica, incluyendo nutrición parenteral, y se llevó a colectomía radical derecha por vía laparoscópica, con hallazgo de intususcepción ileo-ceco-colónica, que involucraba el apéndice cecal. Presentó adecuada evolución, con reinicio de vía oral en las 24 horas posteriores y egreso al sexto día. La patología reportó una lesión de 4 cm, sin invasión linfovascular, catalogada T1N0M0 estadio I, sin indicación de adyuvancia.

Conclusiones: La intususcepción se puede clasificar según Dean por entérica, colocolónica, ileocecal e ileocolónica, siendo esta última la

menos frecuente, con un 14 %. Sin embargo, este es un caso con presentación inusual dada por doble intususcepción. El manejo actual es controversial; se recomienda resección en bloque dado la dificultad para diferenciar la etiología y el riesgo de perforación o de embolización si se opta por la reducción inicial.

02 - ID663

Hemicolectomía derecha con anastomosis intracorpórea guiada con verde de indocianina*Deivis Jesús López Melo; Ada Bustos Guerrero; Rafael Alberto Olarte; Jennifer Carreño Jácome; Hender Alirio Hernández Martínez*Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta;
Universidad Industrial de Santander
deivislopez.86@gmail.comhttps://drive.google.com/file/d/1N1vf8GcWijdBjQpz11Uo1T_0PELkCdhv/view?usp=sharing

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes y con mayor morbilidad en la cirugía colorrectal es la fuga anastomótica, con una incidencia de ,8 a 19,2 %. Existen factores de riesgo que influyen, pudiendo ser propios del paciente o dependientes del procedimiento quirúrgico, como la técnica utilizada, la irrigación y tensión de los tejidos y la perfusión intestinal, que es considerada la más importante en la actualidad y una de las más estudiada. Recientemente, la imagen angiográfica por fluorescencia con verde indocianina se ha introducido de forma segura en la cirugía laparoscópica para mejorar la visualización anatómica de algunas estructuras, reconocer el drenaje linfático en patologías oncológicas gastrointestinales y evaluar detalladamente la perfusión de anastomosis intestinales y colorrectales.

Métodos: Se realizó el video de una hemicolectomía derecha con anastomosis intracorpórea, llevada a cabo en el Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario Erasmo Meoz, con base al protocolo de verde de indocianina utilizado en la institución.

Resultados: En el video se muestra una hemicolectomía derecha laparoscópica con

anastomosis intracorpórea guiada por verde de indocianina.

Conclusiones: En la actualidad, los principales estudios de la técnica de fluorescencia con verde de indocianina han comprobado su beneficio para evaluar la perfusión de las anastomosis intestinales, por lo que se considera un procedimiento seguro y factible para la prevención de fugas anastomóticas, que disminuye la morbilidad posoperatoria de los pacientes.

02 - ID691

Hemicolectomía derecha en cáncer de colon: estandarización de la técnica quirúrgica

Diego Fernando León Sierra; Andrea Carolina Castillo Barbosa; Carlos Edgar Figueroa Avendaño
Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Rosario
dfleons87@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1u6x2Y-cOpcTcuKXKcMz2EG0lGxLF6HBi/view?usp=sharing>

Introducción: La cirugía es el pilar del tratamiento del cáncer de colon. Desde la descripción por Hohenberger de la escisión mesocólica completa y el advenimiento de las técnicas de mínima invasión, este procedimiento ha adquirido una nueva dimensión en el manejo del cáncer de colon. El objetivo de este trabajo fue presentar un caso de hemicolectomía derecha por laparoscopia y describir la técnica empleada.

Métodos: Paciente de 28 años con masa de colon ascendente, con estudios de extensión sin enfermedad metastásica, llevada a hemicolectomía derecha por laparoscopia, realizando disección de medial a lateral, inferior al pedículo ileocólico, rechazando las estructuras retroperitoneales y el duodeno, con disección y ligadura central de los vasos ileocólicos y de la rama derecha de la cólica media. Disección del mesocolon transversal y omento mayor; medialización del colon derecho y liberación del ángulo hepático del colon, hasta exéresis de pieza quirúrgica. Dados los hallazgos intraoperatorios, se realizó ileostomía y fistula mucosa.

Resultados: La evolución posoperatoria fue adecuada, con inicio de vía oral a las 12 horas y egreso a los 4 días posoperatorios.

Conclusiones: El cáncer de colon es el tercero en frecuencia en Colombia y la cirugía es el estándar de tratamiento en tumores resecables sin evidencia de enfermedad metastásica. La hemicolectomía derecha por laparoscopia ha demostrado ser una técnica segura, sin diferencias en el pronóstico con respecto a la técnica abierta y con las ventajas de la cirugía de mínima invasión. Sin embargo, la hemicolectomía derecha por laparoscopia en cáncer de colon debe ser realizada por cirujanos expertos, en centros de alta experiencia, siguiendo una serie de pasos bajo los principios oncológicos.

02 - ID884

Hemicolectomía segmentaria para neoplasia de ángulo esplénico con vaciamiento linfático guiado por fluorescencia con indocianina verde

Juan Guillermo Holguín Henao; Alexander Obando Rodallega; Abraham Kestenberg Himelfarb; Jessica Capre Pereira; Nathalie Villán Ramírez; Ana María Lourido Gamboa; Juan Camilo Arboleda Mera
Fundación Valle del Lili, Cali
jgh3000@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1grhyLRpiz3lcMvdzD3t9MpXogulMTYex/view?usp=sharing>

Introducción: La escisión mesocólica completa con ligadura vascular central es el principio de la cirugía oncológica colorrectal, por lo tanto, es importante discernir los vasos que proporcionan su irrigación y drenaje. La cirugía laparoscópica oncológica del ángulo esplénico del colon es desafiante debido a las variaciones anatómicas de la irrigación arterial principal y el drenaje linfático paralelo a este. Hay literatura que respalda el drenaje linfático selectivo guiado por fluorescencia.

Métodos: Presentación de video quirúrgico de un paciente de 54 años con adenocarcinoma de colon en el ángulo esplénico, que fue llevado a hemicolectomía por laparoscopia.

Resultados: Se uso marcación con verde indocianina lo que permitió una disección y vaciamiento linfático selectivo.

Conclusiones: El uso de técnicas de imagen intraoperatoria, como la fluorescencia con verde de indocianina, para la cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal, en disecciones con alta variabilidad anatómica, como lo es el ángulo esplénico, puede ayudar a determinar el área de disección de manera selectiva.

02 - ID693

Manejo laparoscópico de hernia del colon derecho a través del foramen de Winslow

Diego Efraín Valbuena Velásquez; Anwar Medellín Abueta

Fundación Santa Fe de Bogotá

diegoego55@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1jJFSAumCLERSncHpYyofr7WQxceziNs/view?usp=sharing>

Introducción: El foramen de Winslow es una comunicación normal entre las dos cavidades peritoneales y sus límites son el ligamento hepatoduodenal, el borde hepático, el duodeno y la cava. La hernia a través del foramen de Winslow es una entidad muy poco frecuente, con alrededor de 200 casos reportados en la literatura mundial. El abordaje abierto ha sido el tratamiento tradicional.

Métodos: Reporte de caso de paciente de sexo femenino de 66 años, sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor, distensión abdominal y emesis. Al examen físico de ingreso se encuentra la paciente taquicárdica y con dolor a la palpación abdominal generalizada, sin signos de irritación peritoneal. Los estudios imagenológicos mostraron un vólvulo del ciego.

Resultados: La paciente fue llevada a procedimiento quirúrgico laparoscópico, identificando obstrucción intestinal secundaria a hernia a través del foramen de Winslow, cuyo contenido era el ciego y colon ascendente, que se encontraban con gran distensión e hipoperfusión. Se realizó descompresión intestinal, reducción de la hernia, hemicolecotomía derecha, anastomosis ileo-transverso y cierre del foramen por laparoscopia. La paciente evolucionó adecuadamente en el posoperatorio, y se dio egreso a los 3 días.

Conclusiones: La hernia a través del foramen de Winslow es una patología infrecuente. Esta enfermedad tiene un cuadro clínico inespecífico y los hallazgos tomográficos con frecuencia no son conclusivos. En cuanto al tratamiento, la mayoría de los casos en la literatura mundial han sido tratados con laparotomía para corrección de la hernia a través del foramen usando sutura, malla y transposición de epiplón. El abordaje laparoscópico es una técnica factible, segura y reproducible en el manejo agudo de los pacientes con hernias a través del foramen de Winslow.

02 - ID767

Planos y referencias anatómicas en cirugía oncológica colorrectal

Ada Bustos Guerrero; Carlos Edgar Figueroa Avendaño; Angélica Cendales; Juan G. Cala; Julián Romo; Manuel Pardo

Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C.; Universidad del Rosario; Universidad Industrial de Santander

adabustosmd@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1q_2rIA5pAdUUopEHFcApLfpMh5akQ9nB/view?usp=sharing

Introducción: Los pilares quirúrgicos que definen una resección oncológica en la cirugía del cáncer colorrectal están determinados por una disección anatómica basada en el plano embriológico, una resección en bloque con margen circunferencial libre de tumor mayor de 1 mm y una disección ganglionar orientada. Con la estandarización de la escisión mesocólica y la escisión mesorrectal total se asegura una disección del plano visceral del retroperitoneo, con una pieza quirúrgica intacta y un drenaje linfático óptimo, asociándose a una mayor supervivencia de los pacientes. La extensión de la colectomía estará definida por la ubicación del tumor y los vasos de alimentación o drenaje, sin embargo, para la linfadenectomía D2 o D3, las recomendaciones aún difieren entre las guías internacionales.

Métodos: Se hizo un video utilizando clips de procedimientos quirúrgicos realizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital

Universitario Mayor – Méderi, con base a lo descrito en la literatura sobre los criterios de calidad en cirugía oncológica colorrectal.

Resultados: En el video se reportan los planos y las referencias anatómicas recomendadas en los estudios de Hohenberg y Heald, para el manejo de tumores colorrectales. Las cirugías mostradas son un estándar de manejo en el Servicio de Coloproctología del Hospital Mayor – Méderi.

Conclusiones: La cirugía es el pilar fundamental en el tratamiento de los tumores colorrectales, y esta debe cumplir los principios oncológicos para una resección R0. La escisión mesocolónica completa, con la ligadura vascular central, y la escisión completa del mesorrecto, aseguran una resección óptima de los ganglios linfáticos hasta los ganglios centrales. La calidad del procedimiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de colon ha demostrado ser un factor determinante en los desenlaces oncológicos.

02 - ID557

Tumor de recto y embarazo - abordaje y complicaciones

Michael Zapata Palomino; Nathalie Villán Ramírez; Alexander Obando Rodallega; Abraham Kestenber Himelfarb; Juan Guillermo Holguín Henao; Jessica Capre Pereira

Universidad del Valle, Cali; Universidad Icesi
michael.zapata@correounivalle.edu.co

<https://drive.google.com/drive/folders/1CzSrzLYfBG1DpJl0bqHKSJKa3x0wtAU?usp=sharing>

Introducción: Las neoplasias colorrectales con diagnóstico inicial durante el embarazo son raras y suponen, no solo un evento catastrófico para la paciente y su familia, sino grandes retos para el equipo médico, teniendo en cuenta las posibles complicaciones durante el tratamiento.

Métodos: Se muestra en video el caso de una paciente de 34 años, G2P1 con embarazo de 13 semanas por ecografía, con un mes de rectorragia y estreñimiento, con colonoscopia, ecoendoscopia y resonancia magnética compatibles con neoplasia de recto superior que invadía la muscular propia, sin lesiones a distancia. Se decidió llevar a

resección anterior de recto vía laparoscópica con intención curativa.

Resultados: Se hizo resección anterior de recto por vía laparoscopia, con la dificultad técnica dada por el aumento de tamaño del útero para 13 semanas de gestación, logrando sortearla usando un retractor hepático como separador uterino; procedimiento sin complicaciones y viabilidad fetal postquirúrgica confirmada por ginecoobstetricia. Se dio egreso al quinto día, sin embargo, la paciente reingresó una semana después por cuadro de obstrucción intestinal. Se diagnosticó una hernia interna, una complicación inesperada para este tipo de cirugía, pero acorde al estado de gestación de la paciente, por lo que se llevó nuevamente a cirugía, sin complicaciones. El reporte final de patología indicó adenocarcinoma que invadía hasta submucosa, ganglios 0/15 positivos, pT1N0M0.

Conclusiones: De acuerdo con las semanas de gestación y el estadiaje inicial, es factible realizar un manejo quirúrgico con intención curativa, a pesar de las dificultades técnicas del procedimiento. Para poder hacer recomendaciones, se requieren más estudios al respecto.

Hepatobiliar y páncreas

02 - ID949

Colecistectomía con pinza minilap tres puertos

Luis Enrique Herrera Zabaleta; Carlos Cruz Gómez; Carlos Mario Gutiérrez

Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena
luis.herrera@chsm.com

https://drive.google.com/file/d/1NMFuLFgVBdtk-69kt2Xs_hMFzORFnORB/view

Introducción: La colecistectomía por laparoscopia con mínima invasión tiene las ventajas de mejorar el dolor posoperatorio, disminuir la estancia hospitalaria, facilitar la reincorporación temprana a las actividades laborales y lograr resultados cosméticos aceptables.

Métodos: Revisión de la literatura y presentación de un video quirúrgico, en el cual se utilizó una pinza especial para mejorar la maniobrabilidad

y poder realizar procedimiento a tres puertos. Tiempo de 20 minutos en el procedimiento.

Resultados: Se utilizó la posición francesa con exposición de vesícula y adecuada triangulación, además de buena maniobrabilidad.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica por tres puertos tiene resultados similares a la colecistectomía laparoscópica de cuatro puertos, disminuyendo el dolor, reincorporando los pacientes a las actividades laborales y escolares de forma temprana.

Oncología quirúrgica

02 - ID895

Cirugía guiada por fluorescencia con verde indocianina en melanoma

Nicolás Arredondo Mora; William Sánchez Maldonado

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.

nicolasarredondom@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/1g0fpTgE0cDR0aDZOnl_pI80jzvvr2f2p/view?usp=sharing

Introducción: El melanoma representa el 5-10 % de los tumores malignos de piel y es responsable del 65 % de las muertes. La biopsia del ganglio centinela es el estándar de manejo para evaluar los pacientes sin adenopatías palpables, en estadios tempranos o intermedios. Clásicamente se han usado radiofármacos junto con tinciones, como el azul de metileno, sin embargo, la fluorescencia con verde indocianina ha demostrado tener bajas tasas de falsos negativos y menos efectos adversos, sin exposición a la radiación. Las tasas de detección oscilan entre el 86-100 %, al igual que con radiofármacos, pero con una mejor costo-eficiencia.

Métodos: Presentación de caso de un paciente de 51 años, con diagnóstico de melanoma acral digital en dedo índice de mano derecha, llevado a resección y biopsia de ganglio centinela localizado mediante fluorescencia con verde indocianina.

Resultados: El verde indocianina se aplicó de forma subcutánea y se logró visualizar el recorrido

por los conductos linfáticos hasta tres ganglios centinelas axilares.

Conclusiones: La detección del ganglio centinela con verde indocianina es un método con buena tasa de éxito y excepcionales efectos adversos, que tiene las ventajas de evitar la exposición a la radiación y buena costo-eficiencia.

02 - ID961

Nódulo tumoral metastásico con obstrucción intestinal como manifestación de recidiva de colangiocarcinoma. Resección quirúrgica radical R0 vía laparoscópica

Katherine Lopera; Juan Andrés Araque Panesso; Cristian Mauricio Sierra; Juan Camilo Correa Cote; Tatiana Chinkovsky Ríos

Universidad de Antioquia, Medellín

katherine.lopera@udea.edu.co

https://drive.google.com/file/d/1xa6eSDtkKWpWZ_7-3VcPDdKtIz66P44x/view?usp=sharing

Introducción: Los colangiocarcinomas, tanto intra como extrahepáticos, son extremadamente raros, sin embargo, altamente letales por su diagnóstico tardío dado su presentación indolente. La resección quirúrgica es la única opción potencialmente curable, pero con altas tasas de recurrencia.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente 50 años, con antecedente de colangiocarcinoma hiliar con resección de la vía biliar, hepatectomía y linfadenectomía (R0), asociado a adyuvancia, que se presentó con un nódulo tumoral que generaba obstrucción intestinal, como manifestación de recaída temprana.

Resultados: Se identificó un nódulo tumoral comprometiendo colon derecho, diafragma, pared abdominal interna y pared torácica, que generaba obstrucción intestinal extrínseca. Se llevó a cirugía radical obteniendo resección R0, sin embargo, la patología quirúrgica e inmunohistoquímica confirmaron la presencia de lesión metastásica recurrente de adenocarcinoma hiliar conocido, con invasión linfovascular y perineural. Actualmente se encuentra en manejo adyuvante, con adecuada respuesta y mejoría en su calidad de vida.

Conclusiones: Los colangiocarcinomas conllevan un mal pronóstico, pese a una cirugía curativa primaria, dada la alta tasa de recurrencias. La resección quirúrgica de la recurrencia posoperatoria es beneficiosa con respecto a los resultados a largo plazo, en lo que respecta a supervivencia de pacientes adecuadamente seleccionados.

02 - ID971

Pancreatectomía distal con preservación esplénica por laparoscopia: Técnica de Kimura.

Jairo Esteban González Apráez; Alexandra Bastidas Santacruz; Elio Fabio Sánchez Cortés

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.;
Pontificia Universidad Javeriana
gonzalez-je@javeriana.edu.co

<https://drive.google.com/file/d/17sxlBDq5o40idht4QaBtqid0lITfcwQQ/view?usp=sharing>

Introducción: La pancreatectomía distal, abierta o laparoscópica, se ha utilizado como tratamiento de lesiones de alto riesgo y tumores malignos originados en el cuerpo y cola del páncreas. Debido a la estrecha relación con los vasos esplénicos, tradicionalmente la resección incluye esplenectomía, teniendo consecuencias sobre el estado inmunológico del paciente, por esto, la propuesta actual es utilizar técnicas de pancreatectomía distal con preservación esplénica. En cirugía laparoscópica hay dos técnicas conocidas, la de Warshaw, en la que se preserva el bazo, pero no los vasos esplénicos, y la de Kimura, que preserva el bazo y sus vasos. El objetivo de este video fue presentar el caso de una paciente llevada a pancreatectomía distal utilizando la técnica de Kimura.

Métodos: Paciente de 25 años con cuadro de dolor abdominal persistente, que se estudió con tomografía de abdomen y colangiorresonancia que mostraron un quiste complejo del páncreas, con componente sólido en su interior. La ecoendoscopia reportó un nódulo mural sólido y la punción con aguja fina fue negativa para malignidad. Se consideró posible neoplasia quística mucinosa del

páncreas, por lo que se indicó manejo quirúrgico.

Resultados: El procedimiento se realizó sin complicaciones, la paciente tuvo adecuada evolución posoperatoria y al sexto día se dio egreso. Control postoperatorio con evolución satisfactoria y reporte de patología con neoplasia quística mucinosa, con áreas de calcificación, sin requerir manejo adicional. Se indicó continuar controles clínicos trimestrales.

Conclusiones: Mediante la técnica de Kimura, nuestra paciente tuvo un resultado postoperatorio exitoso, logrando la preservación del bazo, lo cual se ha asociado a una menor tasa de sangrado intraoperatorio, abscesos e infartos esplénicos.

02 - ID860

Rescate quirúrgico asistido por robot para el manejo de recaída regional adenocarcinoma gástrico

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Silvia Inés Guerrero Macías; Helena Facundo Navia; Juliana Rendón Hernández; Ana Deise Bonilla Castañeda; Jorge Luis Vélez; Mario Arturo Abadía; Mario Arturo Rey Ferro
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
rpinillam@cancer.gov.co

<https://drive.google.com/file/d/1lRkbfmFcxggh6H2aXgAbvAMRYIcJel9uI/view?usp=sharing>

Introducción: La tasa de recaída locorregional en cáncer gástrico posterior a gastrectomía y manejo perioperatorio sistémico está alrededor del 5-10 %. Dentro de los factores asociados se describe la presencia de ganglios positivos (>N2) y una linfadenectomía inferior a D1. La cirugía de rescate en el paciente oncológico en este y otros escenarios, se ha reportado previamente cuando las condiciones anatómicas y oncológicas del paciente son favorables.

Métodos: Se describe el procedimiento de rescate quirúrgico asistido por robot para el manejo de una recaída regional confirmada por patología, en un paciente con antecedente de adenocarcinoma gástrico pT4apN3M0 y gastrectomía total asistida por robot, 14 meses antes.

Resultados: Este video muestra el caso clínico y el abordaje asistido por robot para el manejo

de la recaída regional, procedimiento realizado sin complicaciones. Duración del procedimiento: 240 minutos. Estancia hospitalaria: 8 días. Reporte de patología: Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal con invasión hasta la mucosa con márgenes libres. Durante el seguimiento (5 meses): Paciente sin recaída.

Conclusiones: En la literatura se describen como factores asociados a la recaída locorregional en los pacientes con cáncer gástrico el estadio pN3 y la ausencia de terapia sistémica adyuvante. Se reporta con mayor frecuencia en los campos no disecados en una linfadenectomía D2 y perianastomótica. A pesar de que el manejo sistémico se considera la primera opción en el tratamiento de este escenario, se encuentran reportes con desenlaces favorables a largo plazo con el manejo multimodal, incluida la cirugía de rescate.

02 - ID858

Resección de tumor neuroendocrino de intestino delgado guiado por fluorescencia con verde indocianina

Nicolás Arredondo Mora; William Sánchez Maldonado

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
nicolasarredondom@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/1p3JQsS_jnIXp3DrUHxzLVBX08wkQ3yDn/view?usp=sharing

Introducción: Dentro de los tumores malignos de intestino delgado, los más frecuentes son los tumores neuroendocrinos, reportándolos hasta en el 34 % de los casos. La mayoría de estos ocurren en el íleon terminal y pueden presentar metástasis ganglionares hasta en el 60 % de las ocasiones. El tratamiento quirúrgico es la piedra angular del manejo, incluyendo la resección segmentaria intestinal con resección de ganglios regionales. La evaluación intraoperatoria de la perfusión del intestino con verde indocianina permite, de una manera objetiva, la selección de unos márgenes quirúrgicos viables, que a simple inspección pueden no ser adecuadamente interpretados.

Métodos: Presentación de un caso de un paciente de 53 años, con tumor neuroendocrino

en íleon y metástasis ganglionar prominente en meso, con infiltración adyacente de arteria ileobicecoapendiculocólica, sometido a resección del tumor más reconstrucción ileo-colónica, con preservación de colon derecho.

Resultados: Se visualizó la perfusión utilizando verde indocianina, comprobando la vascularización adecuada de ciego y colon ascendente, lo que permitió realizar una anastomosis segura yeyuno-colónica termino-lateral, con sutura mecánica circular, introducida a través del íleon terminal y la válvula ileocecal, sin necesidad de realizar hemicolectomía derecha.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que las metástasis ganglionares de tumores neuroendocrinos suelen comprometer la vascularización intestinal, presentamos el verde indocianina y la fluorescencia como herramienta para evitar resecciones intestinales innecesarias y realizar anastomosis más seguras, disminuyendo así el riesgo de complicaciones de difícil manejo, como son las fugas anastomóticas secundarias a déficit de la perfusión.

02 - ID861

Suprarrenalectomía retroperitoneal en paciente pediátrico

Geraldine Victoria Ruiz Niño; Carolina Salazar Palacio; Nicolás Dayam Rosales Parra; Walter David Romero Espitia

Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
geraldine.ruizn@gmail.com

Falta link del video: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/16ZTvigV4oS4ILVncyzUDRkRMsVKk-o0f>

Introducción: El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más común en la infancia, que corresponde al 6-10 % de los cánceres en esta población. Se origina de la cresta neural y su curso es variable; se han descrito casos de regresión espontánea y otros de metástasis y mortalidad temprana. La presentación clínica depende de la localización. El 40 % de los casos se presenta en la glándula suprarrenal. Definir oportunamente la

resección es uno de los pilares en el tratamiento.

Métodos: Presentación de caso de paciente femenina de 6 años, con cuadro clínico de un año de dolor en mesogastrio y constipación. La tomografía de abdomen mostró una masa heterogénea en la glándula suprarrenal derecha, de 41x29x34 mm, con porcentaje de lavado menor del 60 %, características malignas, sin compromiso a distancia. Se hizo resección quirúrgica por abordaje endoscópico retroperitoneal, identificando el reemplazo de la glándula suprarrenal por una masa sólida, sin ganglios interaortocavos; se completó la suprarrenalectomía sin complicaciones.

Resultados: Los reportes de patología e inmunohistoquímica confirmaron neuroblastoma en diferenciación, con márgenes negativos para malignidad. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y en estudios complementarios se definió que la paciente se encontraba en estadio I de la enfermedad.

Conclusiones: La resección de tumores adrenales tradicionalmente era abierta, pero la cirugía endoscópica ha evidenciado ventajas en el abordaje de estas lesiones, convirtiéndose en el estándar del tratamiento. Esta puede ser transperitoneal o retroperitoneal. La retroperitoneoscopia es una excelente vía de abordaje, aunque es una técnica exigente, es viable, con buenos resultados a largo plazo, cortos periodos de recuperación, menor dolor postoperatorio y menor riesgo de lesiones intraabdominales.

Cirugía de trauma

02 - ID940

Trauma de subclavia

Angélica María Delgado Quintero; Mónica Alejandra Solís Velasco; María José Rodríguez Walter; Jorge Steven Montealegre Arturo; Lizeth Donatella Chamorro Soto; Hugo Alejandro Burgos Rueda; Adolfo González Hadad

Hospital Universitario del Valle, Evaristo García, Cali; Universidad del Valle; Pontificia Universidad Javeriana

angelica_2088@hotmail.com

Introducción: Se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años, que sufre accidente de tránsito como conductor de motocicleta, e ingresó hemodinámicamente inestable, hipotenso, taquicárdico, con hematoma expansivo en tórax, ausencia de pulso distal y llenado capilar prolongado, por lo que fue llevado a exploración vascular

Métodos: Se tomó registro de la historia clínica electrónica de la paciente y se documentó con imágenes la cirugía, que requirió seccionar la clavícula. Se encontró sección completa de la arteria subclavia en su tercera porción, con trombo contenido, lesión destructiva del plexo braquial, con avulsión del mismo y gran hematoma. Se realizó trombectomía y reconstrucción de la arteria subclavia con anastomosis término-terminal utilizando injerto de safena.

Resultados: Se obtuvieron resultados positivos, sin oclusión del injerto vascular.

Conclusiones: Se muestra el caso de un paciente con trauma complejo de arteria subclavia y avulsión del plexo braquial.

Mínima invasión

02 - ID562

Abordaje laparoscópico del síndrome de Dunbar

Hernán Darío Restrepo Restrepo; Gabriel Arroyave Uribe; Natalia Guzmán Arango; Pablo Posada Moreno; Romario Chancí Drago; Edison Peña Niño
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín
hernanrestrepo2009@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1RKoWvwwROA5uCTjtNY5ME7vl9kJZ99x4/view?usp=sharing>

Introducción: El síndrome del ligamento arcuato medio o síndrome de Dunbar es una entidad poco frecuente, con una incidencia de 2 por cada 100.000 pacientes con dolor abdominal. Ocurre por compresión del tronco celiaco debido a la inserción baja del ligamento arcuato, el cual está constituido por un arco fibroso que une ambos

pilares diafragmáticos en el hiato aórtico

Métodos: Presentación de caso de paciente femenina de 48 años de edad, con cuadro clínico de dolor abdominal crónico, asociado a intolerancia alimentaria por dolor, inicialmente manejada por gastroenterología, sin mejoría clínica. Debido a sus síntomas, sospechando una causa de origen vascular, se solicitó tomografía de abdomen contrastada, la cual mostró estenosis en el origen del tronco celiaco, de aproximadamente el 50 %, por compresión extrínseca del ligamento arcuato medio, con aumento significativo de la estenosis durante la inspiración y dilatación posestenótica.

Resultados: La paciente fue llevada a cirugía laparoscópica, en la cual se hizo disección y sección del ligamento arcuato medial, que cual generaba la compresión extrínseca con estenosis de la emergencia del tronco celiaco, logrando una liberación adecuada de esta estructura vascular y sus ramas emergentes proximales. Se realizó adicionalmente funduplicatura gástrica. Posteriormente se aliviaron los síntomas de la paciente.

Conclusiones: Esta patología, si bien es poco frecuente, es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial en aquellos pacientes con dolor abdominal crónico, con el fin de poderla identificar y abordar de la manera indicada.

02 - ID864

Cirugía por monopuerto intragástrico asistido por robot. Técnica segura para la resección del cáncer gástrico temprano

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Silvia Inés Guerrero Macías; Helena Facundo Navia; Ana Deise Bonilla Castañeda; Juliana Rendón Hernández; Mario Arturo Rey Ferro; Mario Arturo Abadía; Jorge Luis Vélez

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
rpinillam@cancer.gov.co

https://drive.google.com/file/d/1p11jgv5dWhxrQO_kh-MX0vJ6dm_tu46/view?usp=sharing

Introducción: La cirugía intragástrica mínimamente invasiva es un procedimiento que se realiza usualmente para la resección de

tumores estromales gástricos. En las lesiones con un mayor componente intraluminal, es difícil reconocer la localización y la extensión con la cirugía mínimamente invasiva convencional, por lo que en estos casos, el abordaje intragástrico ayuda a determinar los márgenes precisos para una resección adecuada, permitiendo ser una opción para tratamiento del cáncer gástrico temprano con indicación de resección submucosa.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 66 años con una lesión gástrica a nivel de la curvatura menor, no susceptible de manejo con resección endoscópica, con patología por biopsia de hiperplasia foveolar sin displasia glandular, a quien se le realizó resección submucosa por monopuerto intragástrico asistida por robot.

Resultados: Este video muestra un procedimiento con abordaje mínimamente invasivo asistido por robot a través de monopuerto intragástrico, realizado sin complicaciones. Duración del procedimiento: 120 minutos. La patología reportó un adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal con invasión hasta la mucosa. Durante el seguimiento (18 meses) la paciente continua asintomática, sin recaída.

Conclusiones: La cirugía por monopuerto transgástrico permite la resección segura de tumores gástricos tempranos (T1a) menores a 5 cm, con una localización o extensión que limite la resección endoscópica, sin sospecha de compromiso linfático. La ventaja de la visualización de las lesiones en toda su extensión, la posibilidad del manejo de perforaciones y el control del sangrado, hacen que esta técnica sea una excelente opción para el tratamiento de lesiones gástricas endoluminales.

02 - ID487

Colecistectomía laparoscópica en pacientes octogenarios

María Paula González Bustacara; Mauricio Pedraza Ciro; Germán Escallón; Rafael Vergara; Emma Cristina Gómez Trujillo

Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
mpgonzalezb@outlook.com

<https://drive.google.com/file/d/1ITBxE4JakNjgV6aqcc78v1wxDrFhmHmb/view?usp=drivesdk>

Introducción: Un efecto del progreso experimentado por la sociedad moderna es el incremento de la longevidad, acompañado de una mejora extraordinaria de la calidad de vida de los ancianos, que mantienen su actividad social y su autonomía hasta edades avanzadas.

Métodos: A continuación presentamos el caso clínico de una paciente 89 años, con múltiples comorbilidades endocrinas, cardiovasculares y pulmonares, que consultó por un cuadro clínico de 2 años de evolución de dolor en hipocondrio derecho y una semana de intolerancia a la vía oral. Al examen físico se encontró signo de Murphy positivo, y los laboratorios evidenciaron leucocitosis, PCR elevada, gases arteriales con una acidosis metabólica y lactado en 3. Durante su hospitalización se realizó colangiografía, donde se observó una vesícula de paredes muy engrosadas, con signos de complicaciones locales dadas por abscesos.

Resultados: Se le indicó manejo quirúrgico laparoscópico, el cual fue aceptado por la paciente. La cirugía se realizó sin complicaciones y la paciente permaneció hospitalizada hasta completar 3 días de manejo antibiótico, con adecuada evolución postoperatoria y ninguna complicación. Finalmente fue valorada al décimo día postoperatorio en consulta externa, con resolución completa de su sintomatología. El informe de patología reportó una vesícula con colecistitis crónica agudizada, con signos de cambios de un patrón necroinflamatorio a lo largo de todo el tejido, y descartó patología neoplásica, por lo que no requirió ninguna intervención adicional.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de la coledocistitis sintomática en octogenarios. La colecistitis aguda del anciano debe ser tratada mediante abordaje laparoscópico, salvo contraindicación, preferentemente antes de que aparezcan complicaciones.

02 - ID592

Colecistectomía y necrosectomía pancreática transgástrica por vía laparoscópica con verde indocianina

Cristian Johan Gallego López; Michael Zapata Palomino; Nicolás Guerrón Morales; Mauricio Zuluaga Zuluaga; Helio Fernando Espinosa Cadavid; Julián Camilo González Collazos

Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., Cali; Universidad del Valle
cristiangallego862@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1sBXRSwlOA10d0bUwBPmQ9FkMcVxw-9JD/view?usp=sharing>

Introducción: La pancreatitis es causada en nuestro medio más frecuentemente por coledocistitis, la mayoría de los episodios son leves y remiten con manejo médico, pero existe un grupo de pacientes que presentan complicaciones severas, entre ellas necrosis pancreática, pseudoquistes o, como es el caso por describir, absceso pancreático.

Métodos: Se muestra en video el caso de una paciente de 65 años, VIH positivo con LTCD4 < 250, quien tres meses posterior a episodio de pancreatitis aguda por coledocistitis presenta una lesión isoíntensa y heterogénea en comunión con el páncreas, con diagnóstico de absceso pancreático. Se planteó la resolución de ambas patologías en un mismo tiempo quirúrgico, de una manera mínimamente invasiva.

Resultados: En esta paciente se realizó colecistectomía y necrosectomía pancreática laparoscópica por cistogastrostomía transgástrica. La integración de un equipo multidisciplinario, asociado con el advenimiento de tecnologías como la laparoscopia y el uso de verde indocianina, permiten la identificación de las estructuras anatómicas, reduciendo las probabilidades de lesión de la vía biliar durante la colecistectomía y evitando la lesión de estructuras vasculares durante la necrosectomía pancreática, mejorando los resultados en pacientes con patologías complejas del tracto gastrointestinal.

Conclusiones: La cirugía gastrointestinal mínimamente invasiva requiere del trabajo

organizado de un equipo. El uso de verde indocianina podría reducir riesgos asociados a un abordaje quirúrgico en procedimientos complejos, como la colecistectomía con necrosectomía pancreática con abordaje mínimamente invasivo en un mismo tiempo quirúrgico.

02 - ID734

Duplicación duodenal como causa de obstrucción al tracto de salida gástrico

Carolina Salazar Palacio; Juliana Lucía Molina Valencia; Geraldine Victoria Ruiz Niño; Nicolás Dayam Rosales Parra; Walter David Romero Espitia
Universidad de Antioquia, Medellín
carospalacio@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1-Fbx2hyLi_NNogAU6kO9c7qWSaXzgJu9/view?usp=sharing

Introducción: Los quistes de duplicación intestinal son malformaciones congénitas poco frecuentes, que se encuentran principalmente en el intestino medio y generan síntomas inespecíficos, manifestándose principalmente con dolor abdominal, obstrucción intestinal y sangrado digestivo.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 7 años, que consultó por pérdida de peso y emesis a repetición. Al examen físico se identificó una masa en mesogastrio y los estudios imagenológicos demostraron una lesión de contenido quístico, dependiente de la primera porción duodenal, de 4,7 x 4,4 x 5,6 cm, sugestiva de duplicación duodenal, condicionando obstrucción al tracto de salida gástrico. Se hizo repleción nutricional con nutrición parenteral total durante una semana y se programó para resección vía laparoscópica.

Resultados: Bajo técnica abierta se insertó un puerto umbilical de 5 mm y otros dos puertos de igual tamaño en fosa iliaca derecha y epigastrio. Se apreció un bulbo duodenal dilatado, con la segunda y tercera porción duodenal colapsadas. Se procedió a realizar piloroduodenotomía, disección de las fibras musculares, evidenciando lesión quística entre el píloro y la primera porción duodenal, que se reseco completa y se envió a patología. El procedimiento transcurrió sin complicaciones, la

evolución postoperatoria fue adecuada y egresó al cuarto día postquirúrgico.

Conclusiones: Los quistes de duplicación intestinal son una malformación rara con síntomas inespecíficos que requieren manejo quirúrgico para evitar complicaciones asociadas. La acumulación de secreciones dentro del quiste de duplicación intestinal conlleva a un crecimiento progresivo, con compresión de estructuras adyacentes, produciendo dolor y obstrucción. La enucleación o la resección de la lesión son los pilares del tratamiento.

02 - ID972

Heller myotomy to treat severe achalasia in a severely symptomatic patient

Alexandra Bastidas Santacruz; Fabio Eduardo Pinzón Cepeda; Rami Mikler
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.;
Pontificia Universidad Javeriana
alexandrab92@hotmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1JEBgXIIP83RmRfkPS6qxNaq9mDYSf7cm/view?usp=sharing>

Introduction: Achalasia is an esophageal disorder secondary to the altered peristalsis of the distal esophagus and lack of relaxation of the lower esophageal sphincter, delaying the proper passage of food or liquids into de stomach, with a secondary esophageal dilatation and insidious onset of symptoms such as dysphagia for solids and liquids, heartburn resistant to proton pump inhibitors, persistent vomiting and regurgitation, with a significant quality of life impact.

Methods: This is a clinical case about a 25 year-old female, without comorbidities, who referred 2 years of dysphagia to solids and endoscopic studies showing esophageal candidiasis which was treated without improvement. Dysphagia progressed, as latter it was also to liquids, associated to 6 months of post-prandial vomiting and regurgitation, losing 20 kg. She had more studies done and a Type II Acalasia was diagnosed, being this reason the patient underwent surgery.

Results: The patient had an uneventful recovery; she was discharged home on the 2nd postoperative

day. The last follow-up visit was on the 2nd postoperative month. The Eckardt score at that moment was 1 point.

Conclusions: The treatment is ideally surgical with a Heller myotomy with a fundoplication, which is successful in more than 90% of patients. A peroral endoscopic myotomy is an alternative, but it is less available and it has been reported a high rate of reflux esophagitis. We present a case of the successful surgical treatment of severe achalasia in a young female patient.

02 - ID910

Manejo laparoscópico de ulcera péptica perforada

Carlos Mario Gutiérrez Santoya; Carlos Cruz Gómez; Luis Enrique Herrera Zabaleta; Katty Carolina Cuadrado Nives; Sandra Moreno Alonso

Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena
cmgs1588@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1GkLi7OR98uPatXb2di5U02zjthg1_Hdo/view?usp=sharing

Introducción: La ulcera péptica perforada es una patología frecuente, de manejo en el servicio de urgencias. En países desarrollados tiene una incidencia de 150.000 de casos por año y se presenta con mayor prevalencia en edades tardías, con una relación de 1:1 entre hombres y mujeres. Tiene una morbilidad de 30 % a 50 %. En la actualidad, el manejo laparoscópico se propone como manejo ideal de la misma, por lo que se presenta un caso de ulcera gástrica manejado con éxito por esta vía.

Métodos: Se trata de un paciente de 39 años quien ingresó por cuadro de dolor abdominal, de inicio súbito en epigastrio, que migró hacia hemiabdomen derecho, asociado a náuseas, episodios eméticos de contenido alimentario y pico febril cuantificado en 38,4°C. Refirió consumo frecuente de analgésicos no esteroideos durante los últimos 15 días. Al examen físico se encontró dolor a la palpación abdominal, defensa muscular y signos de irritación peritoneal; hemograma con leucocitosis y neutrofilia. Se realizó tomografía

de abdomen en donde se observó alteración en la densidad de la grasa gastro hepática, anterior a la región antro pilórica, con aire luminal y un pequeño neumoperitoneo.

Resultados: Por lo anterior, se consideró llevar a laparoscopia exploratoria, en la cual se identificó líquido turbio seropurulento en los cuatro cuadrantes, membranas de fibrina y perforación en región antropilórica. Se hizo rafia primaria y posterior colocación de parche omental. Tuvo adecuada evolución posquirúrgica, sin complicaciones.

Conclusiones: Se muestra un caso exitoso de manejo laparoscópico de ulcera péptica perforada. El manejo de la ulcera péptica perforada por vía laparoscópica disminuye la morbimortalidad.

02 - ID401

Pieloureterostomía proximal por laparoscopia para obstrucción de pelvis renal en sistema colector duplicado

Nicolás Dayam Rosales Parra; Juliana Lucía Molina Valencia; Daniela Valdés Giraldo; Carolina Salazar Palacio; Walter David Romero Espitia

Universidad de Antioquia, Medellín
nicolasrosalesp@outlook.com

<https://drive.google.com/file/d/1fII1XhtL1QZJBRdiPvRFWcaHd7TNlx3r/view?usp=sharing>

Introducción: La duplicación ureteral es la malformación más común de esta estructura y puede ser parcial o completa. La mayoría de los casos son asintomáticos, sin embargo, presentan más infecciones urinarias y se asocian a reflujo ureteroureteral, obstrucción ureteropélvica del sistema inferior, reflujo vesicoureteral, ureterocele e inserción ectópica del uréter. El tratamiento de la obstrucción ureteropelvica depende del compromiso renal existente en el momento de la intervención, desde la derivación mediante ureteroureterostomía hasta la nefrectomía

Métodos: Presentación de caso de paciente femenina de 11 años con estenosis pieloureteral bilateral más doble sistema pielocolelector derecho, a quien le realizaron dilataciones de la unidad izquierda y corrección quirúrgica de la derecha.

Resultados: El video muestra el ingreso umbilical con técnica abierta, paso de trocares auxiliares, medialización de ángulo hepático del colon, para visualizar la pelvis renal dilatada. Se disecciona y evidencia doble sistema colector; se realizó sección completa del sistema inferior, con resección de segmento comprometido. Se confeccionó una pieloureterostomía proximal termino-lateral, previo paso de catéter doble JJ. La paciente tuvo alta temprana.

Conclusiones: El manejo preservador clásico en esta patología es el reimplante ureteral en doble cañón, sin embargo, Chacko presentó casos con técnica abierta de pieloureterostomía, donde solo dos pacientes requirieron cirugías posteriores por persistencia del reflujo vesicoureteral y los demás cursaron con adecuada evolución. González reportó 8 casos con abordaje transperitoneal laparoscópico con alta tasa de efectividad, pocas complicaciones y bajo tiempo de recuperación.

Aunque la literatura sobre la pieloureterostomía es escasa, especialmente en cirugía mínimamente invasiva, la información disponible demuestra una alta tasa de éxito, pocas complicaciones, recuperación corta y buen resultado estético, por lo que este abordaje se perfila como el estándar.

02 - ID866

Reparo quirúrgico traqueal durante esofagectomía mínimamente invasiva asistida por robot en cáncer de esófago posterior a neoadyuvancia

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Jorge Luis Vélez; Silvia Inés Guerrero Macías; Helena Facundo Navia; Juliana Rendón Hernández; Mario Arturo Rey Ferro; Ana Deise Bonilla Castañeda; Mario Arturo Abadía
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
rpinillam@cancer.gov.co

<https://drive.google.com/uc?id=19L-xK0tIPQyH8Je8EBljewDiuoMgwjN&export=download>

Introducción: Las lesiones traqueobronquiales durante una esofagectomía son complicaciones poco frecuentes, que ocurren en el 0,6 al 3,9 %, pero se asocian a una importante morbilidad y mortalidad. Se describe un origen multifactorial, anatómico y mecánico, incluyendo la radioterapia

y quimioterapia preoperatoria (especialmente la dirigida al tratamiento del cáncer esofágico de tercio medio en estadio avanzado) y la edad por encima de los 65 años.

Métodos: Describimos el abordaje quirúrgico asistido por robot para el reparo primario de una lesión traqueal durante una esofagectomía en una paciente con carcinoma escamocelular de esófago cT3N3M0, quien había recibido esquema CROSS en otra institución un año antes de la cirugía y asistió con síntomas de disfagia. En los estudios preoperatorios se documentó una estenosis esofágica puntiforme, alteración de la grasa periesofágica y anillo estenótico traqueal, sin enfermedad a distancia.

Resultados: En este video se muestra el abordaje quirúrgico para la esofagectomía mínimamente invasiva asistida por robot, con hallazgo intraoperatorio de lesión traqueal, y su reparo en el mismo tiempo operatorio. Procedimiento realizado sin complicaciones. Estancia hospitalaria: 14 días. Reporte de patología: Antecedente de carcinoma de células escamosas, estado post esquema CROSS, sin tumor residual viable. Seguimiento a 11 meses: sin recaída.

Conclusiones: En la literatura se describen las lesiones traqueobronquiales posteriores a esofagectomía como complicaciones raras, pero que implican una alta morbilidad y, según la evolución, igualmente una importante mortalidad. El mejor manejo es el reparo quirúrgico, especialmente si la lesión se diagnostica durante una cirugía esofágica, si la longitud del defecto es mayor 2,5 cm y esta se localiza a nivel intratorácico. Uno de los factores más importantes que influyen en la evolución clínica del paciente es el diagnóstico temprano de la lesión y su apropiado abordaje quirúrgico.

02 - ID500

Resección videotoracoscópica de un ganglioneuroblastoma mediastinal izquierdo masivo. Reporte de un caso exitoso sin recaída a los 5 años de seguimiento

Jimmy Katherine Lopera Rodríguez; Walter David Romero Espitia; Tatiana Chinkovsky Ríos; Juan Andrés Araque Panesso

Universidad de Antioquia, Medellín

katherinne.lopera@udea.edu.co
<https://drive.google.com/file/d/156B6OgmXVHfkUZitok5VIOYE-SWnmQh1/view?usp=sharing>

Introducción: Los tumores de mediastino en niños son poco frecuentes y corresponden al 3 % del total de las indicaciones de las cirugías de tórax en los niños. El neuroblastoma es el tumor extracraneal sólido más frecuente en la infancia, que puede originarse a lo largo de toda la cadena simpática; la localización más frecuente es la abdominal (75 %), seguido de la torácica (mediastino posterior 18-20 %) y otras como la cervical o pélvica.

Métodos: Presentación de caso de una paciente de 21 meses, que es traída por síntomas respiratorios bajos. Realizaron radiografía de tórax con hallazgo de lesión mediastinal posterosuperior izquierda. Se ordenó una tomografía contrastada de tórax, que reportó masa localizada en mediastino posterior y superior izquierdo, de 5x5x7 cm, en cercanía a estructuras vasculares. La biopsia guiada por tomografía informó ganglioneuroblastoma. Se clasificó como estadio 3, se dieron 4 ciclos de quimioterapia de inducción y fue llevada a cirugía por abordaje videotoracoscópico, encontrando un tumor mediastinal posterosuperior, el que se resecó en su totalidad.

Resultados: La paciente presentó fistula de quilo en el postoperatorio, que fue manejada médicamente, con una adecuada evolución. En el seguimiento, sin evidencia de recaída a los 5 años.

Conclusiones: El ganglioneuroblastoma, como presentación de tumor mediastinal posterior, puede ser resecado por medio de la cirugía mínimamente invasiva (videotoracoscopia), siguiendo los principios oncológicos, con una adecuada exposición y una resección completa, obteniendo excelentes resultados.

02 - ID1000

Tratamiento quirúrgico de la hipertensión secundaria y sus manifestaciones intraoperatorias

Fernando Arias Amézquita; Alma Vanessa Burbano Erazo; José Daniel Guerra Toro

Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad de los Andes

fernando.ariasmd@gmail.com
https://drive.google.com/file/d/1P1oaZLuyiaH2_R2eBm6noeMMfsLSeExa/view?usp=drive_web

Introducción: Se presenta el caso de un hombre de 20 años quien consultó por elevación de cifras tensionales en múltiples medidas y evidencia de imagen ovalada retroperitoneal izquierda, de 3 centímetros, en una tomografía de abdomen realizada 2 años atrás en urgencias por dolor abdominal. Al tratarse de un paciente menor de 30 años, con IMC normal y sin antecedentes familiares de hipertensión, se sospechó hipertensión secundaria a un tumor productor de catecolaminas.

Métodos: Se solicitaron catecolaminas en orina, con valores de normetanefrina elevados, y un PET galio, con evidencia de lesión nodular sólida paraaórtica, caudal a los vasos renales, con sobreexpresión de receptores de somatostatina. Se llevó a cirugía por laparoscopia, con hallazgo de masa de 4 centímetros y picos hipertensivos durante la manipulación de la misma.

Resultados: Se logró la resección del tumor retroperitoneal, En el postoperatorio se suspendieron los antihipertensivos y se dio egreso al segundo día, sin complicaciones. Las cifras tensionales han sido normales en los controles postoperatorios.

Conclusiones: Este caso ilustra la factibilidad de la resección por laparoscopia de tumores retroperitoneales funcionales, como los paragangliomas. Una preparación preoperatoria adecuada, técnica cuidadosa y un equipo multidisciplinario experimentado son recomendables en estos casos.

02 - ID579

Tumor del estroma gastrointestinal: video-infografía de una técnica quirúrgica alterna a lo usual

Romario Chanci Drago; Natalia Guzmán Arango; Pablo Posada Moreno; Hernán Darío Restrepo Restrepo; Gabriel Arroyave Uribe; Isabel Molina Céspedes

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín

romariochancidrago@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1zF25cP1xsQt1xk2-s0-bgyH1ZNywxJqv/view?usp=sharing>

Introducción: Nuestro video presenta el caso clínico de una mujer de 77 años, a quien de forma incidental, por medio de una tomografía de abdomen contrastada, se le detectó una lesión nodular de 2 centímetros de diámetro, de localización a nivel del yeyuno distal, sugestiva de tumor del estroma gastrointestinal. Este tipo de neoplasias se originan a partir de las células intersticiales de Cajal, a nivel del plexo mientérico de la capa muscular del tracto gastrointestinal. La incidencia es de 8 casos por millón/año, lo cual corresponde al 2 % de los tumores gastrointestinales. El objetivo central de la infografía presentada fue mostrar el proceso de anastomosis intestinal realizado.

Métodos: Se definió manejo quirúrgico de la lesión encontrada vía laparoscópica, el cual comprendió una resección del segmento afectado asistido por energía avanzada, asociado a una anastomosis término-terminal manual continua, a nivel intracorpóreo, con material de sutura absorbible de larga duración, a través de un plano seromuscular, que se muestra en el video quirúrgico.

Resultados: El estudio histopatológico y de inmunohistoquímica del espécimen quirúrgico confirmaron la sospecha imagenológica, un tumor del estroma gastrointestinal tipo fusocelular, de bajo riesgo según la clasificación de Fletcher (dos centímetros de diámetro y una mitosis en 10 campos de gran aumento), con márgenes de resección negativos a los 0,3 centímetros.

Conclusiones: El procedimiento descrito es una alternativa a la técnica de anastomosis con sutura mecánica en sentido latero-lateral, que es el procedimiento usualmente practicado en este tipo de casos.

Cirugía general

02 - ID702

Apéndice difícil y su manejo laparoscópico

Diana Carolina Rocha Mora; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Andrés Ariza; Michel Lepesquer Salleg; Nayib De Jesús Zurita Medrano

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

dianacrocham@gmail.com

<https://docs.google.com/presentation/d/1tlovCya2neGPDxGh4eYWw8DOvNcmL5ZT/edit?usp=sharing&oid=101587282583749757489&rtpof=true&sd=true>

Introducción: En la apendicitis aguda complicada el diagnóstico se realiza por el aspecto macroscópico durante el transoperatorio o por el estudio histopatológico, identificando un apéndice necrosado o perforado, o con un absceso pélvico y peritonitis generalizada. Su tratamiento continúa siendo la apendicectomía, sea con abordaje abierto o laparoscópico. Con el tiempo, la laparoscopia ha ganado amplia aceptación teniendo en cuenta que se presentan menos infecciones de sitio operatorio, menor dolor posoperatorio, una recuperación más rápida.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 30 años de edad, sin antecedente de importancia, quien ingresó con cuadro de un día de dolor en fosa iliaca derecha, con leucocitosis y neutrofilia. Se llevó a cirugía y al ingresar a cavidad se observó una ubicación retrocecal, con dificultad para la visualización completa, por lo que se disecó y se realizó maniobra de Cattell con energía bipolar, y teniendo un mejor contacto con el apéndice, para evitar perforación accidental y por ende complicaciones, como focos infecciosos. Se pasó endosutura con grapadora en la base apendicular para disminuir el riesgo de fuga.

Resultados: Se logró llevar a cabo la apendicetomía con éxito mediante el abordaje laparoscópico. La cirugía culminó sin complicaciones, el paciente permaneció hospitalizado por dos días y finalmente egresó en buenas condiciones.

Conclusiones: Se presenta un caso exitoso, tratado con disección atípica sosteniendo el meso y realizando maniobra de Cattell y posterior ligadura de base con sutura mecánica, para tener mayor maniobrabilidad del apéndice y disminuir el riesgo de complicaciones.

02 - ID857

Apendicectomía por laparoscopia en una variante anatómica

Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto

Lozano De Ávila; Michel Lepesqueur Salleg; Emily Johanna Hernández Aguilar; Sara Herrera
 Universidad del Sinú - seccional Cartagena
 nazume73@hotmail.com
<https://drive.google.com/file/d/1vGWJ2128Q7u2ccjI CcDgFEdv1IMHtRH/view?usp=drivesdk>

Introducción: La apendicectomía por laparoscopia es un procedimiento que ha venido ganando terreno, al día de hoy, dentro de la actividad del cirujano general, lo que hace que se enfrente a diferentes variantes anatómicas y complicaciones propias de la apendicitis aguda. El objetivo de este trabajo fue presentar una variante anatómica del apéndice, que demuestra la viabilidad del procedimiento frente a este tipo de hallazgos intraoperatorios.

Métodos: Presentación de caso de una paciente de 36 años, con apéndice cecal en fase 3 según la clasificación de Gómez, ubicada en una variante anatómica que se encuentra en menos del 1 % de los pacientes, en este caso subhepática. En el video quirúrgico se demuestra la viabilidad del procedimiento para realizar una apendicectomía por laparoscopia.

Resultados: Paciente con buena evolución transoperatoria, sin complicaciones o dificultades técnicas para el desarrollo de la apendicectomía por laparoscopia, a pesar de la posición anómala del apéndice dentro de la cavidad abdominal.

Conclusiones: La apendicectomía por laparoscopia permite al cirujano general ofrecer mejores resultados frente a una multiplicidad de presentaciones de la patología apendicular aguda, sin necesidad de cambios de posición de los trocares o del equipo quirúrgico y sin aumento de los tiempos transoperatorios, con una recuperación pronta del paciente, lo cual la convierte en un procedimiento ideal para el abordaje de la apendicitis aguda.

02 - ID450

Cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS)

Cesar Stiven Torres Morón; Rafael García Duperly; Mauricio Pedraza Ciro; Javier Alejandro Carrera Siachoque

Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad El Bosque
 cesarstm19@gmail.com
<https://drive.google.com/file/d/148J6kDTy0QpBivZDnWsszy7dkpBTxTpX/view?usp=sharing>

Introducción: La cirugía transanal mínimamente invasiva surge como alternativa a la resección transanal convencional, al evolucionar la cirugía transanal endoscópica, con mejores resultados intra y postoperatorios. El objetivo de este video fue presentar el caso de un paciente con lesión de recto, compatible con adenoma vellosa, quien fue sometido a cirugía transanal mínimamente invasiva.

Métodos: Paciente masculino de 55 años, sin antecedentes personales o familiares de importancia, quien consultó a coloproctología por cuadro de 3 meses de evolución de sensación de tenesmo rectal, asociado a rectorragia autolimitada. Al examen físico se encontró una masa de 3 × 4 cm, cuya biopsia fue compatible con adenoma vellosa con displasia de bajo grado.

Resultados: En el vídeo se presenta la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS). No se presentaron complicaciones intra o postoperatorias. A los 3 meses de seguimiento no hubo signos de recurrencia. El paciente continúa en seguimiento clínico, completando 3 años de seguimiento.

Conclusiones: La cirugía transanal mínimamente invasiva es un procedimiento con muy buenos resultados postoperatorios, con una baja morbilidad posoperatoria. Es curativa para lesiones benignas y para pacientes con cáncer temprano seleccionados.

02 - ID768

Colecistectomía difícil por laparoscopia realizada en 10 pasos

Carlos Alberto Lozano De Ávila; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Karen Juliette García García; Vanessa Duque Atencio; Juan José Alzamora Pérez; Valentina Porto Eljaiek

Universidad del Sinú - seccional Cartagena
 clozanod10@icloud.com

<https://unisinuedu-my.sharepoint.com/:v:/g/>

[personal/carloslozano_unisinu_edu_co/EYXMx9i1nUFAsymHHC7yl_MBUstf2VKM9DBykn8TjtDzqw?e=Eusmqj](https://www.youtube.com/watch?v=pR3DmkPlb8k)

Introducción: Paciente masculino de 34 años, con antecedente de colelitiasis sintomática de aproximadamente un año de evolución, que le motivó a acudir a consulta. Al examen físico se encontró abdomen globoso, blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal ni megalias. Contaba con perfil hepatobiliar sin alteraciones y ecografía de abdomen que reportaba colelitiasis. Se determinó que el paciente cursaba con colelitiasis sintomática de larga data, con bajo riesgo de coledocolitiasis y se motivó a colecistectomía por laparoscopia ambulatoria.

Métodos: Grabación de video quirúrgico de la intervención quirúrgica. Al ingresar a la cavidad abdominal se encontró la vesícula de paredes engrosadas, con presencia de cálculos enclavados. Se disecó del lecho hepático por medio de energía monopolar, se identificaron arteria y conducto cístico y se procedió, dado a grosor del conducto cístico, a clipado y sutura con carga mecánica. Se retiró la pieza quirúrgica, se lavó el lecho quirúrgico, se verificó hemostasia, se colocó dren, se retiraron trócares y se suturaron las heridas.

Resultados: Se practicó una adecuada técnica quirúrgica, sosteniendo las pautas de seguridad, para obtener resultados favorables postoperatorios, evitando eventos adversos intraoperatorios.

Conclusiones: La colecistectomía por laparoscopia se debe llevar a cabo teniendo en cuenta las pautas de seguridad.

02 - ID859

Colecistectomía difícil: Implementando nuevas técnicas de disección en frío del triángulo de Calot

Nayib De Jesús Zurita Medrano; Sara Herrera Mendoza; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Oscar David Ocampo Henao; Rafael Mauricio Durango Herazo

Universidad del Sinú - seccional Cartagena
 nayib.zurita@unisinu.edu.co

<https://www.youtube.com/watch?v=pR3DmkPlb8k>

Introducción: En la actualidad se considera la colecistectomía vía laparoscópica el estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la vesícula biliar. Existen diferentes métodos para realizar la disección del triángulo de Calot y del lecho hepático, pero en la literatura no encontramos reportes donde se realice la disección “en frío”, con tijera como método para realizar la disección.

Métodos: Presentamos un paciente masculino de 58 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus tipo II, que fue llevado a colecistectomía vía laparoscópica evidenciando una clasificación de Parkland III con piocolecisto. Se hizo la disección del triángulo del Calot y el lecho hepático en frío con tijera (técnica original del autor).

Resultados: Se logró llevar a cabo la colecistectomía mediante un abordaje laparoscópico exitoso, con el uso de técnicas de disección en frío, con el uso de tijera para la disección del triángulo de Calot y así exponer la visión crítica de Strasberg, y la disección del lecho hepático, sin evidenciar sangrado activo. La cirugía finalizó sin complicaciones y el paciente egresó a la recuperación. Acudió al control ambulatorio sin complicaciones.

Conclusiones: Se presenta un caso exitoso de cirugía laparoscópica en un paciente con colecistectomía difícil Parkland III, tratado con disección en frío con tijera. Se resaltan los factores que nos llevaron a considerar este caso como colecistectomía difícil, pero las maniobras realizadas de sujeción, manipulación, disección y extracción, nos permiten considerar que esta técnica no es imposible de realizar, y facilita el procedimiento.

02 - ID789

Colecistectomía laparoscópica con variante anatómica de arteria cística anterior

Carlos Alberto Lozano De Ávila; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Karen Juliette García García; Vanessa Duque Atencio; Juan José Alzamora Pérez; Valentina Porto Eljaiek

Universidad del Sinú - seccional Cartagena; Cirugía

Mínimamente Invasiva S.A.S.
clozanod10@icloud.com

https://unisinuedu-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/carloslozano_unisinu_edu_co/EVkfDNfcx9VBhue-BYgKs2UBsri1Jz9JUERiVToa6I3DxQ?e=2kfuAy

Introducción: Paciente femenina de 35 años, con historia de un año de evolución de colelitiasis sintomática, sin ictericia. Al examen físico se encontró abdomen globoso, depresible, sin dolor abdominal ni signos irritativos. La ecografía hepatobiliar confirmó colelitiasis y el perfil hepatobiliar no tenía alteraciones. Se determinó que cursaba con colelitiasis sintomática, con bajo riesgo de coledocolitiasis y se motivó a colecistectomía por laparoscopia.

Métodos: Grabación de video quirúrgico de intervención. Se desarrolló la intervención quirúrgica teniendo presente la cultura de colecistectomía segura, logrando identificar una variación anatómica en la presentación de la arteria cística y posteriormente el conducto cístico.

Resultados: Se logró completar la intervención quirúrgica sin complicaciones ni eventos adversos en el transoperatorio y el período postquirúrgico.

Conclusiones: Se alcanzó un aprendizaje de la técnica quirúrgica siguiendo las pautas de seguridad.

02 - ID1014

Colecistectomía laparoscópica en frío en paciente cirrótico

Oscar David Ocampo Henao; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Rafael Mauricio Durango Herazo; Camilo Andrés Viaña Ghisays

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Oscardavid0528@hotmail.com

<https://youtu.be/63WIP6D6UNc>

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 58 años de edad, con antecedente de cirrosis hepática Child-Pugh A, quien consultó al servicio de urgencias por presentar dolor en hipocondrio derecho, asociado a náuseas y emesis. Realizaron exámenes y las imágenes documentaron

colelitiasis con colecistitis, motivo por el cual fue llevado a cirugía.

Métodos: Se presenta el video filmado durante la cirugía laparoscópica. Se realizó colecistectomía laparoscópica en frío, con ayuda de la tijera laparoscópica, así se evitó el uso de energía, disminuyendo la probabilidad de lesión hepática.

Resultados: Se realizó la resección fundocística dado la complejidad del caso, por tratarse de un paciente con colecistitis y cirrosis hepática. Se terminó el procedimiento sin complicaciones.

Conclusiones: Se pueden tener alternativas quirúrgicas en cuanto al uso de instrumentos. En este caso, con la disección en frío, se evitó exponer el hígado a algún tipo de lesión por energía.

02 - ID627

Colocación de prótesis biliar metálica por colangioscopia percutánea transhepática con Spyglass. Una opción válida en paciente con duodeno inaccesible

David Raúl Cerra Ortegón; Jesús María Pérez Orozco; Hernando Enrique Thorne Vélez; Darit Alfonso Molinares Pérez; Alejandro Alfonso Bedoya Rinaldi; Ana María Garcés Pérez; Rafael Eduardo Arraut Gámez

Hospital General de Barranquilla; Universidad Libre - seccional Barranquilla

daxt91@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/17x9hCCvDcjNGFLNd0P7uTGr8E8Exp/view?usp=sharing>

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de la estenosis biliar maligna, sigue siendo un reto clínico-quirúrgico, que involucra a diferentes especialidades. El colangiocarcinoma es una de las principales causas de obstrucción biliar maligna, con mayor frecuencia a nivel del hilio hepático. El abordaje endoscópico por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es la primera opción terapéutica descompresiva de la vía biliar en la mayoría de los centros. Sin embargo, no siempre es posible lograr el acceso por esta vía, debido a la necesidad obligada de duodenoscopia.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 73 años, con antecedente de gastrectomía subtotal y gastro-yeyuno-anastomosis Billroth II, quien

consultó con colangitis aguda secundaria estenosis biliar maligna por probable colangiocarcinoma Bismuth I según el diagnóstico imagenológico. Se realizaron dos intentos de CPRE, sin éxito por imposibilidad de acceso a duodeno. Entonces, fue llevado a drenaje biliar transparietohepático por radiología intervencionista.

Resultados: Paciente con calidad de vida reducida debido al uso de drenaje y bolsa permanente, por lo que, en Junta Médica se decidió llevar a colangioscopia por vía transparietohepática, con toma de biopsia y colocación de prótesis metálica. Se logró completar el procedimiento de drenaje, biopsia y colocación de prótesis de forma exitosa, con marcada mejoría de la calidad de vida del paciente al ser retirado el drenaje transparietohepático de forma definitiva.

Conclusiones: La colangioscopia por vía percutánea demuestra ser una vía de acceso endoscópico alternativo en caso de imposibilidad de duodenoscopia, permitiendo realizar tanto el diagnóstico como el tratamiento de la estenosis biliar maligna, sin repercusiones importantes en la calidad de vida del paciente.

02 - ID452

Colostomía tipo Hartmann laparoscópica en paciente con peritonitis purulenta

Ernesto González Ballén; Luis Felipe Cabrera Vargas; Daniel Gómez; Andrés Mendoza Zuchini; Diego Fernando Salcedo Miranda; Sebastián Sánchez Ussa; Mauricio Pedraza Ciro

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

egonzalezb@unbosque.edu.co

<https://drive.google.com/file/d/1LgQsHeLJguDLdnYbxSVMevnIabxxJBk/view?usp=sharing>

Introducción: El uso de laparoscopia en escenarios complejos, como la realización de colostomía tipo Hartmann en el paciente crítico, ha demostrado con éxito la disminución en el íleo postoperatorio, duración de la estancia hospitalaria, dolor postoperatorio, infección del sitio quirúrgico y hernia ventral, en comparación con el abordaje por vía abierta. El objetivo de este video fue mostrar un caso en donde se presenta

nuestra experiencia en la realización de colostomía tipo Hartmann por vía laparoscópica de emergencia en un paciente crítico.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 37 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias por cuadro dolor abdominal, asociado a respuesta inflamatoria clínica y paraclínica. Al momento de la valoración, se encontraba en choque séptico asociado a abdomen agudo, por lo que se consideró la necesidad de manejo quirúrgico con laparoscopia diagnóstica.

Resultados: Se inició la cirugía con una revisión sistemática de la cavidad, visualizando perforación del colon sigmoide con peritonitis Hinchey 3. Se practicó un procedimiento de Hartmann laparoscópico de emergencia. El reporte de la patología evidenció necrosis transmural del sigmoide con perforación, sin otros hallazgos, descartando patología neoplásica.

Conclusiones: El procedimiento de Hartmann laparoscópico de emergencia es un reto para el cirujano debido al proceso inflamatorio que involucra el colon y las estructuras adyacentes, lo que dificulta la cirugía debido a que los planos tisulares están mal definidos. Sin embargo, no es una contraindicación porque permite realizar una reanimación fisiológica adecuada junto con un apropiado manejo quirúrgico, generando grandes beneficios en esta población altamente mórbida. El procedimiento de Hartmann laparoscópico de emergencia es efectivo y seguro para el manejo del paciente crítico en choque séptico de origen abdominal, ya que disminuye las morbilidades asociadas al abordaje abierto.

02 - ID695

Conducto subvesicular (Luschka) tipo III, documentación y manejo laparoscópico intraoperatorio.

Carlos Julio Calderón Salazar; María Fernanda Jiménez Ayala

Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C.

calderons.carlos@hotmail.com

<https://1drv.ms/v/s!AlQ6D09EF1eX4g0FLQhGPswPrqJ->

Introducción: Los conductos subvesiculares, mal llamados conductos de Luschka, fueron documentados inicialmente en 1863 por Hubert Luschka. Correspondían a una red microscópica de ductos en la placa cística, descritos inicialmente como conductos linfáticos, a diferencia de los conductos subvesiculares, los cuales corresponden a redes accesorias biliares que drenan directamente al conducto hepático derecho. Tiene una prevalencia de 4 % y un diámetro medio de 2 mm. Existen cuatro subtipos: los subtipos 1 y 2 representan conductos seccionales posteriores derechos, reemplazados o accesorios, respectivamente, que discurren por detrás de la placa cística. Estos son probablemente los subtipos más comunes y pueden lesionarse si el cirujano está debajo de la placa cística. El subtipo 3 es un conducto hepaticocolecístico, que drena la bilis desde el sistema ductal derecho directamente hacia la vesícula biliar, y el subtipo 4 involucra una red de pequeños conductos biliares dentro del tejido conectivo de la fosa de la vesícula biliar.

Métodos: En el video se presenta el caso de una mujer de 76 años, con cuadro de colecistitis aguda, llevada a colecistectomía laparoscópica. Durante la cirugía se evidenció un conducto subvesicular tipo 3, con diámetro de aproximadamente 1,5 mm.

Resultados: Se realizó manejo intraoperatorio con clip metálico LT300 y se alojó dren de Blake en lecho quirúrgico, con adecuada respuesta, sin drenaje biliar en el posoperatorio. Se dio egreso sin complicaciones.

Conclusiones: Los conductos subvesiculares corresponden a una variante anatómica de la vía biliar, que han sido categorizados inclusive como una lesión de vía biliar Strasberg A. La adecuada identificación y manejo intraoperatorio evitan complicaciones inmediatas o mediatas en los pacientes con esta condición.

02 - ID529

Corrección de hernia hiatal con un sustituto biológico de origen porcino

Carlos Lopera; Ivette Sarai González Dorado; Jean Pierre Vergnaud Córdoba
Clínica SOMA, Medellín

calopera@yahoo.es

https://drive.google.com/file/d/1MXdp7Rl09sa5XBoSjKxaB_guoUbWb742/view?usp=drive_web

Introducción: La hernia hiatal es una patología cuyos síntomas se relaciona con el tamaño del defecto herniario y son evidentes si el paciente cursa o no con reflujo gastroesofágico. Su manejo ha sido debatido por las altas tasas de recidiva y el abanico de opciones va desde reparo con puntos simples hasta colocación de prótesis sintéticas o biológicas.

Métodos: En el video se presenta el caso de una paciente de 71 años con hernia hiatal gigante de 8,1 cm, confirmada por endoscopia y manometría, quien fue llevada a corrección quirúrgica de la hernia más colocación de una malla biológica de duramadre porcina junto con cirugía antirreflujo tipo Toupet.

Resultados: La corrección de la hernia hiatal gigante de 8,1 cm se hizo por vía laparoscópica, mediante cierre primario de los pilares del diafragma con puntos separados de Ethibond 2-0 y refuerzo con plellets. Posteriormente se posicionó un sustituto biológico, de duramadre de origen porcino, para reforzar el cierre del hiato. Adicionalmente se practicó una funduplicatura tipo Toupet, ya que la paciente cursaba con reflujo gastroesofágico. El procedimiento transcurrió sin ninguna complicación, con tolerancia a la vía oral el día siguiente, y egreso. En el control ambulatorio a la semana, se encontró en buen estado general, sin los síntomas referidos previamente.

Conclusiones: El manejo de las hernias hiatales mediante cierre primario con sutura interrumpida más uso de un sustituto biológico de origen porcino es un procedimiento novedoso, pero seguro y factible en pacientes con hernias gigantes, en los que se quiere fortalecer un cierre más natural de la hernia.

02 - ID467

Corrección laparoscópica de hernia diafragmática traumática crónica

Tatiana Barragán; Federico López; Mónica Restrepo; Jesús Vásquez

Hospital Manuel Uribe Ángel, Envigado;
 Universidad CES; Universidad Militar Nueva
 Granada
 tatianabarraganb@hotmail.com
https://drive.google.com/file/d/19hGNQf47h7bAGiMRX_QGGJcpZmPIgmp9/view?usp=sharing

Introducción: Paciente de 69 años que consultó por dolor torácico izquierdo y disnea moderada de 4 días; al interrogatorio refirió laparotomía hacía 20 años, por heridas penetrantes por arma cortopunzante. Se realizó tomografía de tórax contrastada encontrando gran hernia diafragmática izquierda que contenía asas de intestino delgado, omento mayor y colon izquierdo.

Métodos: Se realizó la cirugía por vía laparoscópica, donde se redujo y se suturó la hernia diafragmática. A través del defecto herniario se realizó la toracoscopía y se demolieron las adherencias pleurales que no permitían una adecuada reexpansión pulmonar; con maniobras de Valsalva se aseguró la adecuada expansión pulmonar y al finalizar cirugía se dejó una sonda a tórax izquierda. Además, se instaló una malla Symbotex® en la cara abdominal del diafragma, para evitar recurrencias.

Resultados: El paciente evolucionó satisfactoriamente; al siguiente día posoperatorio toleró la dieta, con dolor modulado, deambulando. Se dio de alta con cita de control por consulta externa, donde a la auscultación el paciente presentaba un adecuado murmullo vesicular y no había síntomas ni signos clínicos que hicieran sospechar recidiva de la hernia diafragmática.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico para esta patología, ya sea urgente o electivo, es una excelente opción pues permite reducir la hernia y realizar una valoración torácica y abdominal. El abordaje laparoscópico tiene excelentes resultados, disminuye el dolor posoperatorio, el tiempo de estancia hospitalaria y el trauma quirúrgico, además estética y técnicamente representa una ventaja para el paciente y el cirujano.

02 - ID610

Cuerpo extraño en yeyuno, diagnóstico y manejo laparoscópico

Adriana Patricia Córdoba Chamorro; Sergio Camilo Ayala Pérez
 Clínica del Country, Bogotá, D.C.
 camilo.ayala.md@gmail.com
<https://drive.google.com/file/d/1hSwGR97jbdmitH9b2d-1VozlibWHXlhk/view?usp=sharing>

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños durante la alimentación es frecuente, siendo las espinas de pescado y los huesos de pollo los más comunes. Suelen ocurrir accidentalmente en personas alcohólicas, con enfermedad mental o que usan prótesis dentaria. Generalmente atraviesan el tubo digestivo sin causar daño y son expulsadas cerca de los 7 días de su ingestión. Sin embargo, pueden producir complicaciones como perforación y obstrucción, siendo afectadas comúnmente la zona ileocecal y rectosigmoidea, por su angulación. El objetivo de este video fue presentar el caso de un paciente adulto con ingesta accidental de un cuerpo extraño, en quien se hizo manejo laparoscópico.

Métodos: Paciente masculino de 54 años, sin antecedentes, quien consultó por dolor abdominal de 20 días de evolución posterior a la ingesta de pescado. Por imágenes se documentó un cuerpo extraño, con probable localización en yeyuno, sin complicaciones asociadas.

Resultados: Teniendo en cuenta el tiempo de evolución, así como la localización del cuerpo extraño y los síntomas, se realizó laparoscopia diagnóstica, con el hallazgo de un elemento filiforme, metálico y punzante en yeyuno proximal, que perforaba el asa intestinal, sin otras complicaciones en cavidad abdominal. Se hizo la resección con enterorrafia laparoscópica. La evolución fue favorable, con egreso a las 48 horas.

Conclusiones: La impactación de estos cuerpos extraños puede estar favorecida por adherencias, procesos diverticulares o anastomosis quirúrgicas. En el diagnóstico, las imágenes son indispensables. A pesar de ello, es el diagnóstico intraoperatorio (91 %) el certero y terapéutico. El tratamiento quirúrgico incorpora desde enterorrafias hasta resecciones intestinales. Son hallazgos poco frecuentes, que representan un reto quirúrgico.

02 - ID812

Desafíos de una colecistectomía difícil

Carlos Alberto Lozano De Ávila; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Karen Juliette García García; Vanessa Duque Atencio; Juan José Alzamora Pérez; Valentina Porto Eljaiek

Universidad del Sinú - seccional Cartagena; Cirugía Mínimamente Invasiva S.A.S.
clozanod10@icloud.com

https://unisinuedu-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/carloslozano_unisinu_edu_co/EariQEQUARNFmxEzIx7SKeIBnn4n9kqGCBt6l34DcS0ncw?e=iXfshO

Introducción: Paciente masculino de 56 años, sin antecedentes de importancia, que ingresó al servicio de urgencias con un cuadro clínico de dolor abdominal de 2 días de evolución, con fiebre no cuantificada en casa. En la anamnesis refería dolor persistente, que se acentuaba a la ingesta de alimentos y posteriormente cesaba. Durante la exploración clínica en el examen físico se notó abdomen en tabla, doloroso en hipocondrio derecho, sin irradiación, con signos de irritación peritoneal y defensa muscular. Se realizó ecografía abdominal donde se evidenció colecistitis y colelitiasis, por lo que se prosiguió con manejo quirúrgico.

Métodos: Grabación de video quirúrgico de colecistectomía laparoscópica. Durante este abordaje se encontró una vesícula con clasificación Parkland V, líquido inflamatorio sugestivo de piocolecistoy conducto cístico engrosado. Mediante las pautas de seguridad y una adecuada técnica quirúrgica, se logró completar la colecistectomía, con evolución favorable postoperatoria.

Resultados: Aprendizaje de técnica quirúrgica siguiendo las pautas de seguridad.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica siguiendo las pautas de seguridad, sin eventos adversos intraoperatorios, permite alcanzar una adecuada evolución postoperatoria.

02 - ID969

Detección de ganglio centinela con técnica combinada (Infrarrojo y nanocoloide) en cáncer de mama

Oscar Rincón Barbosa; Diego Vanegas; William Sánchez Maldonado; Erika Tatiana Mendizábal Varon

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
kelmvelx@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1fckA4d70FkvzPs7aK5QX-XNDFzwx3Kzd/view?usp=sharing>

Introducción: El cáncer de seno es el cáncer de mayor incidencia a nivel mundial y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres. Dado que la tendencia de manejo actual procura la cirugía conservadora de seno, se requiere descartar compromiso ganglionar y la evidencia favorece el estudio de ganglio centinela, siendo el manejo estándar el uso combinado de azul de metileno y tecnecio radioactivo (99mTc). Sin embargo, el desarrollo de efectos secundarios, incluyendo shock anafiláctico, y la aparición de marcas de tatuaje, han hecho que no se generalice la recomendación del uso de la técnica de detección dual. Recientemente han aparecido estudios que favorecen el uso de infrarrojo con verde de indocianina, solo o con tecnecio radioactivo, sobre el manejo dual de azul de metileno con tecnecio radioactivo.

Métodos: Se hizo detección de ganglio centinela mediante verde de indocianina (infrarrojo) y comprobación mediante técnica de cintigrafía con tecnecio radioactivo, en una paciente con carcinoma de mama sometida a mastectomía, así como la comprobación de la perfusión en los colgajos diseñados para la cobertura del defecto.

Resultados: Se observó una adecuada detección de los ganglios centinelas con el uso de verde de indocianina, visualizándose el drenaje vascular linfático, en comparación con el uso de cintigrafía con tecnecio.

Conclusiones: El uso combinado de verde de indocianina con tecnecio parece ser útil en la detección de ganglio centinela, sin los efectos adversos del azul de metileno, pero se requiere de estudios adicionales para poder dar recomendaciones.

02 - ID684

Dissección fría en colecistectomía difícil

Diana Carolina Rocha Mora; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Andrés Ariza; Michel Lepesquer Salleg

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

dianacrocham@gmail.com

https://docs.google.com/presentation/d/1t3IjciFjxj1cSV0dG_wL-nbJRr3Iptq/edit?usp=sharing&ouid=101587282583749757489&rtpof=true&sd=true

Introducción: La necrosis vesicular es una complicación que se puede dar entre el 2 y 38 % de los casos de patología biliar, sin embargo, la mayoría son descubiertas durante la realización de la colecistectomía. La necrosis puede deberse a una combinación de estasis y aumento de la viscosidad de la bilis, irritación química secundaria a hiperconcentración de la bilis, infección bacteriana y, como resultado de estos fenómenos, se producen isquemia y necrosis de la pared vesicular.

Métodos: El video permite mostrar la experiencia y la técnica reproducible, en un caso con vesícula biliar difícil, tratado de manera exitosa mediante un abordaje laparoscópico para colecistectomía.

Resultados: Se logró llevar a cabo con éxito la colecistectomía, con el uso de disección en frío e hidrodisección, limitando en su totalidad la energía monopolar y protegiendo la vía biliar de lesiones secundarias por irradiación de calor.

Conclusiones: Se presenta un caso exitoso, tratado con disección en frío en un paciente con vesícula biliar difícil. A pesar de tratarse de una patología con alta tasa de requerimiento de conversión, el realizar dicha disección en frío, permitió tener mayor claridad en la creación de la visión de seguridad y proteger la vía biliar.

02 - ID1019

Enteroplastia serial transversa (STEP) duodeno yeyunal

Jaime Ramírez Arbeláez; Ricardo Leonel Arroyave Zuluaga; Luis Manuel Barrera Lozano; Andrés Becerra Romero; Cristian Muñoz García; Ana Sofía Ramírez Córdoba

Hospital San Vicente Fundación Rionegro; Universidad de Antioquia

jaime.ramirez@sanvicentefundacion.com

<https://youtu.be/ezzSciiphOE>

Introducción: El síndrome de intestino corto y ultracorto son una condición clínica compleja y una de las principales causas de falla intestinal. El manejo quirúrgico consiste en trasplante de intestino o cirugía de alargamiento intestinal. Existen varios tipos de alargamiento, como el descrito por Bianchi, que requiere múltiples anastomosis intestinales y presenta altas tasas de morbilidad. En 2003, Kim describió la enteroplastia serial transversa (STEP), que consiste en realizar zig-zag sobre el intestino dilatado, utilizando grapadora mecánica, con menos complicaciones. La técnica original se realiza después del ángulo de treitz, pero en este video nos propusimos describir la técnica con extensión hasta la segunda porción del duodeno.

Métodos: Paciente con antecedente de colecistectomía laparoscópica con múltiples perforaciones intestinales, que había requerido varios procedimientos quirúrgicos desde 2018, con resección intestinal masiva, dos intentos de reconstrucción intestinal, falla intestinal permanente, remanente del intestino con duodeno de longitud completa, yeyuno con 20 cm de longitud y dilatación de 10 cm.

Resultados: En 2021 fue llevada a procedimiento de STEP conservando diámetros de 2,5 cm hasta 4 cm. Se logró un alargamiento hasta 63 cm. Presenta tránsito intestinal, 2 deposiciones diarias, en desmonte de NPT, sin dependencia de LEV adicionales. Desarrolló fistula en una de las enterotomías, con débito menor de 100 ml.

Conclusiones: El intestino corto es un reto para los médicos y requiere de manejo interdisciplinario. El avance en la nutrición parenteral asociado al alargamiento intestinal STEP, mejora la tolerancia a la nutrición enteral, a la independencia de la nutrición parenteral y a evitar el trasplante de intestino.

02 - ID671

Hernia vesical como hallazgo incidental en herniorrafia por laparoscopia

Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Sebastián Bohórquez Garnica;

Andrés Felipe Ariza De Lavalle; Rafael Mauricio Durango Herazo

Universidad del Sinú - seccional Cartagena

nazume73@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/1xBiQ7U5qSSiLHaHNHZIGZD_cbXXMvz_/view?usp=sharing

Introducción: El objetivo de este video fue exponer la técnica quirúrgica correcta de la herniorrafia inguinal bilateral por TAPP, demostrando la posibilidad de corrección de hallazgos quirúrgicos inesperados. La hernia vesical está asociada a la hernia inguinal entre el 0,5 y el 3 % de los casos, hasta un 10 % en hombres mayores de 50 años, con una frecuencia mayor en el lado derecho (60 %). Su diagnóstico generalmente es transoperatorio. Ya que su cuadro clínico es generalmente inespecífico, es importante sospecharla en pacientes con síntomas obstructivos urinarios asociados a una hernia inguinal. Su tratamiento consta de la reducción de la herniación en el intraoperatorio con necesidad de cistectomía parcial en situaciones especiales.

Métodos: Video quirúrgico del caso clínico de un paciente de 63 años, remitido a la consulta externa de cirugía general con diagnóstico de hernia inguinal derecha. Se documentó la presencia de una hernia inguinal bilateral por lo que fue programado para herniorrafia inguinal bilateral por vía laparoscópica con malla 3D bilateral. El procedimiento tipo TAPP se realizó por técnica americana, con el uso de 3 puertos, uno umbilical por técnica abierta y dos puertos de trabajo paraumbilical derecho e izquierdo. Se talló el colgajo peritoneal extenso, documentando un deslizamiento de la vejiga sobre el defecto herniario directo derecho.

Resultados: Se logró la reducción del contenido herniario y la corrección del defecto con malla 3DMax® Light bilateral. El procedimiento de herniorrafia se realizó sin dificultades, con completa cobertura de los defectos.

Conclusiones: La hernia vesical es una hallazgo generalmente transoperatorio, que se puede resolver de forma inmediata, pero puede condicionar una complicación quirúrgica poco esperada.

02 - ID1006

Herniorrafia femoral encarcelada por laparoscopia

Oscar David Ocampo Henao; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Emily

Johanna Hernández Aguilar; Sara Herrera Mendoza

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Oscardavid0528@hotmail.com

<https://youtu.be/8SJ00G8Ao58>

Introducción: La hernia inguinal encarcelada es una urgencia quirúrgica frecuente en nuestro medio, pero las hernias femorales encarceladas no son tan frecuentes, sin embargo, cuando estas suceden, son en muchas ocasiones urgencias quirúrgicas. Las hernias femorales ocurren más frecuentemente en mujeres. La cirugía laparoscópica puede ser una vía de abordaje para el manejo de las hernias inguinales y femorales en el servicio de urgencias.

Métodos: En este video se abordó el caso de una paciente de mediana edad quien ingresó por dolor abdominal y se encontró con una hernia femoral encarcelada. Se realizó un abordaje mínimamente invasivo.

Resultados: Se realizó manejo laparoscópico para la corrección de la hernia, el cual fue satisfactorio, con buena evolución postoperatoria.

Conclusiones: Las hernias inguinales femorales son una patología frecuente en la población, con episodios de agudización que requieren intervenciones quirúrgicas de emergencia. El abordaje quirúrgico de emergencia es discutido y depende de la condición clínica del paciente y de la experiencia del cirujano. En nuestra región se usa con mayor frecuencia el abordaje vía abierta, o quirúrgico convencional, sin embargo, en este caso se puede evidenciar que el manejo laparoscópico es seguro, obteniendo resultados óptimos, sin aumentar los riesgos de complicaciones intra y postoperatorios.

02 - ID965

Hidradenitis supurativa, cuando el manejo medico no es suficiente

Oscar David Ocampo Henao; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Sara

Herrera Mendoza; Emily Johanna Hernández

Aguilar

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Oscardavid0528@hotmail.com

https://youtu.be/-3U8c_ZCh_4

Introducción: Se trata de una paciente de 36 años de edad con cuadro clínico de 17 años de hidradenitis supurativa, que había recibido múltiples tratamientos médicos, dermatológicos y antibiototerapia, sin embargo, dada persistencia de la sintomatología y no mejoría clínica, fue remitida al servicio de cirugía general. Al valorar la paciente se considera que presenta hidradenitis supurativa grado III, con limitación del desempeño social, por lo que se indica resección quirúrgica.

Métodos: El video quirúrgico describe la cirugía para manejo de hidradenitis supurativa.

Resultados: Se documentó un caso en el cual se realizó la resección quirúrgica de la axila derecha por hidradenitis supurativa grado III. Durante el proceso de recuperación de esta paciente se observó epitelización de la herida quirúrgica, con resolución definitiva de su cuadro clínico, mejorando así la calidad de vida de la paciente.

Conclusiones: La hidradenitis supurativa es una patología no frecuente en ciertas regiones de Colombia, pero en la región Caribe se puede observar con relativa frecuencia. Es de suma importancia conocer las alternativas quirúrgicas para la hidradenitis supurativa sin mejoría con manejo médico.

02 - ID614

Laparoscopic approach for Meckel's diverticulum perforation by foreign body

Ana María Muñoz Escandón; Yuber Fabián Alarcón; Mauricio Pedraza Ciro

Universidad El Bosque; Clínica Shaio, Bogotá, D.C.
munoze.ana78@gmail.com

?????

Introduction: Acute abdomen is a common cause for a consultation to the emergency department, with appendicitis being one of the principal causes of surgery. Nevertheless, in few cases Meckel's diverticulitis is the cause of pain in adults, but has to be ruled out, or treated if diagnosed.

Methods: Previous obtaining consent of the patient, we present the case of a male patient that assists to the emergency department with abdominal pain. CT was performed with findings consistent with appendicitis. The patient was taken to the operating room, a laparoscopy performed, with findings related to Meckel's diverticulum perforated by a foreign body. We present the images and video of the intervention by minimal invasive technique, including intracorporeal anastomosis.

Results: Acute abdomen secondary to Meckel's diverticulum perforation is rare and has to be treated considering the risk of peritonitis.

Conclusions: Minimal invasive techniques are appropriate as an approach in these cases if experienced surgeons are present.

02 - ID697

Manejo de coledocolitiasis en papila yuxtadiverticular mediante rendez vous asistido por laparoscopia

Laura Cristina Arce Polanía; Edwin Villamil; Jeimy Carvajal; Andrea Carolina Flórez Meneses; William Sánchez Maldonado; Néstor Blanco; Andrés Calderón; Jorge Ivan Salej Higgins

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada

lauraarcepolania29@gmail.com

<https://drive.google.com/file/d/1jRJWxyjcgaB12lnLkURrQcj6gXf-WuqT/view?usp=sharing>

Introducción: La coledocolitiasis es una condición frecuente asociada a colelitiasis, reportada entre un 10 y el 18 % de los pacientes que son sometidos a colecistectomía. Con el advenimiento de técnicas mínimamente invasivas endoscópicas asociado a la exploración laparoscópica de la vía biliar en un mismo tiempo quirúrgico, mediante rendez vous, el manejo de esta patología se ha convertido en multidisciplinario, dependiente de los recursos profesionales y habilidades del equipo médico-quirúrgico.

Métodos: En el video se presenta el caso de un paciente de 77 años de edad, con síndrome biliar obstructivo secundario a coledocolitiasis confirmada por resonancia magnética, en

donde además, se evidenciaba una papila yuxtadiverticular, por lo que fue llevado a CPRE en dos ocasiones, que fueron fallidas. Se planteó entonces la técnica de rendez vous con manejo laparoendoscópico para el abordaje de la colecistocolocolitiasis.

Resultados: El manejo por vía laparoscópica con la técnica de rendez vous, se facilita mediante la inserción quirúrgica de una guía a través del conducto cístico, lo que reduce notablemente la tasa de fracaso de la canulación de la papila. También disminuye el tiempo operatorio, la tasa de complicaciones relacionadas y la estancia hospitalaria.

Conclusiones: El tratamiento laparoendoscópico la técnica de rendez vous para la resolución de la coledocolitiasis y la colecistolitiasis durante el mismo tiempo quirúrgico es fácilmente reproducible y disminuye las complicaciones perioperatorias.

02 - ID559

Manejo laparoscópico de úlcera péptica perforada

Camilo Andrés Viaña Ghisays; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Álvaro Fontalvo; Emily Johanna Hernández Aguilar
Universidad del Sinú - seccional Cartagena
camilovg5@hotmail.com

<https://youtu.be/likumIeXuoE>

Introducción: En este video se presenta caso clínico de paciente masculino extranjero de origen Danés, de 54 años, atleta con abuso de forma crónica de AINES, quien ingresó al servicio de urgencias con cuadro de abdomen agudo, asociado a marcado síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. La tomografía mostró neumoperitoneo y líquido libre. Ante la sospecha de úlcera péptica perforada, se trasladó al quirófano.

Métodos: Además de la grabación del video quirúrgico durante toda la cirugía, se hizo revisión de la literatura de los casos relacionados publicados local e internacionalmente.

Resultados: Se hizo el abordaje por vía laparoscópica, realizando drenaje de peritonitis con posterior lavado peritoneal, además de

gastrorrafia de la úlcera péptica perforada en la cara anterior de antro gástrico, con polipropileno 2-0 y epipoplastia con parche de Graham. El paciente cursó con buena evolución clínica.

Conclusiones: A nivel mundial, y más específicamente en Colombia, existen pocas publicaciones de manejo laparoscópico de úlcera péptica perforada. Debido a los avances quirúrgicos y los recursos actuales, la vía laparoscópica debe contemplarse para el manejo a esta entidad, brindándole al paciente los beneficios de la cirugía de mínima invasión.

02 - ID881

Manejo quirúrgico del hipertiroidismo

Emily Johanna Hernández Aguilar; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Oscar David Ocampo Henao; Michel Lepesqueur Salleg; Fausto Andrés Palmeth Puello

Universidad del Sinú – seccional Cartagena
emijoha1111@hotmail.com

<https://youtu.be/-Pp6ArGoUNw>

Introducción: El objetivo de este video fue presentar el caso de una paciente de 37 años de edad, remitida de endocrinología por hipertiroidismo refractario a manejo médico, con ecografía de cuello que reportaba bocio multinodular, por lo que se programó para tiroidectomía total.

Métodos: Bajo anestesia general, paciente en decúbito supino con ligera hiperextensión del cuello, previa asepsia y antisepsia, se realizó incisión de Kocher a nivel cervical y disección por planos. Se crearon colgajos subplatismales, el superior hasta nivel de cartílago tiroideos, inferior hasta horquilla supraesternal y laterales hasta borde anterior de esternocleidomastoideo. Apertura del rafe medio. Disección de pedículo de polo superior. Identificación de nervio laríngeo superior y laríngeo recurrente, con neuroestimulación de nervio vago, para preservarlos en todo su trayecto hasta su inserción en cartílago cricoides, junto con glándulas paratiroides ipsilaterales. Ligadura de vena tiroidea media y ligadura de polo inferior derecho. Sección de ligamento de Berry e itsmectomía, disección de lado contralateral siguiendo pasos anteriormente mencionados.

Exéresis completa de pieza quirúrgica con uso de Ligasure®, que se envía a anatomía patológica marcada para orientación del patólogo. Verificación de hemostasia y cierre por planos.

Resultados: Se obtuvo control metabólico y hormonal tiroideo. La paciente tuvo mejoría de los síntomas y suspendió los fármacos antitiroideos.

Conclusiones: El papel del cirujano general es fundamental en la patología tiroidea benigna, ya que en nuestro medio cada vez más se derivan estos pacientes a cirugía de cabeza y cuello, colapsando los servicios de oncología de forma innecesaria. Esta es una técnica replicable, si se tiene un conocimiento anatómico adecuado del cuello.

02 - ID855

Piocollecisto en la séptima década de la vida

Carlos Alberto Lozano De Ávila; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Karen Juliette García García; Vanessa Duque Atencio; Juan José Alzamora Pérez; Valentina Porto Eljaiek

Universidad del Sinú - seccional Cartagena; Cirugía Mínimamente Invasiva S.A.S.

clozanod10@icloud.com

https://unisinuedu-my.sharepoint.com/:v/g/person/carloslozano_unisinu_edu_co/EeUCE2Y0yJRDpXcWcEY44d4BdtwNFkEoApT17rXMeHHgNQ?e=NQT15n

Introducción: Paciente femenina de 64 años, quien consultó por cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución, localizado en hipocondrio derecho, tipo cólico, de severa intensidad. Al ingreso a nuestro servicio de urgencias, con signo de Murphy positivo, y paraclínicos que mostraron leucocitosis y perfil hepatobiliar sin alteraciones. Con el reporte de la ecografía abdominal se concluyó que se trataba de colelitiasis con signos ecográficos de colecistitis aguda. Dado a los hallazgos se diagnosticó colecistitis aguda Tokyo II, por lo que se hospitalizó, se inició antibioticoterapia endovenosa y se solicitó autorización para colecistectomía laparoscópica.

Métodos: Al octavo día de hospitalización, fue llevada a la intervención quirúrgica encontrando una vesícula biliar Parkland V, con marcado

engrosamiento de sus paredes por edema y necrosis y contenido de piocollecisto.

Resultados: Se completó la intervención quirúrgica manejando la cultura de seguridad para colecistectomía laparoscópica, con buena evolución postoperatoria, sin complicaciones y egreso al tercer día de postoperatorio. El manejo integral de esta patología inflamatoria en la primera etapa nos permitió un adecuado cuadro evolutivo y resolución de su patología aguda.

Conclusiones: Los pacientes con patología abdominal aguda, quienes son llevados a intervención quirúrgica en etapa temprana de su cuadro clínico, tienen resolución de su patología aguda. Sin embargo, en este grupo etario, se tiende a ocultar hallazgos clínicos de su severidad, por lo que la intervención oportuna mejora la evolución clínica de los pacientes.

02 - ID843

Piocollecisto, un reto quirúrgico

Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Andrés Felipe Ariza De Lavalle; Sebastián Bohórquez Garnica; Diana Carolina Rocha Mora

Universidad del Sinú – seccional Cartagena
nazume73@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/1h0vWoOKN_ClIDVZwLIdMOY-WRx51jW9a/view?usp=sharing

Introducción: Paciente masculino de 89 años con antecedente de enfermedad de Alzheimer, que ingresa a nuestro servicio programado para colecistectomía por laparoscopia.

Métodos: Se hizo grabación del vídeo con posterior edición y presentación del caso por tratarse de una técnica de colecistectomía difícil, con disección y liberación de adherencias perivesiculares y de la visión de seguridad, sin uso de energía monopolar, lo que disminuye las lesiones a estructuras cercanas por el uso de energía con calor.

Resultados: Se realizó la colecistectomía por laparoscopia, evidenciando una colecistitis Parkland V con múltiples adherencias perivesiculares, las cuales fueron liberadas

con tijera laparoscópica para disección fría. Posteriormente, se hizo la liberación y disección de la vesícula, incluyendo el uso de la succión e hidrodisección; se disecó el lecho hepático con dispositivo monopolar y tijera, por la friabilidad del tejido hepático. Utilizamos para la hemostasia diferentes técnicas como la compresión, energía monopolar y sellante de fibrina, hasta lograr el control del sangrado en el lecho quirúrgico. Se hizo la exéresis de la pieza quirúrgica empleando una bolsa de viaflex con sutura, se lavó la cavidad abdominal con abundante solución salina, verificando hemostasia. Finalmente, se introdujo un dren de testigo en el lecho quirúrgico.

Conclusiones: La disección en frío en las colecistectomías por laparoscopia ha venido en aumento ya que, al no utilizar la energía monopolar, puede evitar las lesiones por calor en las estructuras aledañas. Además, es una alternativa en los casos de colecistectomía difícil, como el que presentamos anteriormente.

02 - ID880

Resección de quiste tirogloso - Sistrunk

Emily Johanna Hernández Aguilar; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Oscar David Ocampo Henao; Fabio Pacheco Londoño; Fausto Andrés Palmeth Puello
Universidad del Sinú – seccional Cartagena
emijoha1111@hotmail.com
https://youtu.be/o-yfZ-_fnp8

Introducción: Masculino de 58 años, con clínica de larga data de masa cervical anterior, de crecimiento progresivo en línea media, de 5 cm, bien delimitada, móvil, asciende con la deglución, sin cambios en piel, dolor o adenopatías cervicales. La ecografía de cuello informó una imagen anecoica, de paredes delgadas, con tabiques internos inferior a hueso hioides; tiroides sin alteraciones. Con el resultado, fue programado para resección de quiste tirogloso, con técnica de Sistrunk.

Métodos: Bajo anestesia general, en decúbito supino y ligera hiperextensión de cuello, previa asepsia y antisepsia, se hizo incisión en pliegue cutáneo entre hueso hioides y cartílago tiroides;

se tallaron los colgajos subplatismales superior, inferior y laterales, hasta exponer los puntos de referencia. Apertura del rafe medio de músculos pretiroideos, disección meticulosa para adecuada exposición por debajo del hioides y de la membrana tirohioidea encima del cartílago tiroides, para acceder al compartimiento tirohioepiglotico y retirar la grasa adyacente. Sección de hueso hioides a nivel de astas menores, medial al tendón del músculo digástrico, con uso de gubia o tijeras de mayo, para extraer la pieza quirúrgica en monobloque y disminuir la recurrencia. Posteriormente se hizo incisión de milohioideos, para exposición del agujero ciego y ligadura de conducto tirogloso con seda 2-0. Hemostasia exhaustiva y cierre por planos.

Resultados: El paciente tuvo adecuada evolución postquirúrgica, con hallazgo en el informe de patología de quiste tirogloso: se descartó malignidad.

Conclusiones: La importancia del caso radica en un hallazgo excepcional en la edad adulta, ya que en su mayoría se detectan en niños o en jóvenes. La resección del quiste tirogloso por técnica de Sistrunk es sencilla y replicable.

02 - ID741

Síndrome del ligamento arcuato medio: Descripción del abordaje laparoscópico de un caso en el hospital universitario nacional de Colombia

Andrés Felipe Ruiz Benites; Andrea Marcela Sandoval Reina; David Rincón Santos; Hugo Alberto Cómbita Rojas; Alberto Muñoz Hoyos
Universidad Nacional de Colombia; Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
Anruizb@unal.edu.co
<https://drive.google.com/file/d/1pa22Yek31kEIXrHAEB5efGFrVlqxDtW/view?usp=sharing>

Introducción: El síndrome de ligamento arcuato medio es una entidad clínica poco común, causada por la compresión extrínseca del tronco celíaco por este ligamento. El pronóstico postquirúrgico es bueno, con una tasa de curación de alrededor del 80 %.

Métodos: En el video se presenta el segundo caso clínico que encontramos publicado en el país sobre este síndrome, haciendo énfasis en la descripción del abordaje quirúrgico laparoscópico.

Resultados: Se ingresó el trocar epigástrico para la retracción hepática, dos puertos de 5 mm en hipocondrio y flanco derecho para el ayudante quirúrgico, 2 puertos de 12 y 5 mm en cada flanco para el cirujano y un puerto supraumbilical para la cámara. Inició la cirugía identificando el lóbulo hepático izquierdo, se liberó el ligamento triangular ipsilateral para facilitar la manipulación del lóbulo, se retrajo con una gasa envuelta en una pinza Grasper, exponiendo el ligamento hepatogástrico, que se disecciona buscando identificar el pilar derecho, el cual se encuentra en íntima relación con el ligamento arcuato medio y la arteria gástrica izquierda, que sirve de guía para identificar la emergencia del tronco celiaco desde la aorta. Con disección roma con pinza Maryland, monopolar y energía ultrasónica se seccionaron las fibras musculares del hiato aórtico hasta identificar la aorta, se continuó la disección del tejido muscular y fibroso en sentido caudal, hasta identificar el tronco celiaco. Durante este trayecto, se seccionó el ligamento arcuato y se liberó la compresión que condicionaba la patología de base.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico es una estrategia técnicamente demandante y que requiere experticia, pero con resultados quirúrgicos favorables para los pacientes con síndrome de compresión del tronco celiaco.

02 - ID900

STEP-UP pancreas VARD (video assisted retroperitoneal debridement)

Javier Gregorio Liévano Barreto; Giovanni Vergara Osorio

Universidad de Caldas, Manizales

gregoriolievano@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1WSBRVhHMrGwk5_V6pKkRx2UvpnTnS3vD/view?usp=sharing

Introducción: La pancreatitis necrosante se desarrolla en aproximadamente el 20 % de los pacientes y tiene una tasa de muerte del 8 al 39

%. El desbridamiento pancreático está indicado en necrosis pancreática y sepsis clínica progresiva o necrosis estéril gravemente sintomática, como complicación de pancreatitis aguda grave. El desbridamiento quirúrgico se puede realizar con técnicas mínimamente invasivas, que dan como resultado una menor respuesta inflamatoria y un menor estrés fisiológico, en comparación con la cirugía abierta.

Métodos: Paciente masculino de 38 años, con cuadro de 4 días de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a dolor urente epigástrico. Los paraclínicos mostraron amilasa elevada tres veces el límite superior y la ecografía hepatobiliar fue informada normal. El paciente tuvo rápido deterioro clínico y progresión a sepsis; en la tomografía computarizada se documentaron colecciones en cuerpo y cola de páncreas, con signos de sobreinfección, las cuales se drenaron inicialmente por radiología y gastroenterología, sin éxito. Por la mala evolución y persistencia de colecciones fue llevado a VARD (video assisted retroperitoneal debridement).

Resultados: Debido al drenaje fallido por radiología y gastroenterología, se decidió realizar abordaje laparoscópico (VARD), con resección de tejido desvitalizado y drenaje de colecciones adyacentes. El paciente tuvo adecuada respuesta, con control del foco infeccioso y mejoría radiológica significativa posterior a la intervención.

Conclusiones: El desbridamiento retroperitoneal video asistido en pancreatitis severa se considera una excelente alternativa cuando los abordajes radiológicos y endoscópicos fracasan, logrando resección de tejido desvitalizado y control del foco infeccioso.

02 - ID883

Suprarrenalectomía derecha laparoscópica

Emily Johanna Hernández Aguilar; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Oscar David Ocampo Henao; Camilo Andrés Viaña Ghisays; Fausto Andrés Palmeth Puello

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

emijoha1111@hotmail.com

<https://youtu.be/DJkjoox1zwQ>

Introducción: Paciente femenina de 57 años, con incidentaloma en glándula suprarrenal tras estudios de extensión por hipertensión arterial. El perfil hormonal suprarrenal era normal y la tomografía computarizada de abdomen mostraba masa de 4x5 cm, a la derecha de la vena cava inferior, que realzaba el medio de contraste. Fue programada para adrenalectomía derecha por laparoscopia.

Métodos: Se hizo la preparación preoperatoria con monitorización hemodinámica invasiva. Se posicionó la paciente en decúbito lateral izquierdo y se colocaron los puertos de trabajo de la siguiente manera: un trocar de 12 mm a 3 cm de reborde costal derecho para la óptica, uno de 5mm en flanco derecho, entre ellos uno de 12mm y en hipocondrio derecho uno de 5 mm para el separador hepático. Se seccionó el ligamento triangular derecho, continuando a través de la línea parietohepática para retracción hepática hacia medial y apertura de peritoneo subhepático de abajo hacia arriba. Identificación de vena cava inferior y de la desembocadura de vena suprarrenal principal en su borde posterior, para clipaje y sección. La disección debe avanzarse hasta visualizar vena renal derecha y, posteriormente, hasta visualizar el músculo psoas. Se debe tener cuidado de no traccionar el tejido suprarrenal para evitar desencadenar crisis adrenérgicas por liberación inadvertida de catecolaminas. Se identificaron los pedículos superior, medio e inferior para clipaje y sección, logrando exéresis de la pieza quirúrgica. Se verificó hemostasia. Retiro de trocares, evacuación de neumoperitoneo y cierre de heridas quirúrgicas.

Resultados: El paciente tuvo una evolución satisfactoria. La histopatología fue compatible con adenoma suprarrenal derecho.

Conclusiones: El cirujano general con amplio conocimiento de la cavidad abdominal puede ser participe y realizador de cirugías abdominales complejas, con abordaje de retroperitoneo, y podrá valerse de habilidades quirúrgicas adquiridas como el uso de la tijera laparoscópica para la disección en frío, disminuyendo el riesgo de lesiones por diatermia en laparoscopia.

02 - ID667

Tips and tricks de la adrenalectomía izquierda por laparoscopia por un cirujano endocrino de Medellín, Colombia, luego de 250 adrenalectomías

Andrés Velásquez Hoyos; Federico López Uribe; Juan Pablo Dueñas Muñoz

Universidad CES, Medellín

andresvelasquezhoyos@gmail.com

https://drive.google.com/file/d/1fhxA7Bg7K70hdRbwyLufx3ou_0ELgVMW/view?usp=sharing

Introducción: El objetivo de este video es presentar el caso de un paciente de 69 años con hipertensión arterial, en quien documentaron incidentaloma adrenal izquierdo, con duplicación del tamaño en los controles por resonancia magnética, aunque sin alteración hormonal relevante.

Métodos: En posición decúbito lateral derecho con flexión, se ingresa por puerto paramediano izquierdo de 12 mm y 2 trócares subcostales de 5 y 12 mm. Se liberaron los ligamentos frenocólicos y esplenorrenal en el ángulo esplénico del colon con energía ultrasónica. Se realizó apertura peritoneal a 1 cm del borde esplénico hasta el ángulo de His. Disección entre la fascia de Gerota y el mesocolon hasta identificar y aislar la glándula adrenal de 3 cm de diámetro, nacarada e hipervascularizada. Se identificó y ligó la vena adrenal principal con clip de polímero, momento en el que presentó hipotensión leve. Se completó la resección hacia la pared abdominal posterior y se verificó hemostasia. Se extrajo la pieza quirúrgica en endobolsa por el puerto lateral. Se hizo salida segura de trócares y cierre de puertos de 12mm con sutura de absorción lenta.

Resultados: En el posoperatorio el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados especiales por sospecha de feocromocitoma y la hipotensión al ligar la vena adrenal principal. Al día siguiente, con evolución satisfactoria, se dio de alta.

Conclusiones: La laparoscopia en tumores adrenales es una opción excelente ya que ofrece los beneficios demostrados de la laparoscopia, como menor tiempo de estancia hospitalaria, dolor

posoperatorio y riesgos de infección, además de los beneficios estéticos. Con este caso se pretende mostrar los pasos claves para un procedimiento adecuado, seguro y sin riesgos para el paciente.

02 - ID970

Utilización de colangiografía intraoperatoria con verde indocianina y cámara infrarroja en colecistectomía laparoscópica de urgencias

Paola Stephany González Ausique
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
stephanyg92@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/1B_qhEF9T6wjWPLz4_k14tVaDc9rNl6lK/view?usp=sharing

Introducción: La incidencia de lesiones de la vía biliar oscila entre el 0,3 y el 0,52 %. La causa principal es la interpretación errónea de los conductos biliares extrahepáticos, además de la variabilidad anatómica del árbol biliar extrahepático, que juega un papel importante. Por ello, la colangiografía por fluorescencia con verde de indocianina y luz infrarroja cercana (NIR) se ha descrito como una técnica simple y costoefectiva para realizar una colecistectomía segura, mediante la interpretación anatómica objetiva de la vía biliar.

Métodos: Se presenta una serie de 3 casos de pacientes con colecistitis aguda que ingresaron por el servicio de urgencias, llevados a colecistectomía laparoscópica, con aplicación de 1 ml de verde indocianina 30 minutos previo al procedimiento, logrando una adecuada identificación de la vía biliar extrahepática durante el procedimiento.

Resultados: En el Hospital Militar Central se han realizado, hasta la fecha, más de 100 procedimientos bajo guía de verde indocianina, dentro de los cuales se destaca la colecistectomía laparoscópica. Ha permitido una adecuada identificación de la vía biliar en todos los casos y sin lesiones biliares documentadas.

Conclusiones: La colangiografía intraoperatoria con verde indocianina es un método costo-efectivo en la colecistectomía laparoscópica en el contexto de urgencias, dado que permite una interpretación

objetiva de la vía biliar extrahepática, disminuyendo el riesgo de lesión de la vía biliar, de forma no invasiva y sin aumentar el tiempo operatorio.

02 - ID877

Vesícula biliar posterior, ¿Cómo lo hicimos?

Nayib De Jesús Zurita Medrano; Fabio Pacheco Londoño; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Emily Johanna Hernández Aguilar

Universidad del Sinú – seccional Cartagena
nazume73@hotmail.com

https://drive.google.com/file/d/1JhXe9DAnuTh_uNaSYEtC3muMzLc8lyY9/view?usp=sharing

Introducción: La vesícula biliar tiene algunas variaciones topográficas, que se presentan en menos del 3 % de los casos. Entre estas encontramos las posiciones suprahepática, intrahepática, transversa y, como en este caso, posterior, lo cual puede suponer un reto quirúrgico para el cirujano, debido a que no se encuentra familiarizado cotidianamente con estas variaciones al realizar una colecistectomía.

Métodos: Se trata del caso de una paciente de 35 años, con antecedente de colelitiasis, sin previa documentación de la variación topográfica de la vesícula biliar. Se realizó la colecistectomía laparoscópica con la técnica usual con cuatro trocares, disección fundocística y liberación de adherencias, totalmente con tijera en frío e hidrodisección.

Resultados: Se obtuvieron resultados óptimos, con tiempos quirúrgicos adecuados y se terminó la cirugía sin complicaciones.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es una cirugía que se puede desarrollar de diferentes maneras, para enfrentar diferentes condiciones clínicas que se pueden encontrar en la vesícula biliar y la vía biliar. En este caso, ante una posición topográfica posterior, se enfrentaron una serie de dificultades técnicas, a las cuales se les dio manejo exitoso.

02 - ID805

Vólculo sigmoideo: un hallazgo incidental en apendicectomía laparoscópica

Carlos Alberto Lozano De Ávila; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Karen Juliette García García; Vanessa Duque Atencio; Juan José Alzamora Pérez; Valentina Porto Eljaiek

Universidad del Sinú - seccional Cartagena; Cirugía Mínimamente Invasiva S.A.S.

clozanod10@icloud.com

https://unisinuedu-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/carloslozano_unisinu_edu_co/EYyH5QixUZJtp4NJ6DHRhwB3XIZMtmwfgPGIEWa4DkDnQ?e=hyBnHS

Introducción: Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes de importancia, quien consultó por dolor abdominal de tres días de evolución, que pasó de ser difuso a localizado en fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y fiebre. Al examen físico presentó signos sugestivos de apendicitis aguda. Los exámenes paraclínicos no revelaron alteraciones, sin embargo, por medio de una ecografía de abdomen total se halló líquido libre en cavidad abdominal. Se decidió programar

para apendicectomía laparoscópica y, a su llegada al quirófano, se evidenció marcada distensión abdominal.

Métodos: Grabación de video quirúrgico de la intervención, donde al ingresar a la cavidad abdominal se evidenció distensión de las asas intestinales y líquido libre, y se sospechó cuadro de vólvulo. Se hizo descompresión colocando un tubo transrectal y se completó la apendicectomía sin complicaciones.

Resultados: Se continuó la exploración en busca del vólvulo y se encontró localizado en la porción sigmoide del colon, se logró la devolvulación exitosa y se finalizó el acto quirúrgico, sin eventos adversos intraoperatorios. Cursó con adecuada evolución postoperatoria.

Conclusiones: Aprendizaje de técnica quirúrgica siguiendo las pautas de seguridad para apendicectomía laparoscópica más devolvulación de colon sigmoide, con colocación de tubo transrectal.

E-póster

Cabeza y cuello

03 - ID959

Abordaje endoscópico en patologías de cabeza y cuello. Reporte de casos

Álvaro Granados Calixto; Juan Fernando Castañeda; Paula Catalina Rodríguez; José Luis Romero Cerón; Gina Marcela Carrillo Herrera

Hospital San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
cxcabezaycuello@fucsalud.edu.co

Introducción: La cirugía transoral endoscópica es un método quirúrgico mínimamente invasivo que permite un abordaje más funcional con similares resultados a la cirugía convencional, que permite brindar adecuados resultados para la resección de tejidos y estructuras de cuello.

Métodos: Reporte de pacientes con patología cervical dado Nódulo tiroides Bethesda II y Adenopatías sospechosas en estación II. Reporte de dos casos.

Resultados: Se realizó abordaje quirúrgico endoscópico en dos pacientes los cuales fueron llevado a hemitiroidectomía y escisión de ganglio linfático logrando resultados similares a la técnica quirúrgica abierta disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria y el riesgo de complicaciones.

Conclusiones: En la actualidad el manejo endoscópico se implementa con mayor frecuencia como vía de abordaje quirúrgico dado los resultados estéticos, estructurales y funcionales similares a la cirugía convencional vía abierta. Lo anterior gracias al avance tecnológico y a la adecuada formación del equipo de cirugía de

cabeza y cuello, brindando buenos resultados en cuanto a pronóstico y manejo.

03 - ID461

Adaptación cultural del instrumento EORTC QLQ-THY34

Diego Felipe González Patiño; Sergio Fabián Zúñiga Pavía; Camilo Andrés Canizales Herrera; Erika Julieth Padilla Guzmán; Karen Giselle Torres Castro; María Fernanda Aristizábal Robayo

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
difgonzalezpa@unal.edu.co

Introducción: La calidad de vida es una consideración clave en pacientes con cáncer. En Colombia no existen estudios que la evalúen en cáncer de tiroides y tampoco instrumentos específicos para ese contexto. La Organización Europea para Investigación y Tratamiento en Cáncer (EORTC) ha desarrollado un módulo de cáncer de tiroides (THY34) complementario al cuestionario central QLQ-C30. Este módulo aún no tiene estudios fase IV de validación en campo.

Métodos: Se efectuó traducción al español hablado en Colombia del módulo de cáncer de tiroides EORTC QLQ-THY 34 con palabras no técnicas y posteriormente traducción inversa al inglés para verificar el resultado. Se solicitó la participación de 15 pacientes en el grupo piloto y se condujo una entrevista dirigida separadamente a cada ítem evaluando la dificultad de responder, confusión, dificultad para entender, molestia generada por la pregunta. Estos datos se recolectaron en una base de datos.

Resultados: Posterior a la conciliación de los cambios generados tanto en traducción como en la aplicación piloto se obtuvo una adaptación al español colombiano del texto original en inglés de THY34, el cual podrá ser incorporado en la siguiente fase del estudio para validación en pacientes colombianos.

Conclusiones: Este proceso evaluó y generó un cuestionario con equivalencia al original en miras de tener el primer instrumento específico para el carcinoma de tiroides en la población colombiana.

03 - ID654

Alternativas quirúrgicas de reconstrucción en cirugía de cabeza y cuello

Santiago Ángel Vargas; Álvaro Granados Calixto; Natalia Urrea; Eileen Vargas

Hospital de San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
sangel@fucsulud.edu.co

Introducción: Los defectos en tejidos blandos de cara y cuello tienen diversas causas. La reconstrucción de cabeza y cuello tiene como fin resultados estéticos y funcionales. Dado lo anterior nace la necesidad de familiarizar a cirujanos de cabeza y cuello con técnicas de reconstrucción que cumplan con fines funcionales y estéticos sin la necesidad en todos los casos de grupos multidisciplinarios.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se expone la revisión de cinco pacientes intervenidos por tumores malignos a nivel de la cabeza y el cuello, los cuales llevaron a resección local amplia, generando defectos importantes los cuales se resolvieron con diferentes colgajos cervicofaciales de avance logrando resultados funcionales y estéticos adecuados y funcionales. Disminuyendo morbilidad y estancias hospitalarias.

Conclusiones: La cabeza y el cuello son una constelación de múltiples subunidades especializadas que son individualmente únicas y diferentes. Un conocimiento complejo de la

anatomía de la cabeza y el cuello es esencial cuando se contemplan transferencias de tejidos locales, regionales o libres. El colgajo de avance cervicofacial ha sido recomendado tradicionalmente para su uso en la reconstrucción de defectos de la región de la mejilla y el párpado inferior. Este tipo de colgajo proporciona una adecuada cobertura del defecto con resultados funcionales y estéticos satisfactorios, disminuyendo morbilidad a los pacientes.

03 - ID753

Bocio café au lait? Neurofibroma tiroideo

Laura Viviana Mendieta Torres; Álvaro Antonio Herrera Hernández

Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga; Universidad Industrial de Santander
vivi884@gmail.com

Introducción: Los neurofibromas son tumores benignos relacionados con neurofibromatosis 1. Pueden generar compresión de estructuras vecinas. Algunos son grandes, complejos y con apariencia de bolsa de gusanos, relacionados con grandes raíces espinales. La resección quirúrgica se recomienda en pacientes sintomáticos.

Métodos: Reporte de caso. Se realizó revisión de la historia clínica completa y patología.

Resultados: Paciente de 68 años, hipotiroidea, con 2 años de masa en compartimento central de cuello asociado a síntomas compresivos leves. Estudios imagenológicos informan gran masa dependiente de lóbulo tiroideo izquierdo e istmo de 8.7x10 cm en relación con bocio endotorácico y con desplazamiento de estructuras vasculares y del esófago. Llevada a cirugía con evidencia de masa dependiente de lóbulo izquierdo de 14x10 cm rodeado por cápsula de tejido fibroso extenso de 4-5 mm que envolvía estructuras vasculares lado izquierdo, incluyendo vago, arteria carótida, asas descendentes del hipogloso, laríngeo superior y recurrente, parcialmente vena yugular interna, gran compromiso adherencial tiroideo y peritiroideo sin que se pudiera definir en tejidos blandos y muscular estructuras neurovasculares y parénquima tiroideo; por lo cual solo se realiza

tiroidectomía parcial. La patología Informa neurofibroma. Evolución posoperatoria sin disfonía.

Conclusiones: Los neurofibromas son raros, la estimación del origen puede ser difícil y por lo mismo el manejo quirúrgico puede ser desafiante. En el presente caso por la localización solo se realizó resección de lóbulo de mayor tamaño, dado el alto riesgo de lesión nerviosa del nervio laríngeo recurrente de forma bilateral.

03 - ID454

Características ecográficas asociadas con citología indeterminada de tiroides

Diego Felipe González Patiño; Sergio Fabián Zúñiga Pavía; Andy Camila Gómez Báez; Carlos Andrés Arévalo Feo; Marcela Bernal Gutiérrez; Brayán Esneyder López Herrera; Fredy Alexander León Lazo
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
difgonzalezpa@unal.edu.co

Introducción: El carcinoma folicular es la segunda malignidad en tiroides después del carcinoma papilar. En la actualidad se está intentando usar los sistemas de estratificación de riesgo (basados en características ecográficas) para definir la conducta adecuada en citologías indefinidas o indeterminadas, las cuales representan la interposición de las neoplasias foliculares. Sin embargo, persiste la falla en su validación porque predominan las patologías malignas papilares.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo analizando las historias clínicas de los pacientes con patología maligna de tiroides sometidos a tiroidectomía entre 2017 y 2021 en un centro de alta complejidad en Bogotá. Se evaluaron las características sociodemográficas y se establecieron las asociaciones entre las características ecográficas y la histología maligna en espécimen quirúrgico de BTH III y IV.

Resultados: Se incluyeron 1201 pacientes con tumor maligno de tiroides en el análisis. De estos, cerca del 7,2 % corresponden a carcinoma folicular de tiroides. Las características ecográficas de microcalcificaciones (OR de 3,8; IC95% 2,17 - 4,68), hipoeoico (OR 1,7; IC95% 1,22 - 1,87) y

quístico (OR 1,3; IC95% 1,16 - 1,39) se asociaron con malignidad en el reporte de histopatología de los BTH indeterminados.

Conclusiones: Se necesitan más estudios para definir características ecográficas propias del carcinoma folicular y de citologías indeterminadas, para así en el futuro crear o ajustar sistemas de estratificación de riesgo que permitan determinar la conducta ideal para aquellos pacientes sin manejo definido por los sistemas actuales.

03 - ID622

Carcinoma de células de Merkel secundario a uso de inhibidor de JAK quinasa

José Antonio Hakim Tawil; Nicolás Granados Casallas; Paula Andrea Rodríguez Urrego; Juan José Santiváñez Palomino
Fundación Santa Fe de Bogotá
juanjose2424@hotmail.com

Introducción: Los carcinomas de piel agresivos relacionados con el uso de inhibidores de la JAK (Janus quinasa) se han descrito recientemente como un posible efecto secundario raro pero preocupante. El uso de ruxolitinib, un inhibidor oral de JAK1/2, ha demostrado ser beneficioso para el tratamiento de síndromes mieloproliferativos y mielofibrosis. Por ello, es de suma importancia destacar no solo sus beneficios sino también sus posibles efectos secundarios. El presente trabajo muestra la progresión de carcinoma de células de Merkel secundario al uso de roxulitinib.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente con síndrome mieloproliferativo con mutación V617F JAK2 que recibió tratamiento con ruxolitinib. Después de dos años de tratamiento, comenzó a desarrollar múltiples lesiones cutáneas malignas de rápido crecimiento en cuero cabelludo y zona preauricular derecha que al estudio histológico confirmó carcinoma de células de Merkel, carcinoma escamocelular y carcinoma basocelular. Se suspendió el tratamiento con ruxolitinib y fue llevado a cirugía para resección de la lesiones frontotemporales.

Resultados: El paciente tuvo adecuada evolución posoperatoria, PET CT negativo para compromiso a distancia. En seguimiento a 6 meses

no se presentaron nuevas lesiones y el resto de lesiones subcentimétricas que estaba distribuido en cara y cuello desaparecieron tras la suspensión del medicamento.

Conclusiones: Dado el aumento en el uso de inhibidores de JAK quinasa como ruxolitinib, es importante conocer y prever el posible desarrollo de neoplasia cutáneas malignas.

03 - ID899

Carcinoma de células de Merkel

Laura Isabel Narváez Sierra; Jairo Enrique Buitrago Poveda; Camila Cruz Cano; Nicolás Felipe Camargo Castillo

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
lauranarvaezsierra@hotmail.com

Introducción: El carcinoma de células de Merkel descrito en 1972, como un carcinoma neuroendocrino primario de la piel. La incidencia anual del carcinoma de células de Merkel varía entre 0,13 y 1,6 por 100,000 personas por año. Es más común en hombres sobretodo de piel blanca con exposición crónica al sol e inmunosuprimidos. Con respecto a Latinoamérica no hay estudios basados en poblaciones o registros que puedan aportar datos sobre el comportamiento del carcinoma de Merkel.

Métodos: Presentamos un caso clínico de una paciente de 67 años con lesión exofítica en región cigomática derecha con incremento de tamaño de manera progresiva, es llevada a paratiroidectomía, resección de tumor en párpado inferior y hemicara derecha, y vaciamiento linfático de cuello, con hallazgos quirúrgicos de gran masa tumoral exofítica, deformante en la cara, de más de 7 cm, que destruye piel de párpado inferior derecho, se extiende hasta planos profundos alcanzando nervio facial que condiciona parálisis de rama mandibular y leve limitación de cierre ocular derecho.

Resultados: El manejo depende de la estadificación tumoral consistiendo principalmente en escisión local de la lesión seguido de radioterapia y/o quimioterapia en un abordaje multimodal, alcanzando un adecuado

control. Cuando recurren menores a 1 cm de margen alcanzando una recurrencia local de 6,7 - 7,7 % si se administra o no RT adyuvante.

Conclusiones: Entorno a este caso, describimos criterios de resección y manejo médico asociado al tratamiento en caso de lesión metastásica y/o irresecable.

03 - ID449

Caso complejo en el manejo de una estenosis traqueal post-COVID

Diego Felipe González Patiño; Jorge Alberto Martínez Martínez; Sergio Fabián Zúñiga Pavía; Edgar Alberto Carmona Gómez

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
difgonzalezpa@unal.edu.co

Introducción: La estenosis laringo-traqueal adquirida está frecuentemente relacionada con la intubación prolongada. La pandemia de COVID-19 incrementó de manera significativa la necesidad de soporte ventilatorio por largos períodos de tiempo y en consecuencia generó una mayor incidencia de esta complicación, aumentando la carga a los sistemas de salud, especialmente en centros con escasa experiencia en esta patología.

Métodos: Se presenta paciente de 45 años con antecedente de obesidad, neumonía grave por SARS-COV-2 e intubación prolongada, remitida por estenosis traqueal del 80-90% y en postoperatorio de traqueostomía difícil. Se realizó intervención inicial de reconstrucción de la vía aérea con injerto de cartílago costal, pero con recurrencia de la estenosis. Subsecuente manejo con dilataciones por fibrobroncoscopia y finalmente con requerimiento de resección traqueal. Presenta adecuada evolución al control ambulatorio.

Resultados: Como consecuencia del aumento de pacientes intubados y la inexperiencia del manejo crónico de la vía aérea, las tasas de estenosis traqueal aumentaron. El manejo de esta patología requiere de centros de excelencia debido a la complejidad operatoria, resaltando la mayor dificultad técnica de las reintervenciones y reexploraciones, además de la necesidad de conocer y aplicar múltiples abordajes escalonados

debido al desconocimiento en el comportamiento biológico, el cual es posiblemente diferente al de las estenosis no asociadas a COVID-19.

Conclusiones: Se requieren más estudios para definir el abordaje quirúrgico ideal en el contexto de estenosis traqueal post-COVID en adultos.

03 - ID653

Colgajo miomucoso de buccinador en la reconstrucción de defectos del área maxilofacial a propósito de un caso

Santiago Ángel Vargas; Esteban Diazgranados; Juan De Francisco Zambrano; Rogers Leonardo Baquero; Juan Fernando Castañeda; Natalia Urrea

Hospital de San José, Bogotá, D.C.; Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud
sangel@fucsalud.edu.co

Introducción: La reconstrucción de defectos del área maxilofacial se realiza con colgajos locales, regionales vascularizados o con colgajos libres microvascularizados. El colgajo miomucoso de buccinador en isla pediculado a la arteria y vena facial es una excelente herramienta para corrección de defectos con excelentes resultados funcionales y estéticos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de un caso clínico de interés.

Resultados: Paciente femenina con diagnóstico de carcinoma escamocelular en cavidad oral la cual se llevó a resección local amplia con reconstrucción con colgajo miomucoso de músculo buccinador el cual proporcionó resultados estéticos y funcionales satisfactorios, con patología final que reportó resección oncológica adecuada.

Conclusiones: El colgajo miomucoso de buccinador es una buena alternativa para la reconstrucción de defectos de tamaño moderado en el área maxilofacial. Proporciona mucosa intacta, puede o no estar inervado, aporta suficiente masa muscular y tiene un arco de rotación amplio, con lo cual cubre la mayoría de los defectos ipsilaterales de paladar y maxilares, cruzando incluso la línea media. También es útil en la reconstrucción del labio inferior, lengua, suelo de boca, defectos de tercio medio facial y periorbitarios. Además, la anatomía vascular es predecible.

03 - ID874

Descripción y caracterización de variables demográficas, citológicas y ecográficas de población con nódulo tiroideo de clínica de Bogotá durante 2021 y 2022

Julián Gómez Herrera; Lily Vanessa Mejía Riveros; Luisa Fernanda Hernández Bello

Clínica Nueva El Lago, Bogotá, D.C.

drjuliangomez@gmail.com

Introducción: El diagnóstico del nódulo tiroideo se ha triplicado debido al mayor uso de ecografía de tiroides de alta resolución, pasando su incidencia de un 7 % a un 28 %, tanto para estudio de malignidad como hallazgo incidental en busca de otras patologías.

Materiales: Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal en el período comprendido entre abril de 2021 y febrero de 2022 en pacientes remitidos con nódulos tiroideos en una clínica de Bogotá. Se utilizaron variables demográficas, como la edad y el género, variables ecográficas como TIRADS, e histopatológicas como Bethesda.

Resultados: De los 112 pacientes evaluados con nódulos tiroideos, 68 fueron diagnosticados con cáncer de tiroides (60,7 %); dentro de estos, 21 fueron microcarcinomas papilares de tiroides (30,8 %) y 47 fueron tumores mayores a un centímetro (69,1 %). Los 21 casos diagnosticados como microcarcinomas se presentaron en mujeres, no se presentaron en hombres. La clasificación citológica Bethesda V fue la más frecuente en los tumores mayores de 1 cm y la Bethesda IV en los microtumores.

Conclusiones: La correlación entre citología y ecografía es determinante para tomar decisiones clínicas adecuadas para nuestros pacientes, la posibilidad de hacer seguimiento ecográfico con alta resolución puede beneficiar en el seguimiento clínico en pacientes que, según las características del nódulo, se benefician de este, evitando cirugías y posibles complicaciones.

03 - ID837

Divertículo de Zenker: reporte de un caso

Luisa Fernanda León Girón; Claudia Milena Orozco Chamorro; James Adrián Moreno Muñoz; Guillermo

Vallejo Vallecilla

Clínica La Estancia, Popayán
luisalenn@gmail.com

Introducción: El divertículo de Zenker se define como un falso divertículo por pulsión resultante de la disfunción del musculo cricofaríngeo al deglutir, aumento de la presión intraluminal y prolapso de la mucosa y submucosa (Dehiscencia de Killian). Constituye una afección rara, sin embargo corresponde al 60 – 65 % de los divertículos esofágicos.

Métodos: Paciente masculino de 68 años, fumador, refiere 4 años de disfonía progresiva, disfagia y emesis. En laringoscopia con espejo edema y eritema interaritenoides. Nasofibrolaringoscopia reportó laringitis crónica posterior moderada. EVDA evidenció divertículo esofágico cervical (Zenker) y gastropatía antral. Faringografía y videodeglución informaron disfagia en fase esofágica de la deglución por presencia de divertículo de Zenker (27.5 x 18.9 mm). Se realizó manejo quirúrgico por cervicotomía: identificación del divertículo, resección de mucosa y cierre de planos musculares del esófago, sin complicaciones. En control ambulatorio, mejoría de la disfagia y adecuada tolerancia de vía oral.

Resultados: Ante la presentación del divertículo de Zenker el síntoma más común es la disfagia orofaríngea persistente resultante de la relajación muscular alterada por disfunción del musculo cricofaríngeo, pudiendo desencadenar halitosis, odinofagia y trastornos nutricionales. La diverticulectomía con miotomía del cricofaríngeo es un tratamiento quirúrgico seguro para los pacientes.

Conclusiones: La persistencia de disfagia y reflujo gastroesofágico ameritan evaluación periódica y activa con el fin de determinar el requerimiento de intervención a pacientes con trastornos deglutorios tempranamente y reducir la carga mórbida.

03 - ID643

Enfermedad relacionada con Inmunoglobulina G4 mimetizando carcinoma agresivo de la glándula tiroides en una paciente colombiana.

Presentación de un caso

Diego Fernando Chaparro Zaraza; Cristhian Eduardo Hernández Flórez; Diana Rossío Gaona Morales

Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga
diego.chaparro.zaraza@gmail.com

Introducción: La Enfermedad Relacionada con Inmunoglobulina G4 (IgG4 -RD) es una condición fibroinflamatoria de etiología inmunitaria, reconocida apenas a principios del siglo XXI. La afectación de la glándula tiroides (IgG4-RTD) corresponde al 4 % de las IgG4-RD y es una entidad subdiagnosticada ya que puede confundirse con formas severas de condiciones comunes como la enfermedad de Graves o neoplasias agresivas como el carcinoma anaplásico de tiroides. Los estudios en América Latina son escasos y en Colombia existen pocos reportes.

Métodos: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultados: Se trata de una paciente femenina de 79 años con antecedente de hipotiroidismo y nódulo tiroideo del lóbulo izquierdo con dos citologías por ACAF que reportaron Bethesda 1. Consulta a urgencias por masa de rápido crecimiento localizada en regiones IV y V del hemicuello izquierdo con dolor, calor local, fiebre subjetiva intermitente y odinofagia para sólidos. Tomografía simple de cuello y tórax evidencia masa cervical heterogénea con desplazamiento de la tráquea hacia la derecha y colapso a nivel distal/intratorácico. Es llevada a resección de urgencia por esternotomía debido a sospecha de carcinoma anaplásico de tiroides y alto riesgo de falla ventilatoria. Posteriormente se realiza diagnóstico microscópico e inmunohistoquímico de IgG4-RTD.

Conclusiones: La IgG4-RTD es una entidad subdiagnosticada por su presentación inespecífica y desconocimiento por parte de la comunidad médica. Es importante tenerla en cuenta en el abordaje de pacientes con lesiones tumefactas en cuello. Reportamos el tercer caso de IgG4-RTD en Colombia, diagnosticado por histopatología y manejado quirúrgicamente con buenos resultados y una evolución clínica satisfactoria.

03 - ID546

Enfisema subcutáneo posterior a microcirugía láser para el tratamiento de cáncer de laringe: Reporte de caso

José Antonio Hakim Tawil; Nicolás Granados Casallas; Juan José Santiváñez Palomino
Fundación Santa Fe de Bogotá
juanjose2424@hotmail.com

Introducción: Frente al cáncer de laringe se han desarrollado técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas para reducir la morbilidad, así como también para la preservación laríngea. En casos seleccionados, la laringectomía láser ha mostrado distintas ventajas frente a la técnica abierta; los resultados oncológicos son similares. El objetivo de este trabajo es reportar el caso de enfisema cérvico-cutáneo posterior a laringectomía láser, la cual es una complicación rara.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad con 2 años de evolución de disfonía, se realiza nasofibrolaringoscopia, en la que se observa lesión tumoral en cuerda vocal izquierda con compromiso de la comisura anterior y extensión hacia tercio anterior de la cuerda derecha, con biopsia que reporta carcinoma infiltrante de células escamosas. En estudios adicionales no se evidenció compromiso del cartílago, ni a distancia.

Se realizó cordectomía láser, procedimiento sin complicaciones inmediatas. Es extubado y trasladado a recuperación donde presenta intenso episodio de tos, seguido de enfisema subcutáneo progresivo. Se realizó laringoscopia, sin evidencia de sangrado ni otro hallazgo patológico; posteriormente es reintubado.

Resultados: El paciente es llevado a vigilancia en UCI; posterior a observación de 24 horas es extubado, con adecuada evolución clínica, disminución de enfisema y finalmente dado de alta. La patología definitiva confirmó carcinoma epidermoide infiltrante. El seguimiento mostró resolución completa del enfisema. Continuó manejo con radioterapia.

Conclusiones: El enfisema subcutáneo es una complicación muy rara, siendo menor al 1 % de las complicaciones con esta técnica quirúrgica. Dada la limitada literatura disponible se requieren

estudios adicionales para determinar el mejor manejo

03 - ID662

Escamosarcoma primario de lengua: reporte de caso

Estaban Diazgranados; Juan Fernando Castañeda; José Luis Romero

Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.
cxcabezaycuello@fucsalud.edu.co

Introducción: El escamosarcoma de lengua es un tumor maligno compuesto de células epiteliales y mesenquimales. Su presentación clínica es extremadamente infrecuente como neoplasia primaria con pocos casos presentados a nivel mundial. El presente trabajo reporta un caso de este tipo de neoplasia de cavidad oral.

Métodos: Paciente femenina de 49 años de edad con aparición de masa de lesión de aspecto papilar en el lado hemilengua izquierda con aumento de tamaño, limitación para la deglución y fonación.

Resultados: Se realiza manejo quirúrgico con hemiglosectomía izquierda, vaciamiento supraomohioideo evidenciando tumor de aproximadamente 7,6 cm pediculado dependiente de base de hemilengua izquierda con extensión y compromiso de pliegue glossofaríngeo ipsilateral y pilar anterior de la fosa amigdalina del lado izquierdo, el arco palatogloso que se reseca en su totalidad. Adenopatías macroscópicamente sospechosas en estaciones supraomohioideas con reporte de patología Tumor tipo carcinoma escamocelular de célula grande y queratinizante bien diferenciado y componente fusocelular y epitelioides con actividad mitótica elevada y áreas de calcificación, entidad oncológica de baja incidencia con baja evidencia en manejo oncológico con un ganglio linfático de 16 comprometido por carcinoma metastásico sin compromiso perinodal. Posteriormente, de acuerdo a indicación de oncología clínica, se indicó protocolo de quimioterapia basada en platinos (cisplatino) de la cual finaliza 3 ciclos y 30 ciclos de radioterapia. Sin embargo, sin evidencia científica disponible dado baja frecuencia de presentación de la misma y mal control de enfermedad oncológica

Conclusiones: El carcinosarcoma es un tumor maligno raro compuesto por un componente epitelial maligno y mesenquimatoso maligno extremadamente infrecuente del cual no se cuenta con un algoritmo de manejo específico. No hay evidencia de la utilidad de la radioterapia o la quimioterapia para el carcinosarcoma cutáneo ya que solo un pequeño número de pacientes recibió dicha terapia.

03 - ID977

Fasciitis necrosante cervical espontánea - A propósito de un caso

Luis Francisco Mendoza Castillo; Carlos Andrés Samacá Cedeño; Fernando Ulloa; Rogers Leonardo Baquero; Esteban Diazgranados; Juan De Francisco Zambrano; Álvaro Granados Calixto; Álvaro Gallego Ojeda

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud; Hospital de San José, Bogotá, D.C.
luis.mendoza96@hotmail.com

Introducción: La fasciitis necrosante está definida como una necrosis de la fascia muscular y la grasa subcutánea subyacente al componente muscular, generando una extensión rápida y progresiva.

Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 50 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia con presencia de una fasciitis necrosante espontánea con manejo quirúrgico y médico.

Resultados: Paciente con progresión rápida, llevada a cirugía de urgencia con hallazgos de trombosis de vena yugular interna, paciente con admisión a unidad de cuidados intensivos. Con realización de múltiples lavados de la herida quirúrgica, hasta la colocación de sistema de presión negativa. La paciente fue llevada en múltiples ocasiones a lavados quirúrgicos, con colocación de sistema de presión negativa con presión de 120 mmHg, con adecuada tolerancia y mejoría del proceso de cicatrización.

Conclusiones: Presentamos el caso de una paciente sin antecedentes patológicos de importancia que presenta fasciitis necrosante espontánea, quien requirió manejo

multidisciplinario, con uso de sistema de presión negativa. Presentó una resolución adecuada de su patología y cicatrización esperada, con posterior colgajo por parte de cirugía plástica.

03 - ID996

Inusual caso de carcinoma papilar de tiroides del conducto tirogloso en una paciente de 9 años

Jorge Eduardo Peñaloza Wandurraga; Rafael Roberto Peña Fernández; César Moreno Granada
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
jorgeduardo432@gmail.com

Introducción: El quiste del conducto tirogloso es la enfermedad congénita más común de la glándula tiroides, con una prevalencia del 7 % en la población general; aproximadamente 1 % de los casos cursan con carcinoma del quiste del conducto tirogloso, con una mayor incidencia en la cuarta década de la vida, siendo el carcinoma papilar de tiroides el más frecuentemente identificado (80 % de los casos).

Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 9 años de edad que consulta por una masa en línea media cervical.

Resultados: Paciente de 9 años que consulta por aparición de masa en línea media cervical a nivel del hioides de 50 días de evolución, aumento progresivo del tamaño, dolorosa, llevada a procedimiento de Sistrunk con resección del cuerpo del hioides y hasta la base de lengua, obteniéndose lesión de 2 x 2 cm de consistencia líquida. La patología reporta carcinoma papilar de tiroides de 1,8 cm de diámetro sin invasión vascular, linfática, neural u ósea, bordes de sección libres de tumor; estudios de extensión sin adenomegalias patológicas, glándula tiroides de características imagenológicas normales, sin indicación de tiroidectomía total realizándose seguimiento clínico.

Conclusiones: El carcinoma del quiste tirogloso es una entidad inusual en la población pediátrica, con solo 10 casos reportados en la literatura inglesa en menores de 12 años. Aún con controversia en la decisión de realizar tiroidectomía total, en el caso presentado dado los márgenes libres y ausencia

de compromiso tiroideo y/o linfático se optó por manejo expectante.

03 - ID669

Manejo quirúrgico de un carcinoma de célula grande de hipofaringe: Reporte de caso y revisión de la literatura

Juan Carlos Forero Turca; Juan Fernando Castañeda; María Mercedes Oviedo Gómez

Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.

jcforero@fucsalud.edu.co

Introducción: El cáncer de la hipofaringe corresponde aproximadamente al 5 - 6 % de todos los tumores de cabeza y cuello, adicionalmente es uno de los tumores con peor pronóstico dado que presenta una tasa de supervivencia a 5 años de menos del 35 %. Esto último se debe dado a que la hipofaringe anatómicamente involucra diferentes estructuras que se ven afectadas comúnmente. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentra disfagia, odinofagia, disnea y estridor cuando existe compromiso de la vía aérea. En más del 80 % de los casos el diagnóstico es tardío cuando estos síntomas afectan la calidad de vida de los pacientes.

Métodos: Reporte de caso clínico en el Hospital Infantil Universitario de San José.

Resultados: Presentación de caso con resultado favorable, no recaída.

Conclusiones: Muchos esquemas de tratamiento se han venido desarrollando entre los cuales la quimioterapia y la radioterapia han sido de los más usados. Sin embargo, la cirugía en los últimos años ha obtenido un rol más importante sobre todo con el desarrollo de la cirugía robótica en el área de cabeza y cuello. De esta manera se quiere dar a conocer un caso clínico que fue manejado en la institución con resultado favorable y que abre el espacio para la controversia en este tipo de tumores.

03 - ID658

Migración de una espina de pescado desde la orofaringe al exterior: manejo clínico de la perforación esofágica

Alfonso Pabón; Álvaro Granados Calixto; Esteban Diazgranados; Juan De Francisco Zambrano; Rogers Leonardo Baquero; Fernando Ulloa Gordon; Santiago Ángel Vargas

Hospital de San José, Bogotá, D.C.; Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud

alfonso.pabon@hotmail.com

Introducción: La ingestión involuntaria de cuerpos extraños en el tracto digestivo superior es una causa frecuente de consulta a los servicios de urgencias, siendo la tercera emergencia endoscópica digestiva no biliar después de la hemorragia de vías digestivas. Presenta una incidencia del 4 %; su mayor prevalencia se notifica en niños y adultos de 30 a 59 años de edad, y está asociada con una mortalidad de 1500 pacientes al año en los Estados Unidos. La distribución por sexo varía según los estudios, mostrando un predominio masculino.

Métodos: Presentación de un caso clínico de interés.

Resultados: Se expone un caso de una paciente femenina quien presentó la ingestión de una espina de pescado, la cual migró desde la orofaringe al exterior, presentando importantes cambios inflamatorios a nivel cervical; sin embargo se ofreció manejo expectante con resultados satisfactorios.

Conclusiones: La ingestión accidental de cuerpos extraños en adultos está asociada principalmente a los alimentos, representando una incidencia anual de 13/100.000 personas. Existe cierta predisposición a presentarse en personas mayores, con alteraciones psiquiátricas, discapacidades del desarrollo, o en personas bajo los efectos del alcohol que buscan una ganancia secundaria.

03 - ID502

Miositis purulenta del esternocleidomastoideo: Reporte de casos

Gelber Yesid Barrera Diaz; Jeinny Lucero Ruíz Muñoz; Mónica Liseth Holguín Barrera; Lorena García Agudelo

Hospital Regional de la Orinoquía, Yopal

gybarrera@uniboyaca.edu.co

Introducción: La miositis infecciosa purulenta, también conocida como Piomiositis tropical, es una infección piógena de los músculos esqueléticos que suele presentarse con formación de absceso. La infección muscular cervical es infrecuente.

Métodos: Reporte de caso.

Resultados: Paciente femenina de 51 años procedente de área rural región tropical, con cuadro de una semana de dolor en antebrazo derecho irradiado al hombro y región lateral derecha del cuello, que limitaba la rotación del cuello, escalofríos, náuseas y vómito; con antecedente de HTA en tratamiento con losartán y carvedilol. Al examen físico presentaba cuello doloroso a la palpación en zona II derecha, con eritema, calor, y rubor.

Paciente masculino de 14 años, procedente de área rural, zona de clima templado sin antecedentes de relevancia, con cuadro de 15 días de masa en cara lateral derecha del cuello y fiebre, manejado previamente con amoxicilina y acetaminofén por 7 días, sin mejoría. Al examen físico tumefacción dura, fija, dolorosa a la palpación, en cara lateral derecha de cuello, sin afectación ganglionar.

A los dos pacientes se les solicitaron exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, presentaron leucocitosis y se identificó lesión por ecografía y tomografía en zona II de cuello con afectación a nivel del músculo esternocleidomastoideo en región lateral derecha. Se les practicó drenaje quirúrgico exitoso y antibioticoterapia a los dos pacientes, con resolución del cuadro.

Conclusiones: La miositis infecciosa purulenta a nivel cervical es poco frecuente, los estudios de imagen son primordiales para definir tratamiento oportuno y se deben usar antibióticos de amplio espectro. Esta patología puede ocasionar sepsis e incluso la muerte.

03 - ID929

Osteosarcoma de alto grado tipo fibroblástico con tumoración gigante dependiente de maxilar superior. Caso clínico de resultado quirúrgico y reconstrucción facial exitosa

Joaquín Andrés Suárez Mesa; Álvaro Uribe Tamara; Andrey Moreno Torres; Paula Andrea López Muñoz
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.;

Universidad El Bosque
jasuarezme@gmail.com

Introducción: El osteosarcoma es el tumor primario óseo sólido más frecuente, siendo aproximadamente un 20 % de los sarcomas primarios de hueso. En gran proporción es una enfermedad de la edad juvenil; más del 75 % de los casos aparecen en pacientes menores de 25 años. En el presente caso presenta una gran tumoración facial dependiente de maxilar superior tratada en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia, el cual correspondió a un gran reto quirúrgico dada la gran extensión de la lesión con compromiso hasta la base del cráneo.

Métodos: Presentación de caso clínico, resultado quirúrgico y reconstrucción facial exitosa.

Resultados: Independientemente de la extensión de la gran tumoración facial con diámetro mayor de 15 cm, originaria del maxilar superior con extensión a hemicara derecha y base de cráneo, en una paciente femenina de 28 años, siendo un gran reto quirúrgico, se logró resear completamente la lesión con una reconstrucción facial exitosa, sin complicaciones intraoperatorias.

Conclusiones: Las neoplasias óseas localizadas en la cara representan un gran reto respecto al tratamiento quirúrgico, el cual dependiendo de su extensión representa una alta morbimortalidad, por lo cual cobra una gran relevancia la presentación de un caso complejo con resultado quirúrgico exitoso en un centro de alta experiencia en el manejo del paciente oncológico como el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia.

03 - ID964

Perforación de arteria carótida común por ingesta de espina de pescado: Reporte de caso

Leonardo González Cárdenas; Rafael Rodrigo Santos Jiménez; Luis Felipe Cabrera Vargas

Hospital de Meissen, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional de Colombia; Universidad Militar Nueva Granada

legonzalezca@unal.edu.co

Introducción: La ingesta accidental de espina de pescado es una consulta común en urgencias. El

abordaje inicial es endoscópico siendo infrecuente el manejo quirúrgico y aún más anecdótico encontrar compromiso de la carótida común por este tipo de cuerpos extraños.

Métodos: Paciente de 68 años de edad, consulta por sensación de cuerpo extraño tras ingesta de pescado, examen físico sin alteraciones. Se realiza endoscopia encontrando una espina de pescado enclavada en mucosa esofágica derecha a 15 cm de los incisivos, se extrae dejando una perforación de 3 mm. Se realiza angiotomografía cervical mostrando un cuerpo extraño de 20 mm de longitud posterior al lóbulo tiroideo derecho. Se realiza cervicotomía encontrando la espina de pescado perforando la carótida común derecha, requiriendo arteriorrafia y esofagorrafia. La paciente evoluciona satisfactoriamente durante su hospitalización.

Resultados: El cuerpo extraño ingerido más común es la espina de pescado y representa una patología con alto potencial de complicaciones. Las áreas más comunes donde se alojan son amígdalas, base de lengua, fosa piriforme, y área cricofaríngea, siendo el esófago menos del 5% de los casos. El primer abordaje es endoscópico y de ser negativo se debe sospechar la migración de la espina. Las imágenes son fundamentales para ubicar con exactitud la espina, planear su extracción y dar manejo a las infrecuentes complicaciones como la presentada en nuestro caso.

Conclusiones: En la ingesta de espina de pescado, es importante evitar el retraso diagnóstico que aumente el riesgo de migración de la misma y sus complicaciones, que aunque infrecuentes, representan una morbilidad significativa para el paciente.

03 - ID655

Quiste de la primera hendidura branquial: a propósito de un caso y revisión de la literatura

Santiago Ángel Vargas; Rogers Leonardo Baquero; Juan Fernando Castañeda; Iván Moncada; Natalia Urrea

Hospital de San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
cxcirugiabezaycuello@fucsalud.edu.co

Introducción: Las anomalías branquiales del primer arco constituyen una malformación congénita infrecuente, representando entre 1 y 8 % del total de las malformaciones branquiales. Se desarrollan por la fusión incompleta de la hendidura faríngea entre el primer y el segundo arco branquial. La alteración puede originarse en cualquier nivel a lo largo del tracto embrionario residual de la primera hendidura branquial.

Métodos: Presentación de un caso clínico de interés.

Resultados: Se expone un caso clínico infrecuente de una paciente femenina de 27 años de edad con presencia de un quiste de la primera hendidura branquial, la cual fue llevada a resección quirúrgica, procedimiento quirúrgico ejecutado de manera exitosa con excelentes resultados.

Conclusiones: Las anomalías del primer arco branquial son poco comunes. Cuando nos enfrentamos a pacientes con este tipo de lesión, es necesario agotar los recursos diagnósticos para poder resolverlo con la mayor información posible. El diagnóstico preoperatorio de estas anomalías no es certero, siendo importante descartar alguna lesión subyacente que cambie el pronóstico y manejo del paciente.

03 - ID657

Resección de lesión de hipofaringe mediante técnica TOUSS

Santiago Ángel Vargas; Rogers Leonardo Baquero; Juan Fernando Castañeda; Natalia Urrea

Hospital de San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
sangel@fucsalud.edu.co

Introducción: La Cirugía UltraSónica TransOral fue desarrollada como una alternativa económica y alcanzable a la cirugía robótica transoral para abordar tumores faríngeos y laríngeos. Se logra una adecuada exposición y amplia visión de la faringe y la laringe consiguiendo resultados oncológicos y funcionales adecuados con marcada reducción en la morbimortalidad.

Métodos: Presentación de un caso clínico de interés.

Resultados: Paciente masculino con cuadro de 4 años de evolución de lesión pediculada a nivel de hipofaringe de tamaño considerable la cual se abordó mediante técnica TOUSS con resultados funcionales y de resección adecuados, sin complicaciones en su postoperatorio y retorno temprano a sus actividades.

Conclusiones: Los avances tecnológicos innovadores en las últimas dos décadas han conducido a la transición hacia la próxima generación de técnicas mínimamente invasivas y protocolos quirúrgicos endoscópicos que cambian el panorama quirúrgico en el manejo de algunos cánceres de cabeza y cuello. Para tumores del tracto aerodigestivo superior, especialmente laringe y orofaringe, se han desarrollado naturalmente en torno a la exposición transoral, utilizando microcirugía láser transoral o cirugía robótica transoral o una combinación de ambos.

03 - ID946

Mature teratoma as a parapharyngeal tumor in a newborn

Alexandra Bastidas Santacruz; Gabriel Sánchez de Guzmán; Aníbal Manuel Ariza Gutiérrez; Santiago Andrés Suárez Gómez

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.; Pontificia Universidad Javeriana
alexandrab92@hotmail.com

Introduction: Germ cell tumours originate from abnormal differentiation from oocytes and spermatocytes. Approximately 25% of tumors in the newborn are teratomas and they can be classified depending on their characteristics, level of differentiation and localization. Cervical teratomas are associated with high mortality due to airway obstruction. Few cases of surgical removal of cervical teratomas are reported in the literature.

Methods: Male newborn patient with a gestational age of 41 weeks born by C-section with a cervical mass on the left peri-amygdaline region which caused respiratory distress requiring orotracheal intubation. Neck MRI and a neck CT scan, which reported a cervical mass with its epicentre within the left parapharyngeal space obliterating completely the nasopharyngeal

lumen. The 41 days old patient was considered candidate for mass removal and intervened by the team of Paediatric Surgery in conjunction with Neck and Head Surgery. The surgical procedure was a neurovascular decompression of left cranial nerves and pharyngoplasty.

Results: The patient had a successful post-op recovery. He was successfully extubated 6 days after the procedure, on day 12 he was cleared for oral breastfeeding and discharged 14 days after the surgery. He had his first follow up 22 days after discharge with a favorable recovery without complications. Next follow up pending.

Conclusions: Mature parapharyngeal teratomas require surgical resection due to airway compression while being careful with blood vessels and cranial nerves. Post-op care is crucial for favorable surgical evolution. Literature reports few successful cases of newborn surgical interventions with favorable patient recovery.

03 - ID773

Teratoma mediastinal en relación con nódulo tiroideo

Laura Viviana Tinoco Guzmán; Juan Sebastián Valencia Fajardo; Julián Andrés Molano; Luis Fernando Tintinago

Fundacion Valle del Lili, Cali; Universidad ICESI
Lautinocog@gmail.com

Introducción: Los teratomas son tumores raros que tienen como origen las células germinales, producto de una alteración en la diferenciación embrionaria. Contienen tejidos derivados de las tres capas germinales. Representan del 8 al 10 % de los tumores de mediastino anterior. El teratoma maduro se presenta principalmente en la región sacrococcígea, gonadal, mediastinal y retroperitoneal. Es de crecimiento lento y su incidencia es en la tercera y cuarta década de la vida. La mayoría de los pacientes tienen un curso asintomático, sin embargo pueden debutar con síntomas secundarios a compresión de la vía área o digestiva.

Métodos: Paciente de 62 años de edad con antecedente de nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo en seguimiento por endocrinología. El paciente

manifiesta exacerbación de síntomas dada por disfagia, disfonía y tos persistente. Se realiza ecografía que reporta nódulo tiroideo izquierdo sólido con medidas de 46x27x33 mm con calcificaciones. Se realiza biopsia la cual reporta Bethesda III. Se decide llevar al paciente a cirugía. Como hallazgo intraoperatorio se encuentra lesión de consistencia firme multilobulada de 4x5 cm con contenido sebáceo y piloso en su interior; con origen en timo, que se extiende desde el polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo hasta la región retroesternal. Resultado de histopatología compatible teratoma quístico maduro mediastinal.

Resultados: Paciente es dado de egreso sin complicaciones, con seguimiento a 2 meses sin síntomas asociados.

Conclusiones: El teratoma tímico es un tumor poco frecuente con escasos reportes en la literatura, que debe ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial de masa mediastinal. El diagnóstico es esencialmente histopatológico. El tratamiento de elección es quirúrgico con adecuada evolución clínica.

Mama y tejidos blancos

03 - ID989

Carcinoma escamocelular infiltrante de mama: A propósito de un caso

Laura Pinzón; Víctor Ruano Flórez; Juan Llamas; Juan Correa; Francisco Herrera Sáenz

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena

lpinzonm@unicartagena.edu.co

Introducción: Es una neoplasia extremadamente infrecuente, representa menos del 0,1 % de todos los cánceres mamarios. Es un reto diagnóstico tanto histológico como radiológico. Es un tumor agresivo con pobre respuesta al manejo quimioterápico. Su etiología aún no es clara. Se describen cambios metaplasicos en las células de un carcinoma ductal o cambios asociados a procesos inflamatorios.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 48 años con antecedente de quiste complejo de mama derecha, que ingresa por cuadro clínico de 3 meses de evolución, con presencia de

una masa en mama derecha de aproximadamente 12x14 cm, con evidencia de zona central fluctuante, asociado a rubor, calor y edema.

Resultados: Ecografía de mama que evidencia masa mixta con alta sospecha de malignidad en mama derecha categorizada como BIRADS 5. Tomografía de tórax que evidencia masa abscedada en mama derecha con adenopatías ipsilateral. Biopsia de lesión que reporta carcinoma escamocelular infiltrante en mama derecha.

Conclusiones: Nos encontramos ante una patología infrecuente cuya etiología es poco conocida y de la cual se ha evidenciado una pobre respuesta al tratamiento oncológico. Es entonces donde la intervención quirúrgica con fines de citoreducción cumple un papel importante en el manejo de estos pacientes con el fin de mejorar su pronóstico.

03 - ID651

Hamartoma fibroso de la infancia en una localización inusual: Reporte de caso

Franco Jesús Segnini Rodríguez; Isabella Roa; Edgar Salamanca; Santiago Correa

Fundación Cardioinfantil – La Cardio, Bogotá, D.C.

franco_segnini@hotmail.com

Introducción: El hamartoma fibroso de la infancia es una entidad poco frecuente, se han reportado poco mas de 200 casos en la literatura, representa el 0,02 % de todos los tumores de tejido blando benignos. Afecta principalmente a hombres con una diferencia de 2:1; la edad media de presentación es a los 15 meses, siendo tratados en su mayoría a los 2 años de vida. El primer reporte de un hamartoma fibroso en el escroto fue en 1975 por Louis Dhener, y desde entonces se han descrito sus síntomas, hallazgos imagenológicos y tratamientos en esta área específica; en esta ubicación el tamaño más común es de 3 cm y presenta una incidencia del 9 %

Métodos: Revisión de historia clínica y firma de consentimiento informado.

Resultados: Caso clínico de un paciente de 1 año y 2 meses de vida, sin antecedentes perinatales de importancia, quien desde los 10 meses de vida la madre nota una masa de aproximadamente

5 mm en borde inferior del escroto izquierdo. El paciente es llevado a urgencias donde realizan estudios imagenológicos incluyendo ecografía de abdomen, testicular y RNM de pelvis reportando lesión de 33 x 30 mm en región escrotal izquierda que sugiere neoplasia de tejidos blandos de etiología inespecífica. Se decide realizar biopsia de masa con reporte de hamartoma fibroso de la infancia, es llevado a cirugía resecando masa de aproximadamente 10 cm de longitud comprometiendo periné, escroto izquierdo y tejidos blandos profundos.

Conclusiones: El paciente evoluciona favorablemente y en el seguimiento a los 11 meses no presenta signos o síntomas de recaída.

03 - ID1009

Liposarcoma mixoide metastásico a mama

Claudia Marcela Pineda Bernal; Daniela María Cuadrado Franco

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
marce_12_30@hotmail.com

Introducción: Las metástasis en mama son poco frecuentes. Cuando la neoplasia es extramamaria, representa aproximadamente 2 % de las metástasis a este nivel. El origen de las metástasis con muy poca frecuencia es de tejidos blandos, como el presentado en nuestro caso, cuyo primario es un liposarcoma mixoide con única lesión metastásica en seno. Los liposarcomas mixoides representan el segundo subtipo más frecuente de liposarcomas en todos los grupos etarios. Se presentan con mayor frecuencia en los tejidos blandos de extremidades, principalmente muslos.

Métodos: Paciente femenina de 50 años con diagnóstico desde año 2018 de liposarcoma mixoide en miembro inferior derecho manejado con radioterapia neoadyuvante, posterior amputación supracondílea, finalizando tratamiento con quimioterapia. En el seguimiento a los 2 años de completado el tratamiento, presenta lesión nodular en mama derecha con evidencia de liposarcoma mixoide con componente de células redondas en más del 90 % metastásico.

Resultados: Los liposarcomas son el segundo subtipo más frecuente de los sarcomas, tienen

un alto riesgo metastásico, mayor al 10 %, hasta un tercio de los pacientes, en contexto de un alto grado histológico, dado por la presencia de un componente superior al 5 % de células redondas, condicionando peor pronóstico para el paciente.

Conclusiones: Es poco frecuente la presentación de lesiones metastásicas en seno cuya neoplasia primaria es extramamaria y aún más infrecuente que se presente como una lesión única y el origen sea un tumor de tejidos blandos como en nuestra paciente (liposarcoma mixoide). La mayoría de las lesiones metastásicas del seno suelen ser secundarias a un cáncer de mama contralateral. Se considera que la causa de la baja incidencia de lesiones secundarias en mama está dado por el alto porcentaje de tejido fibroso junto con baja suplencia vascular, explicando igualmente el por qué la mayoría de las metástasis en seno predomina en mujeres jóvenes menores a 50 años.

03 - ID726

Neurofibromatosis del complejo areola pezón: reporte de un caso

Mónica Patricia Torres Delgado; Diana Currea; Sara Loaiza

Fundación Valle del Lili, Cali
mptorresd@gmail.com

Introducción: La neurofibromatosis (NF) es un trastorno genético hereditario que se caracteriza por la presencia de tumores benignos que surgen del sistema nervioso periférico. Su presentación en la mama es rara. Presentamos el caso de una paciente con NF en el complejo areola-pezón tratado en la Fundación Valle del Lili (FVL).

Métodos: Reporte de caso.

Resultados: Mujer de 25 años, sin antecedentes de importancia. Consultó a la FVL por lesión hipertrófica de la areola y los cuadrantes inferiores de la mama izquierda. Al examen físico se evidenció lesión exofítica del pezón izquierdo de aproximadamente 8x5 cm de diámetro, deformando la superficie de la glándula mamaria. No se evidenciaron otras lesiones en el cuerpo. Se indicó tomar biopsia de piel con sacabocado que reportó acantoma de células claras. Se decidió llevar a cuadrantectomía central en mama

izquierda y colgajo glandular. La patología final demostró neurofibroma aislado. La paciente presentó adecuada evolución postoperatoria, sin recurrencia hasta la actualidad

Conclusiones: La NF tipo 1 es una enfermedad autosómica dominante que tiene una incidencia de 1 en 3000 individuos. Afecta principalmente al sistema nervioso periférico. Se han informado varias series de casos de pacientes con NF1, pero hay muy pocos informes publicados sobre neurofibromas del complejo areola-pezón. En nuestro caso, estas lesiones se abordaron mediante la extirpación circunferencial de la piel areola-pezón redundante que contenía los neurofibromas, mientras se aislaba el pezón sobre un pedículo ductal y vascular central. Este caso demuestra una presentación rara de NF como neurofibroma solitario en el área areola-pezón. Este diagnóstico puede simular otros tumores más agresivos. El diagnóstico se basa en la patología.

03 - ID1001

Partial resection of the psoas muscle as management of a high-grade pleomorphic retroperitoneal sarcoma: a case report

Darit Alfonso Molinares Pérez; María Juliana Daniela Hernández Ferreira; Daniela Cuadrado; Mauricio García Mora; Sandra Esperanza Díaz Casas
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
darit30@gmail.com

Introduction: Complete surgical resection is the preferred management of retroperitoneal sarcomas. The goal of surgery should be to achieve macroscopically tumor-free margins to achieve R0 resections. Multivisceral resection is currently used for infiltrating retroperitoneal tumors involving the psoas due to its close relationship with nearby structures.

Methods: We present the case of a 50-year-old male patient who attended with pain in the left lumbar region radiating to the ipsilateral lower limb, which was accentuated with hip flexion, and loss of 8 kg of weight in 11 months. An abdominal CT scan was performed which reported a solid and cystic mass dependent on the left psoas

iliac muscle measuring 125 x 60 x 58 mm. A percutaneous CT-guided biopsy reported a high grade retroperitoneal pleomorphic sarcoma. The patient was taken to an exploratory laparotomy to attempt for resection of the lesion which was firmly adhered to vascular structures, displacing the ureter and kidney, reason for which it was considered unresectable at that moment. Neoadjuvant radiotherapy and chemotherapy with MAI scheme was started. It was decided to schedule again for a surgical resection.

Results: Exploratory laparotomy was performed, the iliopsoas was detached from its muscular origin with a ultrasonic scalpel from the transverse processes and lumbar vertebral bodies to the portion above the inguinal ligament. The muscle and tumor were resected en bloc, a Blake drain was positioned and the procedure was completed without complications. The patient completed 3 days of postoperative hospital stay for pain modulation and was subsequently discharged with no issues. He attended medical control 15 days later, walking with the support of a cane, with adequate pain modulation.

Conclusions: High rates of neuropathic pain in psoas resections of up to 41.4% and functional limitation of the lower limb after partial resection are described in 62% of patients.

Cirugía de tórax

03 - ID998

Atresia bronquial del lóbulo superior derecho: Inusual caso llevado a lobectomía por toracoscopia

Jorge Eduardo Peñaloza Wandurraga; Rafael Roberto Peña Fernández
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
jorgeduardo432@gmail.com

Introducción: La atresia bronquial congénita tiene predilección por varones, con una prevalencia de 1,2 casos por 100.000 personas, ocasionada por la alteración en la formación de un bronquio lobular, con desarrollo normal de la vía aérea distal al defecto, generándose acúmulo de secreción y la consecuente formación de un quiste

denominado broncocele. Se produce ventilación en los alveolos distales al bronquio afectado por vías colaterales (Poros de Kohn y canales de Lambert), evidenciando imagenológicamente hiperlucidez pulmonar en el 67 % de los casos y masa hilar en el 89 %.

Métodos: Reporte de caso clínico.

Resultados: Paciente de 2 años con diagnóstico prenatal presuntivo de malformación adenomatoidea quística, antecedente de neumonía, en quien se realizó TAC de tórax que evidenció hiperinsuflación del lóbulo superior derecho, imagen quística parahiliar derecha con ausencia de comunicación a vía aérea principal, llevada a toracoscopia, con hallazgo de broncocele parahiliar derecho con contenido mucinoso, lóbulo superior derecho parcialmente aislado, con dilataciones quísticas en su parénquima. Se realiza lobectomía sin complicaciones, radiografía de control con adecuada expansión pulmonar, evolución clínica favorable.

Conclusiones: El diagnóstico de atresia bronquial es inusual en la niñez. Suelen cursar de forma asintomática. Respecto al sitio de la atresia, el lóbulo superior izquierdo es el más afectado (64 %), seguido por el lóbulo inferior izquierdo (14 %) y los lóbulos medio e inferior derecho con 8 % cada uno. Existen escasos reportes en la literatura de atresia del lóbulo superior derecho, siendo el manejo quirúrgico el indicado en aquellos pacientes sintomáticos como el presentado por nosotros.

03 - ID656

Empiema pleural complicado con Aspergillus en secuelas de tuberculosis pulmonar: algo para no olvidar

Mario Fernando López Mora; Edison Ramiro Muñoz Delgado; Víctor Alfonso Ruano Enríquez; Dayana Nathalie Díaz Delgado; Julio Alexander Ruiz Ruiz
Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto
mariofdolopez@hotmail.com

Introducción: La infección por Aspergillus afecta generalmente a pacientes con inmunodeficiencias, con afectación típicamente pulmonar por ser la vía

de entrada más común de sus esporas.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad proveniente de Mocoa, Putumayo, con antecedente de tuberculosis pulmonar tratada en 2017, con clínica de un mes de evolución exacerbada en los últimos 7 días de tos con flema y disnea progresiva. En estudios se evidencia caverna gigante izquierda con desplazamiento mediastinal sin visualización de parénquima pulmonar con empiema más fistula broncopleurales ipsilaterales, se maneja inicialmente con toracostomía con mejoría de disnea, en broncoscopia y estudios de empiema se descarta tuberculosis activa con estudios de VIH negativos. En toracoscopia se evidencia atelectasia pulmonar severa hacia mediastino secundario a múltiples membranas purulentas que al liberarse se logra expansión pulmonar del 70 %, con gran compromiso pleural de infección fúngica que en estudios posteriores se identifica Aspergillus por medio de histoquímica; con lo cual se inicia manejo específico con mejora notable de evolución clínica de la paciente.

Resultados: Paciente con Aspergilosis de presentación atípica que con un abordaje diagnóstico y manejo médico quirúrgico adecuado tuvo una mejoría significativa de los síntomas y de calidad de vida.

Conclusiones: La aspergilosis es una patología de curso insidioso que puede tener presentaciones atípicas de difícil diagnóstico. Como en este caso, debuta sobre secuelas de tuberculosis pulmonar, sin embargo, una vez identificado, su manejo oportuno puede evitar complicaciones mortales.

03 - ID636

Experiencia con el tumor fibroso solitario de pleura en un Hospital de 4º nivel: Serie de casos

Víctor Manuel Lazo Santafé; Edgar Alberto Carmona Gómez; Mario Andrés López Ordóñez; Leonel Felipe Mateus Acuña; Juan Camilo Arboleda Mera
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.
vlazo12@hotmail.com

Introducción: El tumor fibroso solitario pleural (TFSP) es una neoplasia poco frecuente, suelen aparecer entre los 50 y 70 años y es de etiología

desconocida. Puede infiltrar a diferentes órganos. La infiltración puede afectar más frecuentemente pleura, pared torácica/abdominal, pulmón, peritoneo, hígado y corazón.

Métodos: Se presenta serie de casos reportando nueve casos de pacientes con TFSP, los cuales se distribuían de forma homogénea entre ambos hemitórax (derecho 55 % e izquierdo 45 %). La distribución lobar en el pulmón izquierdo no presenta variación, pero en el pulmón derecho predomina en el lóbulo inferior (80 %). Dichos tumores oscilan entre los 4 y 30 cm de diámetro mayor en nuestra serie de casos, con un promedio de 16,5 cm. Adicionalmente se extendió al pulmón ipsilateral en el 55 % de los casos.

Resultados: El abordaje quirúrgico fue toracoscopia inicial para detectar carcinomatosis pleural, que fue descartada en todos los casos. Posteriormente la resección del tumor solitario de pleura que se lleva a cabo por toracoscopia en una ocasión (4 cm) y por torcotomía posterolateral en el resto de casos. Asociado a resección pulmonar en cinco casos (55 %). La totalidad de los pacientes presenta adecuada evolución clínica postoperatoria.

Conclusiones: Los tumores fibrosos solitarios de la pleura son de baja incidencia y etiología desconocida. La mayoría de las veces se descubre de forma fortuita o por síntomas pulmonares. La radiografía suele ser reveladora, pero el diagnóstico se apoya en la ecografía y la TC de tórax y se confirma histológicamente. El tratamiento sigue siendo quirúrgico.

03 - ID512

Fístula traqueo-innominada secundaria a lesión térmica durante tratamiento endoscópico de estenosis traqueal: reporte de caso

Daniela Carolina Hernández Álvarez; Mauricio Peláez; César Camilo Medina Suárez; Jorge Alberto Carrillo Bayona

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
d.hernandez2406@gmail.com

Introducción: La fístula traqueo-innominada (FTI) es una comunicación entre la pared anterior de la tráquea y la pared posterior de la arteria

innominada. Es una patología poco frecuente, que causa hemoptisis grave potencialmente mortal. Presentamos el caso de un paciente con una FTI por lesión térmica, secundaria a cortes radiales con papilótomo sobre la tráquea, previo a la dilatación con balón en un paciente con estenosis traqueal.

Métodos: Hombre de 60 años, con estenosis traqueal secundaria a intubación orotraqueal prolongada y traqueostomía, quien presenta hemoptisis masiva después de procedimiento endoscópico con papilótomo sobre la tráquea estenótica, documentándose FTI, la cual es intervenida quirúrgicamente.

Resultados: Neumología realizó fibrobroncoscopia encontrando el orificio principal del tubo orotraqueal en el mediastino con coágulo distal y pulsátil, y el paciente ventilaba a través del orificio de Murphy del tubo orotraqueal. Se liberó la arteria innominada, encontrando destrucción de la pared anterior de la tráquea de 3 cm, estenosis de tráquea mediastinal y coágulo con destrucción de la pared posterior de la arteria innominada. Se reparó lesión de la arteria innominada con polipropileno 5.0 con pledget, y ante la presencia de estenosis y ausencia de la pared anterior de la tráquea se realizó resección de 4 cm de la tráquea mediastinal y reconstrucción traqueal con anastomosis término-terminal.

Conclusiones: La fístula traqueo-innominada se puede presentar como complicación secundaria a lesión térmica de estructuras adyacentes a la tráquea durante una dilatación endoscópica en un paciente con estenosis traqueal. El manejo requiere un equipo multidisciplinario que permita el manejo simultáneo de la vía aérea y del control de la hemorragia a través de abordajes quirúrgicos abiertos, endovasculares o terapias híbridas

03 - ID399

Hemangioma cavernoso costal: Diagnóstico diferencial postquirúrgico

Marcel Leonardo Quintero Contreras; José Alexander Rubiano Pedroza; Patricia Cruz Mojica

Comité Departamental de Cáncer de Pulmón;
Universidad de Pamplona
cirugiadeltorax@gmail.com

Introducción: El hemangioma costal cavernoso posee una incidencia muy baja y los reportes de la literatura científica son reducidos.

Métodos: Paciente femenina de 71 años, con cuadro clínico de seis años de evolución con masa de pared del tórax posterior e izquierda, TC de tórax con masa extrapulmonar dependiente de séptimo arco costal posterior izquierdo con trabécula ósea con mínima captación de contraste (5x4x4 cm) y diagnóstico radiológico de condroblastoma vs condrosarcoma.

Resultados: Lesión constituida por canales vasculares con luces onduladas revestidas por células epiteliales planas, sin atipia, con abundantes hematíes en su interior, soportadas en un estroma fibroconectivo en el que se identifican también trabéculas óseas maduras, algunas con actividad osteoblástica y células de la hematopoyesis inmunoperoxidasa con reactividad resaltando en componente vascular prominente para CD31 y CD34, y focos de recanalización un índice de proliferación celular KI67 del 5 %.

Conclusiones: Los fragmentos óseos metaplásicos, posterior al análisis intraoperatorio y con el apoyo del análisis inmunopatológico, se confirmó diagnóstico diferencial de hemangioma cavernoso costal en séptima costilla. En la revisión de literatura a través de Pubmed se encontraron doce publicaciones en los últimos 10 años. Es de resaltar la importancia del manejo multidisciplinar de este tipo de tumores que brinda un reto diagnóstico importante con el uso de las tecnologías médicas actuales. El diagnóstico de patología postquirúrgico y las posibles complicaciones intraoperatorias probables de acuerdo a las condiciones vasculares de la pieza anatómica que conllevaron un reto adicional para el cirujano tratante y la ejecución técnica del corte y descalcificación en patología para el diagnóstico confirmatorio.

03 - ID798

Lesión de árbol traqueobronquial posterior a trauma cerrado de tórax: Reporte de caso y revisión de la literatura

Jesús David Gómez Barrios; Iván Javier Rodríguez

Acosta; Juan Carlos Varón Cortés; Natalia María Gómez Cadavid; Rafael Eduardo Arraut Gámez; María Eduarda Torres de Franca

Hospital Julio Méndez Barreneche; Hospital General de Barranquilla

Jesusdavidgomezbarrios@gmail.com

Introducción: El trauma cerrado de tórax es una patología común para el cirujano general. Sin embargo las lesiones traqueobronquiales son poco comunes y están asociadas a alta mortalidad. La lesión más común reportada es la del bronquio fuente derecho, carina y tráquea intratorácica. La presentación clínica es variada y puede ir hasta la severidad.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 41 años habitante de calle, ingresa a la institución por trauma cerrado de tórax posterior a recibir golpe con objeto contundente (ladrillo). Ingresó con disnea y dolor torácico. Se constata neumotórax derecho en la Rx tórax. Se realiza toracostomía cerrada derecha sin complicaciones. Al tercer día post-operatorio presenta reaparición de neumotórax derecho, con fuga de aire de magnitud severa. Sospecha inicial de fistula traqueoesofágica y se solicita fibrobroncoscopia, en la que se observa una laceración profunda en la cara posterior del árbol bronquial que compromete carina, bronquio fuente derecho y bronquio intermediario. Se decide realizar reconstrucción abierta de árbol bronquial.

Resultados: Se realiza abordaje por toracotomía postero-anterior derecha. Se realiza la reconstrucción de la pared posterior con puntos separados de vicryl 4-0 logrando adecuada reconstrucción del árbol bronquial con adecuada reexpansión pulmonar. Evolución adecuada, y alta a los 5 días post-operatorios.

Conclusiones: Las lesiones del árbol traqueobronquial asociadas a trauma cerrado de tórax son patologías raras. Deben sospecharse en el contexto de pacientes con características similares a las expuestas en el caso. La fibrobroncoscopia es una herramienta para el diagnóstico y enfoque terapéutico. El manejo debe estar enfocado en un adecuado manejo inicial y una reparación quirúrgica adecuada.

03 - ID506

Manejo conservador de trauma traqueobronquial: Un reporte de caso

Marcel Leonardo Quintero Contreras; Raúl Andrés Vera Gamboa; Diego Felipe Hernández Medina; Jeremías Carvajal Bautista; Diego Fernando Olivera Bríñez

Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta; Universidad Metropolitana; Universidad de Pamplona

cirugiadeltorax@gmail.com

Introducción: El trauma accidental es un factor determinante de morbi-mortalidad en urgencias. Las heridas torácicas son de alta complejidad, convirtiéndose en un riesgo para la vida de los pacientes. Por eso, es indispensable examinar e identificar las lesiones presentes en la cavidad, particularmente las del árbol bronquial, que, aunque son poco frecuentes, están relacionadas con una alta mortalidad.

Métodos: Estudio observacional descriptivo tipo revisión de caso, en el cual se utilizó como instrumento de investigación la historia clínica, para describir el tratamiento instaurado y la forma de manejo en una paciente atendida en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta.

Resultados: Paciente femenina de 23 años, remitida por cuadro de 9 horas de evolución, secundario a caída de 5 metros de altura, con desaturación marcada y sintomatología respiratoria. En estudios se encontró hemo neumotórax derecho, se realiza toracoscopia exploratoria y fibrobroncoscopia, evidenciando contusión pulmonar, lesión y edema de la mucosa traqueal, dada la condición de la paciente se opta por manejo conservador con ventilación mecánica y sistema de drenaje pleural de presión negativa constante. Tras 28 días de manejo conservador, la paciente revierte totalmente su cuadro y es egresada de la institución.

Conclusiones: El manejo conservador es dinámico y multidisciplinario. Con seguimiento clínico, imagenológico y fibrobroncoscópico, puede ser vital en pacientes que no son candidatos a manejo quirúrgico, especialmente los de mal pronóstico.

03 - ID539

Manejo quirúrgico de mediastinitis secundaria a angina de Ludwig: Reporte de caso de una Institución de cuarto nivel en Soacha, Cundinamarca 2022

Mario Fernando López Mora; Andrés Felipe Olaya Rodríguez; Martha Milena Alfonso Gamba; Juan Pablo Torres Mora; Luis Enrique Torres Londoño; Melissa Benavides

Hospital Cardiovascular de Cundinamarca, Soacha
mariofdolopez@hotmail.com

Introducción: La angina de Ludwig es una celulitis rápidamente progresiva del tejido blando del cuello y el piso de la boca, con una tasa de mortalidad entre 0,3 % y 11,8 %. La edad media es de 44,5 años, predomina en hombres hasta en 54 % de los casos. El cuadro clínico descrito es fiebre, hinchazón y dolor de cuello. Así mismo, tiene complicaciones potencialmente letales, como obstrucción de las vías respiratorias, neumonía aspirativa y ruptura arterial carotídea o absceso de la vaina. La mediastinitis es una complicación rara, y es el proceso inflamatorio usualmente infeccioso del tejido conectivo mediastinal y los órganos que esta rodea, registrando una mortalidad entre 17 % y 50 % de los casos.

Métodos: Reporte de caso de una paciente con diagnóstico de angina de Ludwig con mediastinitis secundaria manejada quirúrgicamente mediante lavado mediastinal por toracoscopia.

Resultados: Se presenta el caso de una paciente femenina de 35 años, quien consultó por dolor en región submaxilar izquierda, edema facial y disnea asociada a exodoncia, con tomografía de cuello con colección enfisematosa subcutánea en zona izquierda 1 y 2 con desviación de tráquea, cursando con sepsis pulmonar y de tejidos blandos, mediastinitis secundaria a absceso odontogénico, quien recibió manejo con antibiótico de amplio espectro y manejo quirúrgico, quien finalmente mejoró su cuadro clínico y egresa.

Conclusiones: Nuestro caso no es frecuente, y se presenta con el fin de demostrar que un diagnóstico oportuno, el manejo antibiótico pertinente e intervención quirúrgica son el pilar

para un manejo exitoso en caso de complicaciones por angina de Ludwig tipo mediastinitis.

03 - ID713

Minimally invasive technique with uniport in a successful resection of pericardial cyst

Mario Fernando López Mora; Andrés Felipe Olaya Rodríguez; Martha Milena Alfonso Gamba; Juan Pablo Torres Mora; Luis Enrique Torres Londoño; Melissa Benavides

Hospital Cardiovascular de Cundinamarca, Soacha
mariofdolopez@hotmail.com

Introduction: Pericardial cyst is a rare pathology, present an approximated incidence of 1: 100,000. It is usually found incidentally; there are few reported cases of mediastinal cyst managed with a single port minimally invasive technique. There was not cases reported in Colombia.

Methods: Case report of a pericardial cyst managed with a uniport by thoracoscopy.

Results: An epicardial cyst was detected incidentally in a multidetector computed tomography in a 68 year old women with hipertiroidism and succesfully managed by a single port video assisted thoracic surgery with a succesfull follow up.

Conclusions: Single port minimally invasive thoracic surgery has been reported in recently years. There are few retrospective studies that had shown advantages compared with multiport approach

03 - ID823

Quilotórax traumático corregido por abordaje toracoscópico izquierdo

Cristhian David Arroyave Durán; Jhon Sandoval Rosero; Roberto Arroyave

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E, Cali
cristhian.arroyave@correounivalle.edu.co

Introducción: Las lesiones del conducto torácico están asociadas a procedimientos quirúrgicos y traumatismos cerrados y penetrantes de cuello, tórax y abdomen en un 50 % de los casos, teniendo como manifestación el quilotórax, quilomediastino y/o fistulas quillosas cutáneas, y teniendo

afección derecha en el 60-70 % de los casos. El diagnóstico de quilotórax se establece al encontrar quilomicrones en el estudio de líquido pleural, sin embargo, los niveles de colesterol y triglicéridos también pueden ser utilizados con este fin.

Métodos: Presentamos el caso de 23 años con herida por arma cortopunzante en zona I de cuello, inicialmente con hemoneumotórax izquierdo por lo que se llevó a toracostomía cerrada para drenaje. Luego de un día el drenaje pleural se tornó rosa y posteriormente blanquecino. Se corroboró el diagnóstico de quilotórax con niveles de triglicéridos e inició manejo médico, inicialmente con supresión de vía oral y luego con nutrición parenteral durante una semana. Al no lograr resolución se llevó a toracosopia izquierda identificando lesión a nivel del triángulo aorto-subclavio-vertebral.

Resultados: El abordaje quirúrgico permitió la identificación del sitio de lesión del conducto torácico y se logró ligadura de este con clips metálicos por detrás de la arteria subclavia, logrando así la resolución del quilotórax y la expansión pulmonar completa.

Conclusiones: No existe manejo estandarizado para las lesiones traumáticas del conducto torácico dada su baja frecuencia. No obstante, es fundamental el diagnóstico y manejo oportuno dada la baja probabilidad de resolución espontánea. En este escenario se planteó el manejo conservador con estrategias dietarias y posterior supresión de la vía oral, sin embargo, la resolución del cuadro se logró con oclusión mínimamente invasiva de la lesión.

03 - ID518

Reconstrucción de reja costal: Reporte de caso

Natalia María Gómez Cadavid; Juan Carlos Varón Cortés; Jesús David Gómez Barrios; Rafael Eduardo Arraut Gámez

Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche, Santa Marta
natalia_1380@hotmail.com

Introducción: De los traumas torácicos cerrados, las fracturas costales son lesiones que se presentan con más frecuencia. Alrededor del 20 % de estos pacientes presentan fracturas costales.

Ampliamente el manejo se basa en la higiene pulmonar, modulación adecuada del dolor y ventilación mecánica. Las indicaciones de manejo quirúrgico incluyen: tórax inestable, dolor costal no modulado, deformidad de la pared torácica y fracturas sintomáticas.

Métodos: Paciente de 78 años, quien sufre trauma contundente al ser embestido por un bovino, con posterior dolor intenso y dificultad respiratoria. Se le realizan estudios de extensión, TAC con reconstrucción en 3D y se evidencia fracturas múltiples en reja costal derecha, arcos costales del 6to al 10mo. Se lleva a cirugía en donde se somete a reconstrucción con material de osteosíntesis, con hallazgo adicional de hemotórax coagulado.

Resultados: Paciente al cual se sometió a procedimiento quirúrgico, con abordaje por toracotomía anteroposterior derecha, incisión ahorradora de músculo, se drena hemotórax y se procede a reparación de arcos costales del 6to al 10mo con material de osteosíntesis tipo clip costal de titanio 3D. Toracostomía cerrada en el postoperatorio, asegurando reexpansión pulmonar antes del cierre por planos.

Conclusiones: A pesar de no estar claras las indicaciones de reconstrucción de la reja costal, no se debe ser indiferente ante la probabilidad de utilizarlo como opción terapéutica. Ha mostrado beneficios en los pacientes como una recuperación clínica más rápida, mejor modulación del dolor, control de complicaciones y disminuye la necesidad de ventilación mecánica y de una estancia prolongada en la UCI.

03 - ID963

Síndrome de Good: Timoma, inmunodeficiencia e hipogammaglobulinemia, asociado a aplasia de células rojas y trombocitopenia- reporte de un caso

Edgar Alberto Carmona Gómez; Jorge Andrés Urrutia Gómez; Tatiana Camacho Franco
Hospital Universitario Nacional, Bogotá, D.C.;
Universidad Nacional de Colombia
edgar.carmona@hun.edu.co

Introducción: El Síndrome de Good es una entidad rara, caracterizada por inmunodeficiencia de debut en la adultez en contexto de pacientes con timoma e hipogammaglobulinemia. Se presenta caso de adulto con debut en octava década de vida con asociación de aplasia de células rojas y trombocitopenia llevado a manejo quirúrgico.

Métodos: Hombre de 71 años con antecedente de EPOC y cuadros de exacerbaciones a repetición, anemia severa que requirió soporte transfusional, y trombocitopenia, con hallazgo de masa mediastinal de densidad de tejidos blandos en tomografía abdominal, con reporte histológico de timoma que configura junto a hipogammaglobulinemia, el Síndrome de Good. Dada respuesta subóptima a manejo con inmunoglobulina, y en contexto de manejo oncológico del timoma, se planteó manejo quirúrgico y se realizó exploración mediastinal con resección radical de timo más timectomía por esternotomía con evolución satisfactoria.

Resultados: El manejo quirúrgico del timoma en el Síndrome de Good es controversial dados los diversos reportes de su bajo impacto en la hipogammaglobulinemia y trombocitopenia; no obstante, se ha descrito mejor respuesta a la aplasia de células rojas posterior a la resección quirúrgica. De forma general, su realización se presenta como estrategia terapéutica para manejo oncológico estándar del timoma.

Conclusiones: El Síndrome de Good es una entidad rara, su asociación con aplasia de células rojas y trombocitopenia es aún más infrecuente. Sin embargo el manejo quirúrgico tiene mayor impacto oncológico que en la resolución del síndrome.

03 - ID412

Síndrome del opérculo torácico neurogénico y arterial concomitante con costilla cervical

Jesús David Gómez Barrios; Juan Carlos Varón Cortés; Rafael Eduardo Arraut Gámez; Natalia María Gómez Cadavid; María Eduarda Torres de Franca
Universidad Libre - sede Barranquilla; Clínica Mar Caribe
jesusdavidgomezbarrios@gmail.com

Introducción: El síndrome del opérculo torácico consiste en un conjunto de síntomas que afectan a los miembros superiores, secundario a la compresión de estructuras neurovasculares que atraviesan el opérculo torácico. Una de sus causas es la costilla cervical presentada en menos del 2 % de la población.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina con diagnóstico de TOS con características neurogénicas y arteriales, secundario a costilla cervical donde se realizó manejo quirúrgico con exitoso resultado postoperatorio.

Resultados: Paciente sin antecedentes personales relevantes quien consulta por cuadro clínico de 8 años de evolución de sensación de masa a nivel supraclavicular inicialmente asintomática con posterior presentación de síntomas como sensación de palpitaciones, hormigueo, pérdida de la sensibilidad al tacto fino en cara ántero-medial del brazo y mano derecha exacerbándose en los últimos 4 meses a palidez y frialdad en el miembro superior derecho. Al examen físico se evidencia signos semiológicos sugestivos de compresión de paquete vasculonervioso subclavio derecho. Se realizan estudios de imágenes que confirman compresión del plexo braquial y estructuras vasculares.

Conclusiones: Después del fracaso terapéutico con manejo médico, se realiza manejo operatorio con abordaje supraclavicular detallando disecciones de estructuras anatómicas y resección completa de costilla cervical evidenciando resolución de la sintomatología.

03 - ID794

Trauma cerrado de tórax asociado a fractura completa transversal del esternón posterior a trauma deportivo manejado con sistema MatrixRIB: Reporte de caso y revisión de la literatura

Jesús David Gómez Barrios; Iván Javier Rodríguez Acosta; Juan Carlos Varón Cortés; Natalia María Gómez Cadavid; Rafael Eduardo Arraut Gámez; María Eduarda Torres de Franca
Hospital Julio Méndez Barreneche, Santa Marta;
Hospital General de Barranquilla
Jesudavidgomezbarrios@gmail.com

Introducción: Las fracturas esternales aisladas son una entidad poco frecuente, están asociadas a mecanismos de trauma por impacto directo anterior. La radiografía y el TAC de tórax nos permiten realizar diagnóstico y planeación quirúrgica. La reconstrucción se vuelve un reto al ser lesiones poco comunes.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente masculino de 45 años con trauma cerrado de tórax secundario a trauma deportivo por caída sobre borde de concreto posterior a intentar clavado en piscina recibiendo trauma directo sobre tórax anterior y abdomen. Ingresa con dolor en región torácica anterior, disnea marcada y enfisema subcutáneo. Neumotórax bilateral a la radiografía de tórax. Se realiza toracostomía cerrada bilateral que constata salida de aire al paso del tubo. La tomografía con reconstrucción 3D de reja torácica muestra fractura completa transversal del esternón a nivel de tercera articulación condroesternal bilateral. Ante la presencia de enfisema subcutáneo severo se decide realizar fibrobroncoscopia la cual no reporta anomalías. La paciente se programa para reconstrucción esternal con sistema de barras de titanio.

Resultados: Se realizó reconstrucción esternal con sistema de reconstrucción de titanio MatrixRIB con adecuada reconstrucción esternal, control imagenológico post-operatorio adecuado, buena evolución post-operatoria, y egreso al día 4 de post operatorio.

Conclusiones: El trauma y fractura esternal es una entidad rara y debe sospecharse en traumas por alta energía sobre tórax anterior. Existen múltiples herramientas para realizar la reconstrucción de la lesión. Los sistemas de reconstrucción de titanio tipo MatrixRIB permiten una reducción anatómica con fijación estable de la lesión y conservación de la vascularización, lo cual facilita una movilización precoz y pronta recuperación.

03 - ID555

Tumor fibroso solitario pleural gigante: Reporte de caso tras su manejo quirúrgico

Ana María Ramírez Gómez; Jose Julián Venegas; Lina María Botero Mora; Sandra Beatriz López Tamayo; Katherine Romero Moreno

Universidad de Antioquia; Hospital Alma Mater de Antioquia, Medellín
 anitargomez@hotmail.com

Introducción: Los tumores fibrosos solitarios de la pleura son neoplasias mesenquimales y representan menos del 5 % de los tumores pleurales. Su comportamiento es benigno aunque el 12 % presentan transformación maligna con mal pronóstico. Existen aproximadamente 600 casos publicados en la literatura. Afectan a hombres y mujeres en igual proporción y, si bien ocurre en todas las edades, tiene un pico de presentación entre los 60 y 70 años. No se asocian a exposición a factores ambientales o historia familiar.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente masculino de 62 años, extabaquista pesado, con 7 meses de disnea de grandes esfuerzos, dolor pleurítico izquierdo y pérdida de peso. Tomografía de tórax evidencia tumor pleural izquierdo asociado a desviación mediastinal, descenso del hemidiafragma y restricción respiratoria grave confirmada por espirometría. Patología confirma tumor fibroso solitario. Se realiza resección tumoral por toracotomía posterolateral ampliada, espécimen de 4,7 kg originado en la pleura visceral del lóbulo inferior izquierdo. Una vez se reseca la masa, se logra re-expansión del lóbulo inferior atelectásico.

Resultados: Se traslada paciente a UCI para vigilancia postquirúrgica, con mejoría de la clínica restrictiva y desmonte rápido del soporte ventilatorio. Egresos en buenas condiciones al día 6 postoperatorio. La patología reportó tumor fibroso solitario de alto riesgo por lo que se envió a oncología para definir adyuvancia.

Conclusiones: Los tumores fibrosos solitarios de la pleura gigantes malignos son tumores extremadamente raros, por su tamaño pueden generar restricción pulmonar grave. Su tamaño hace de la cirugía un reto técnico pero sigue siendo el manejo de elección.

Pared abdominal y hernias

03 - ID790

Gran hernia de Grynfelt-Lesshaft: Reporte de caso

Víctor Ruano Flórez; Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Brigitte Dayana García; Juan Llamas; Juan Correa; Asdrubal Miranda

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
 dr.ruanoflorez@gmail.com

Introducción: Las hernias lumbares son defectos muy infrecuentes, siendo más constantes las del cuadrilátero superior o de Grynfelt-Lesshaft. Representan aproximadamente el 1,5-2 %. El triángulo de Grynfelt-Lesshaft se encuentran limitados por la 12ª costilla y el borde inferior del músculo serrato posteroinferior, músculo erector de la columna y el músculo oblicuo del abdomen. Su diagnóstico se realiza principalmente de forma clínica.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 57 años de edad con antecedente de obesidad mórbida (IMC 49,7 kg/m²), quien ingresa al servicio de urgencias por cuadro de dolor tipo punzada a nivel de región lumbar derecha de 1 mes de evolución, con hallazgo al examen físico de masa blanda a nivel de región lumbar superior derecha con sensación de piboteo.

Resultados: La resonancia magnética nuclear de abdomen muestra como hallazgo un defecto en la pared posterior, lumbar derecho, que mide 5x6 cm en sentido transversal, y cefalocaudal a través del cual protruye grasa, y de manera parcial el riñón. Se consideró paciente con compatible con hernia lumbar del triángulo superior, la cual se decide llevar a corrección quirúrgica con hallazgo intraoperatorio de saco herniario el cual posterior a la relajación se reduce gran cantidad de su contenido, con presencia de grasa de Gerota en su interior. Se repara con malla de polipropileno.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico abierto ha demostrado beneficios en este tipo de casos. Los refuerzos protésicos con mallas sintéticas evitan la recidiva, mantienen una tendencia ascendente y se deben utilizar donde existan condiciones para su reparación.

03 - ID668

Hernia hiatal recurrente. Fracaso de manejo quirúrgico y reto para el cirujano

Pablo Sandoval; Rubén Luna

Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque

psandovalt@unbosque.edu.co

Introducción: La hernia hiatal es una condición donde el contenido de la cavidad abdominal se aloja en la cavidad torácica por un defecto del hiato esofágico. A través de los años, diferentes manejos quirúrgicos se han desarrollado para disminuir sintomatología incluyendo la cirugía abierta, laparoscópica y robótica. Sin embargo, a pesar del manejo quirúrgico existe una recurrencia hasta del 42 %. Presentamos el caso de un paciente que ha requerido cinco intervenciones para el manejo de la hernia hiatal incluyendo abordaje laparoscópico, robótico, modificación del tracto gastrointestinal con bypass gástrico y último abordaje vía transtorácico.

Métodos: Se realiza reporte de caso y revisión de la literatura de manejo quirúrgico de hernia hiatal recurrente con antecedente de múltiples manejos quirúrgicos previos.

Resultados: Paciente masculino de 77 años con antecedente de 5 procedimientos quirúrgicos para manejo de hernia hiatal, quien ingresa por cuadro clínico de dificultad respiratoria e intolerancia a la vía oral. Tomografía reporta hernia hiatal con evidencia de pouch gástrico y colon transversal dilatado en su interior. Paciente progresa con dificultad respiratoria lo cual conlleva a falla ventilatoria y requiere manejo quirúrgico de urgencias el cual se realiza por abordaje transtorácico. Paciente presenta adecuada evolución, tolera la vía oral y sin dificultad respiratoria. Sin embargo, reingresa días después con evidencia de hernia diafrágica contralateral.

Conclusiones: El manejo quirúrgico de la hernia hiatal recurrente a pesar de múltiples abordajes y recursos sigue siendo un reto para el cirujano. La alta tasa de recurrencia y sintomatología asociada nos debe hacer plantear más soluciones para los pacientes.

03 - ID761

Hernia lumbar de Petit. Reporte de caso y revisión de literatura

Cristian Johan Gallego López; Helio Fernando Espinosa Cadavid; Nicolás Guerrón Morales; Julián Camilo González Collazos; Carlos Fernando Munar Holguín

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., Cali; Clínica San Francisco

cristiangallego862@gmail.com

Introducción: Las hernias lumbares son una patología exótica en frecuencia. Se evidencia protrusión de vísceras intraperitoneales o extraperitoneales por un punto débil de la pared abdominal posterior. Su etiología puede ser congénita o adquirido. Los sitios de debilidad de esta zona de la pared abdominal posterior son: el triángulo lumbar superior o de Grynfeltt y el triángulo lumbar inferior o de Petit el cual es el caso de nuestra presentación

Métodos: Se presenta el caso clínico de una mujer en su sexta década de la vida con antecedente de hipertensión arterial controlada y obesidad, la cual refiere aparición progresiva de masa en región lumbar en los últimos seis meses y dolor leve sin otra sintomatología

Se realiza una revisión de la literatura en la cual no hay estudios significativos y solo se observan reportes de casos, llamando la atención una revisión sistemática realizada por Tasis y colaboradores entre el 2000-2020 como el estudio de mayor volumen en el cual caracteriza pacientes con esta patología.

Resultados: La hernia de Petit representa una causa rara de consulta pero no menos importante para el cirujano: conocer, diagnosticar y dar tratamiento adecuado. En esta paciente se realizó un abordaje abierto con colocación de malla de polipropileno retromuscular preperitoneal.

Conclusiones: Patología de baja incidencia, puede confundirse con lipomas y/o abscesos, por lo tanto socializar este tema es de importancia para aumentar la sospecha diagnóstica.

La hernia lumbar identificada debe ser operada. El tamaño de muestras y la heterogeneidad de las técnicas quirúrgicas no permite hacer recomendaciones específicas en la literatura disponible.

03 - ID527

Multidisciplinary approach as a treatment option for abdominal wall reconstruction in patients with heart failure: A case report

María Paula Gamboa Bernal; Sebastián David Contreras Páez; Paulo Andrés Cabrera Rivera; Alejandro González; Carlos José Pérez Rivera
Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología, Bogotá, D.C.; Universidad de La Sabana
mpgamboabernal@gmail.com

Introduction: Incisional hernias are among the most frequent complications of abdominal surgery, with an incidence of 4-10% of patients. The multidisciplinary approach according to the patient's needs and their comorbidities has been shown to improve postoperative outcomes. This case report highlights the importance of a multidisciplinary approach including cardiology, general surgery, plastic surgery, anesthesiology, and intensive care unit for abdominal wall reconstruction in a patient with heart failure and reduced ejection fraction.

Methods: We present a case of a 61-year-old patient with long-standing incisional hernia, without surgical correction due to the patient's condition and multiple comorbidities, advanced heart failure with reduced left ejection fraction (10-15%), who underwent a multidisciplinary approach by cardiology, plastic surgery, anesthesiology, intensive care unit, and general surgery.

Results: The patient underwent abdominal wall reconstruction without complications. Due to multiple comorbidities, the patient was admitted to the ICU in the immediate postoperative period. He was discharged 9 days after surgery. The patient did not report long-term complications.

Conclusions: Heart failure is associated with an increased risk of cardiovascular complications

during surgical hospitalization. In patients with multiple comorbidities, the multidisciplinary approach represents an essential strategy in order to improve the surgical outcome, reduce costs to the health care system, and improve the patient's quality of life.

Endoscopia quirúrgica

03 - ID573

Endosonografía con biopsia para el diagnóstico de un linfoma pancreático en paciente VIH positivo: Reporte de caso y revisión de literatura

María Adriana Serrano Gamboa; Edgar Julián Ferreira Bohórquez; Juan Daniel Serrano Lizarazo; Daniela Lucía Carrillo Gutiérrez; Jaime Eduardo Barrera; Hernando Cala Rueda; Jorge Andrés García Vera

Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander; GASTROCAL - FOSCAL Internacional, Floridablanca
adrianasg4.11@gmail.com

Introducción: Los linfomas primarios del páncreas son una entidad extremadamente infrecuente representando solo el 0,1 % de los linfomas y el 0,2 % de los tumores primarios pancreáticos. Debido a la poca especificidad en su sintomatología se requiere la confirmación del diagnóstico mediante una biopsia del tejido neoplásico.

Métodos: Se presenta un caso clínico de un paciente adulto joven con diagnóstico VIH en suplencia con antirretrovirales con clínica de ictericia obstructiva, en quien se documentó una masa a nivel de la cabeza del páncreas por medio de tomografía abdominal contrastada.

Resultados: Se realizó endosonografía y biopsia guiada, obteniéndose imágenes sugestivas de pancreatitis autoinmune vs. neoplasia maligna. El reporte de patología precisa una neoplasia linfoproliferativa B de alto grado con inmunofenotipo centrogeminal, por lo que finalmente se derivó la vía biliar y continuo manejo por hematología.

Conclusiones: Las neoplasias pancreáticas siguen siendo un desafío diagnóstico para el cirujano general de urgencias por su sintomatología inespecífica y hallazgos imagenológicos no concluyentes. En los últimos años se ha evidenciado la utilidad de la endosonografía como una modalidad diagnóstica para neoplasias del tracto gastrointestinal. Tiene una sensibilidad cercana al 100 % cuando se trata de detectar neoplasias malignas pancreáticas, además de tenerse la posibilidad de toma de biopsia por medio de una aguja fina, que es menos mórbida e invasiva que otros métodos, como la laparoscopia.

03 - ID503

Lesión iatrogénica de la vía biliar: Manejo endoscópico

Edgardo Sánchez Gamboa; Julio César Velasco Castro; María Paula Patarroyo Núñez; Luis Carlos Avellaneda Curcho; Lorena García Agudelo
Hospital Regional de la Orinoquía, Yopal
edgardosanchez73@hotmail.com

Introducción: La lesión iatrogénica de la vía biliar es una de las complicaciones más graves de la colecistectomía. Este procedimiento es el más realizado a nivel mundial en cirugía general, se ha convertido en el estándar de tratamiento para colelitiasis sintomática.

Métodos: Reporte de caso clínico de un paciente de 57 años con antecedente de 8 días de cirugía por vesícula biliar necrosada, perforación de bolsa de Hartman por cálculo de 2 cm e inflamación severa. Ingresó por fiebre y dolor abdominal, ecografía abdominal evidenció colección subhepática.

Resultados: La tomografía de abdomen reportó biloma hepático, realizaron laparotomía exploratoria drenaron colección subfrénica y subhepática sin lograr identificar vía biliar ni sitio de escape biliar. Realizaron colangiopancreatografía intraoperatoria evidenciando estenosis filiforme en relación con el área quirúrgica, avanzaron prótesis plástica sobre área estenótica y dejaron dos drenes al lecho vesicular y suprahepático. Recibió terapia antibiótica con ampicilina, sulbactam y metronidazol presentando evolución

satisfactoria. Reingresó a los 8 días cursando con fístula biliar organizada con drenaje, se manejó con terapia antibiótica. Realizaron colocación de una segunda prótesis plástica 7 Fr lateral al primero; cinco días después se colocó la tercera prótesis y al completar terapia antibiótica instaurada dieron egreso. A los dos meses se programó para colocar una cuarta prótesis plástica con éxito, con una adecuada dilatación progresiva de la vía biliar que corroboraron por colangioresonancia de forma ambulatoria.

Conclusiones: La vía endoscópica constituye una herramienta útil en el manejo integral de lesiones iatrogénicas de la vía biliar individualizando el tipo de tratamiento para cada paciente.

03 - ID629

Necrosectomía endoscópica percutánea

Juliana Lucía Molina Valencia; Daniela Giraldo Campillo; Carlos Andrés Delgado López; Juan Camilo Ricaurte Ciro

Universidad de Antioquia; Hospital San Vicente Fundación, Medellín
juli.moli@hotmail.com

Introducción: La pancreatitis necrotizante es una de las complicaciones más temidas de la pancreatitis aguda.

Métodos: Masculino de 33 años, antecedente de obesidad. Ingresó a una institución de mediana complejidad por dolor abdominal, emesis, con posterior compromiso ventilatorio, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda. Realizan tomografía contrastada de abdomen donde se observan cambios inflamatorios del páncreas con una gran colección que se extiende hasta la fosa ilíaca izquierda y pelvis. Se intenta manejo con drenajes percutáneos con catéter multipropósito y varios esquemas antibióticos por sospecha de infección de las colecciones, sin mejoría. Se traslada a institución de alta complejidad, se realiza laparoscopia para drenaje de colecciones y necrosectomía pancreática, encontrando grave proceso inflamatorio que impide hacer un procedimiento seguro, se drenan algunas colecciones, se deja drenaje y se toma muestra de

tejido con germen multiresistente. Se inicia manejo con ceftazidima/avibactam y metronidazol. No presenta mejoría posterior al procedimiento, por lo que se define valoración por el servicio de gastroenterología quienes consideran paciente candidato para necrosectomía endoscópica percutánea.

Resultados: Con guía fluoroscópica se usa catéter multipropósito previo para introducir un stent esofágico cubierto de 16 cm sobre la pared abdominal que servirá como puerto para avanzar el endoscopio a la cavidad. Se realiza la primera sesión de necrosectomía sin complicaciones; 48 horas post-procedimiento con mejoría clínica, sin fiebre y disminución de reactantes de fase aguda.

Conclusiones: El drenaje de la necrosis infectada es uno de los pilares para disminuir las complicaciones sépticas. Los abordajes endoscópicos mínimamente invasivos tienen mejores desenlaces.

Cirugía gastrointestinal

03 - ID988

Adenocarcinoma de duodeno en paciente joven: Reporte de caso

Juan Llamas; Víctor Ruano Flórez; Juan Correa; Daniel López; Juan Carlos Hoyos

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena

jllamasp@unicartagena.edu.co

Introducción: El adenocarcinoma duodenal es una neoplasia infrecuente, representa menos del 1% de todos los cánceres gastrointestinales. Su ubicación más frecuente es la segunda porción del duodeno. Se han identificado diversos factores asociados a su aparición relacionados con la dieta y el consumo de alcohol. Se ha asocia un mayor riesgo en paciente con poliposis adenomatosa familiar. Generalmente suelen ser asintomáticos y la presencia de síntomas como la obstrucción intestinal se asocian a estadios avanzados de la enfermedad.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 27 años sin antecedentes patológicos

conocidos, que ingresa al servicio de urgencias por cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en múltiples episodios eméticos y sensación de plenitud. Sin hallazgos positivos al examen físico.

Resultados: TAC abdominal simple y contrastado que evidencia dilatación del duodeno en primera y segunda porción y hacia tercera porción de duodeno se evidencia masa sólida heterogénea de bordes irregulares que impresiona depender de la pared duodenal con crecimiento exofítico. Endoscopia digestiva que evidencia lesión obstructiva de tercera y cuarta porción de duodeno. Biopsia reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante en tercera porción de duodeno.

Conclusiones: Es necesaria la detección temprana y esclarecer los factores asociados, principalmente en la aparición de esta patología en pacientes jóvenes, teniendo en cuenta que se diagnostica en estadios avanzados y el manejo quirúrgico principalmente está dirigido a la derivación gastrointestinal como medida paliativa.

03 - ID618

Adenocarcinoma del intestino delgado en paciente joven

Camilo Andrés Viaña Ghisays; Alvaro Mauricio Otálora Carmona; Eduardo Valdivieso Rueda; Angie Katherine Álvarez Valderrama

Universidad de La Sabana; Universidad del Sinú - seccional Cartagena; Clínica FOSCAL Internacional, Floridablanca; Universidad Autónoma de Bucaramanga

camilovg5@hotmail.com

Introducción: Paciente masculino de 24 años de edad, con antecedente familiar de primer grado (madre) de adenocarcinoma colon, el cual consulta por cuadro clínico de 6 meses de evolución de dolor abdominal asociado a pérdida de peso, y disminución de frecuencia fecal. Se realiza tomografía de abdomen se observa lesión tipo masa dependiente de las paredes del yeyuno que mide 73x54 mm asociado a adenopatías intra y retroperitoneales. Se realizó biopsia ganglionar percutánea compatible con adenocarcinoma

entérico, por lo luego se procede a resección tumoral, yeyunostomía de aproximadamente 72 cm, vaciamiento ganglionar por laparotomía. Patología documenta adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado con patrón mucinoso.

Métodos: Paciente fue llevado a laparotomía con resección oncológica de yeyuno y vaciamiento ganglionar, luego se verifica patología y se procede a realizar redacción de reporte de caso con documentación fotográfica, evidenciando pocos casos descritos en la literatura que estén relacionados.

Resultados: Paciente masculino en la tercera década de la vida con dolor abdominal y síntomas constitucionales con diagnóstico imagenológico y patológico de carcinoma entérico, que fue llevado a laparotomía para la realización de resección oncológica de yeyuno (aprox. 72 cm) y vaciamiento ganglionar de forma exitosa, con posterior reporte de patología. Documentando adenocarcinoma de intestino delgado moderadamente diferenciado con patrón mucinoso, con bordes de sección libre, pero con compromiso ganglionar local.

Conclusiones: A pesar de ser el adenocarcinoma de intestino delgado una entidad poco frecuente, siempre hay que mantener la alta sospecha para su diagnóstico y más aún en pacientes jóvenes como el presentado en este caso.

03 - ID951

Bezoar de cerdas de cepillo en estómago: Reporte de caso

Héctor Melgarejo; Juan José Rubio Avilez; Juliana Bueno Marín; María Camila Castro Fuentes; María Gabriela Corrales Hernández; Carlos Andrés Cadavid Restrepo; Camilo Andrés Bedoya Motta
Clínica Infantil Colsubsidio, Bogotá, D.C.
hgmelgar@yahoo.com

Introducción: El término bezoar se utiliza para definir el acúmulo de material parcialmente o no digerido en el estómago e intestino. Es una causa rara de obstrucción intestinal y usualmente se presentan en pacientes con patologías psiquiátricas asociadas que mastican y tragan materiales sin valor nutricional entre los cuales se

encuentran el tricobezoar (cabello) y el fitobezoar (fibras vegetales) Se han informado materiales industriales como madera, poliestireno y plástico siendo estos las causas más raras de la formación de bezoares.

Métodos: Paciente femenina adolescente, con evidencia de masa localizada entre epigastrio e hipocondrio derecho asociado a saciedad precoz y dolor abdominal. Se realiza TAC de abdomen con contraste en el cual se reporta distensión de la cámara gástrica y región antro pilórica ocupada por material heterogéneo. Se decide realizar laparotomía con gastrotomía para extracción de cuerpo extraño, evidenciando masa de fibras sintéticas plásticas de colores, no compacta la cual se extrae en su totalidad. Se realiza gastrorrafia con sutura en dos planos de manera satisfactoria.

Resultados: Extracción quirúrgica exitosa de cuerpo extraño en estómago.

Conclusiones: Los bezoares son una causa rara de obstrucción intestinal. Se recomienda cirugía en casos de cuerpos extraños gigantes o en casos complicados. Generalmente se logra su extracción completa mediante cirugía.

03 - ID494

Caso complejo de síndrome de Mirizzi asociado a coledocolitiasis en paciente pediátrico

Julio César Velasco Castro; Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez; Edgardo Sánchez Gamboa; Camila Andrea Acosta Pérez; Lorena García Agudelo
Hospital Regional de la Orinoquía, Yopal;
Universidad de Boyacá
julvelasco@uniboyaca.edu.co

Introducción: El síndrome Mirizzi es una complicación poco frecuente en colecistitis y coledocolitiasis. Se caracteriza por la presencia de uno (tamaño grande) o múltiples cálculos biliares que se impactan a nivel de la bolsa de Hartmann o conducto cístico, asociado a inflamación aguda o crónica ocasionando obstrucción externa de la vía biliar y en casos graves causar fistula colecistocolédocal.

Métodos: Reporte de caso clínico de un paciente escolar masculino de 14 años con cuadro clínico de 8 días de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio,

acompañado emesis, coluria y acolia. Fue valorado por pediatría por sospecha de hepatitis viral, descartado a través de serología de hepatitis A, B y C, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa (bilirrubina total 5,8 mg/dl, bilirrubina directa 4,6 mg/dl), transaminitis y fosfatasa alcalina elevada compatible con clínica de ictericia obstructiva.

Resultados: Se solicita ecografía abdominal que mostró dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, conducto colédoco con un diámetro anteroposterior de 14 mm, múltiples cálculos en su trayecto, el de mayor diámetro es de 7 mm, y vesícula biliar con múltiples cálculos móviles. Cuadro obstructivo de la vía biliar con riesgo elevado de coledocolitiasis por lo cual llevaron a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Sin evolución satisfactoria se realiza colangiografía, donde se identifica síndrome de Mirizzi, y proceden a colecistectomía laparoscópica con resolución completa de cuadro clínico.

Conclusiones: El síndrome de Mirizzi es una entidad clínica compleja y es un reto para el clínico, tiene una incidencia menor al 5 %, afecta principalmente a varones mayores de 40 años. Se debe tener presente como diagnóstico diferencial en el contexto de un síndrome biliar obstructivo.

03 - ID848

Correlación de la clasificación endoscópica, intraoperatoria y patológica de Siewert. ¿Existen implicaciones para la elección del tratamiento o los desenlaces?

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Silvia Inés Guerrero Macías; Helena Facundo Navia; Juliana Rendón Hernández; Ana Deise Bonilla Castañeda; Jorge Luis Vélez; Angélica Rodríguez Peralta; Mario Arturo Rey Ferro; Mario Arturo Abadía

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
rpinillam@cancer.gov.co

Introducción: Las implicaciones de la clasificación inadecuada de los tumores de la unión esofagogástrica (UEG) pueden dar lugar a errores en la elección de la estrategia terapéutica de estos pacientes. El tratamiento multimodal con

cirugía asociada a quimioterapia sola o asociada a radioterapia reporta mejores desenlaces oncológicos en los pacientes localmente avanzados.

Métodos: Pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de la UEG intervenidos quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Cancerología en un período de 5 años. Para evaluar la concordancia de la clasificación Siewert endoscópica, intraoperatoria y patológica, se analizaron los índices y coeficientes kappa ponderados. Se describen los resultados de supervivencia global según la clasificación de Siewert.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes. En la evaluación endoscópica, el 57,6 % de los pacientes eran Siewert II, 30,7 % III y sólo el 11,9 %, I. El 81% de los Siewert I y II localmente avanzados recibieron neoadyuvancia. La clasificación endoscópica difirió de la intraoperatoria en el 38 %, siendo mayor para los tumores tipo II (43,2 %). El 76,7 % de los tipo II fueron manejados con gastrectomía total más esofagectomía distal transabdominal. La clasificación patológica difirió de los hallazgos endoscópicos en el 34 %, siendo mayor entre los pacientes Siewert I y II. La concordancia entre la clasificación intraoperatoria y patológica difirió en el 15,2 %. La supervivencia global a 3 años de los pacientes con Siewert I fue del 68,6 %, 90 % para el tipo II y del 51,8 % para el tipo III.

Conclusiones: A pesar de una mayor discordancia endoscópico-patológica de los tumores Siewert II en esta serie, la mayoría recibió neoadyuvancia con quimiorradioterapia. El porcentaje de discordancia que se presenta entre las diferentes formas de evaluar la clasificación de Siewert no parece impactar en los desenlaces a largo plazo al compararse con los reportados en otras series internacionales.

03 - ID463

Derivaciones biliodigestivas en dos instituciones de referencia del departamento del Cauca, 2013 - 2018

Claudia Milena Orozco Chamorro; Braulio Giovanni Velásquez Cuasquén; Francy Criollo; Liliana Caicedo Ramírez

Clínica La Estancia, Popayán; Hospital Universitario San José
cmorozco@unicauca.edu.co

Introducción: En los pacientes con obstrucción de vía biliar, lesión iatrogénica y lesiones por trauma, la derivación biliodigestiva (DBD) constituye la principal herramienta para la restitución del circuito enterohepático. Se evalúan los resultados de la experiencia en DBD en dos centros de referencia del departamento del Cauca.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de pacientes sometidos a DBD durante los años 2013 a 2018 en el Hospital Universitario San José y la Clínica La Estancia, Popayán, Colombia. La información se obtuvo a través de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyó la información de 43 pacientes, 25 mujeres y 18 hombres. La edad media fue de 58,5 años; 25,6 % de los casos tenían una colecistectomía laparoscópica previa. Se realizó una CPRE al 60,5 % de los pacientes. La principal causa de la DBD fue la obstrucción de la vía biliar (VB) en el 60 % de los casos y la técnica derivativa más usual fue la coledocoduodenoanastomosis lateral-lateral en 20,9 %. La lesión de la VB de causa iatrogénica se presentó en 16 % de los casos, realizándose hepaticoyeyunoanastomosis termino-lateral en Y de Roux en 16,2 % de estos. Tres pacientes fallecieron por causas médicas no derivadas del procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: Las indicaciones para la realización de DBD, que van desde enfermedad litiásica, lesiones benignas, neoplasias, iatrogenia y trauma, lo que conlleva a diferentes técnicas quirúrgicas. Se observó una tendencia a realizar derivación biliodigestiva con el duodeno en los casos de patología litiásica y derivaciones al yeyuno en los casos de lesiones iatrogénicas.

03 - ID772

Gastric outlet obstruction due to a duodenal gossypiboma after open low anterior resection
Nicolás Forero; Luis Felipe Cabrera Vargas; Mauricio Pedraza Ciro; Brandon Steven Aparicio Blanco; Iván David Lozada Martínez

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.; Universidad Los Andes
nico@hotmail.com

Introduction: Gossypiboma is a term used to define a foreign body of cotton that is forgotten in the peritoneal cavity after surgery. Gossypiboma has an incidence of 1 in 5000 surgeries. However, it is underreported due to the high risk of medicolegal problems.

Methods: Case report and literature review.

Results: We report the 10th case in the literature of a duodenal gossypiboma and the first of gastric outlet obstruction caused by transmural migration of gossypiboma successfully treated by duodenorrhaphy and pyloric exclusion with gastrojejunal anastomosis.

Conclusions: The main risk factors for the presentation of gossypiboma are long duration and high complex surgeries, excessive blood loss as in trauma patients, emergency surgery, unplanned changes in the surgical procedure, change of the operating room team, and a failure to count surgical instruments and sponges. The symptoms are not specific and the diagnosis is done through image and endoscopic studies. Transmural migration of an intra-abdominal gossypiboma has been reported to occur in the digestive tract, bladder, vagina and diaphragm. Gastric outlet obstruction (GOO) is an uncommon complication of gossypiboma. The most appropriate treatment is surgical intervention for removal but sometimes can be extracted with an endoscopic approach.

03 - ID666

GIST yeyunal, revelado por sangrado digestivo oculto: reporte de un caso y revisión de la literatura

José Luis Plata Patiño; Ingrid Lorena Rivera Gaitán; Laura Bibiana Castro Bulla
Hospital El Tunal, Bogotá, D.C.
joseluisplata@me.com

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son el tipo más común de tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal

(GI), que pueden ocurrir en todos los sitios anatómicos del tracto GI. Estos tumores suelen localizarse en el estómago, seguido por el intestino delgado, el recto y el intestino grueso. Los GIST pueden asumirse como lesiones benignas sin metástasis o asociado a metástasis y tienen un amplio espectro de presentación, desde dolor abdominal hasta condiciones tales como ruptura y peritonitis o shock secundario a hemorragia masiva. En este reporte de caso se informa una presentación rara de GIST yeyunal en paciente con cardiopatía y sangrado digestivo oculto .

Métodos: Se trata de un caso de un paciente con patología gastrointestinal que debuta con historia de sangrado digestivo oculto, identificando mediante estudios endoscópicos y de imagen lesión yeyunal tipo GIST, el cual es resecado mediante abordaje laparoscópico, sin complicaciones .

Resultados: Paciente con lesión tipo GIST en yeyuno, causante de sangrado digestivo oculto, quien es llevado a resección de lesión y anastomosis intestinal vía laparoscópica sin complicaciones, con retorno a su vida cotidiana. Evolución postoperatoria satisfactoria, sin registro de nuevos índices de anemia, y con reporte de patología indicativo de resección R0.

Conclusiones: El sangrado oculto puede ocurrir en GIST de yeyuno, lo que debe ser considerado como síntoma presuntivo en el diagnóstico de este último y a pesar de que solo el 3 % de los GIST se localizan en el intestino delgado, este caso hace parte de esta minoría y, que pese a que debutan con sangrado activo y agudo, este lo hace con un curso insidioso y crónico con posibilidad de estudios específicos y de manejo quirúrgico electivo

03 - ID919

Hemangioliinfangioma: causa poco común obstrucción intestinal

Maritza Andrea Romero Peña; María Paula Naranjo Nates; María Camila Boneth García; Diego Efraín Valbuena Velásquez; Ronel Eduardo Barbosa Calderón

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
bluejaru@gmail.com

Introducción: El hemangioliinfangioma es una patología infrecuente de etiología benigna que se encuentra en la categoría de malformaciones vasculares, en este caso se trata de una dilatación anormal de los vasos linfáticos. Si bien puede aparecer en cualquier órgano, una de sus localizaciones descritas es el tracto gastrointestinal con casos reportados en colon, recto e intestino delgado. Adicionalmente es frecuente su diagnóstico en edad temprana, debutando con un amplio espectro de manifestaciones clínicas de acuerdo a su localización. Describimos el caso de un hombre que debutó con obstrucción intestinal encontrando como causa un hemangioliinfangioma

Métodos: Reporte de caso de un paciente de 52 años de edad que consulta por cuadro clínico de dolor abdominal y hematoquecia.

Resultados: A su ingreso se realizó una TAC de abdomen que evidencia masa de 13x8 cm mal definida, heterogénea localizada en flanco izquierdo que rodea a las asas yeyunales por que es llevada a laparotomía evidenciando masa con compromiso del meso y cuarta porción del duodeno con sangrado activo y compromiso duodenal. Se realizó abordaje por laparotomía debido a la distensión de asas intestinales, realizando resección y anastomosis primaria con sutura circular dada la dificultad técnica para realizar anastomosis manual o con sutura lineal dada su localización. La patología evidenció hemangioliinfangioma.

Conclusiones: Resaltamos la necesidad de conocer el hemangioliinfangioma como causa de obstrucción intestinal, que aunque es una entidad muy poco frecuente puede llegar a convertirse en una verdadera urgencia quirúrgica cuando no se realiza un diagnóstico a tiempo. Teniendo en cuenta su baja incidencia, los casos registrados en la literatura son muy pocos.

03 - ID664

Intususcepción colónica en adulto secundaria a angiolipoma: Reporte de caso

Nadia Catalina Marenco Aguilar; Nicolás Granados Casallas; María Paula Gamboa Bernal; Paulo Andrés

Cabrera Rivera; Akram Kadamani Abiyomaa
Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología,
Bogotá, D.C.; Universidad de La Sabana
catamarenco07@gmail.com

Introducción: La intususcepción es una patología poco frecuente en adultos, corresponde a menos del 5 % del total de los casos en todos los grupos etarios, causada en su mayoría por tumores malignos. Por otra parte, el angioliopoma es un tumor benigno presente comúnmente en el tejido celular subcutáneo, de muy rara aparición dentro del tracto gastrointestinal. En este trabajo se presenta un caso de una mujer adulta que cursa con intususcepción colónica secundaria a un angioliopoma intestinal.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 39 años quien consulta por 20 días de evolución de dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico, en los últimos días asociado a ausencia de flatos y deposiciones. Al examen físico presenta distensión abdominal y dolor a la palpación de fosa ilíaca izquierda, sin irritación peritoneal. Paraclínicos dentro de límites normales. Se realiza tomografía de abdomen contrastada con hallazgos sugestivos de intususcepción colo-colónica con una lesión endoluminal. Es llevada a laparotomía exploratoria, con hallazgo de intususcepción colo-colónica en la flexura esplénica en relación a lesión polipoide gigante con perforación contenida en la base. Se realiza colectomía izquierda y posterior anastomosis.

Resultados: Ante la adecuada evolución postoperatoria se da egreso a los 4 días. Reporte de histopatología con angioliopoma polipoide de la submucosa colónica con cambios por intususcepción.

Conclusiones: La intususcepción colónica en adultos al igual que el angioliopoma en el tracto gastrointestinal son patologías poco frecuentes. Según la literatura, se han reportado cuatro intususcepciones colónicas por angioliopomas, nuestro caso representaría el quinto caso reportado.

03 - ID785

Intususcepción intestinal por un pólipo fibroide inflamatorio (tumor de Venek)

Roberto Quintero Portillo; Armando José Certain Abraham

Clínica La Merced, Barranquilla
robertoquinterop_@hotmail.com

Introducción: La intususcepción intestinal en el adulto es infrecuente. Se presenta entre 1 y 5 % de los casos de obstrucción intestinal, siendo el pólipo fibroide inflamatorio (PFI) o tumor de Venek la neoplasia benigna del tracto gastrointestinal más frecuente en estómago e íleon. Presentamos un caso de difícil diagnóstico por su presentación crónica multiconsultante.

Métodos: Paciente femenina de 45 años manejada en la Clínica la Merced, durante la pandemia COVID-19. Se presentó a múltiples consultas a urgencias en diversas clínicas de la ciudad con dolor abdominal intermitente tipo cólico de 6 meses de evolución, náuseas, vómitos y pérdida de peso. Tuvo hospitalizaciones con manejo médico por gastroenterología y medicina interna, sin aclarar la causa. Los estudios iniciales no fueron concluyentes. Egresó con manejo médico y remisión a psiquiatría. RMN realizada en crisis de dolor documenta imagen en intestino delgado que sugiere descartar intususcepción. Se decide llevar a cirugía prioritaria.

Resultados: Se realiza laparoscopia diagnóstica. Se revisa intestino delgado, visualizando lesión en íleon, con intususcepción. Se exterioriza por incisión mínima supra púbica, con resección intestinal con anastomosis mecánica. Evolución satisfactoria al egreso a las 72 horas. El reporte de patología informó pólipo fibroide inflamatorio (tumor de Venek), con inmunohistoquímica de cd34.

Conclusiones: Las lesiones de Intestino delgado, son un reto diagnóstico en su forma de presentaciones crónicas y estudios no concluyentes. La intususcepción es infrecuente en el adulto. La laparoscopia diagnóstica, terapéutica

y asistida es de ayuda útil, cuando es de difícil diagnóstico como el caso descrito.

03 - ID923

Invaginación intestinal ileocólica como etiología de obstrucción intestinal en un adulto

Rafael Eduardo Arraut Gámez; Julián Andrés Loaiza; Diego Alejandro Dussán; Jesús David Gómez Barrios; Natalia María Gómez Cadavid; Darit Alfonso Molineros Pérez; Sara Franciny Pantoja Soto

Clínica Los Rosales, Pereira; Universidad Libre - seccional Barranquilla

reag14@hotmail.com

Introducción: La invaginación intestinal en el adulto es una entidad infrecuente, a menudo manifestada con síntomas inespecíficos crónicos o subagudos. En la mayoría de las ocasiones se asocia una lesión orgánica de etiología estructural descencadenante. Actualmente no hay publicaciones de series amplias de pacientes que ayuden a definir un algoritmo de manejo en esta población.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años de edad, con sensación de masa palpable en hipogastrio asociado a datos de alteración del hábito intestinal, pseudo obstrucción intestinal, con evolución clínica errática y bizarra con abdomen virgen.

Resultados: Reporte tomográfico de invaginación de ileo distal en colon derecho, sin datos de necrosis o perforación libre en cavidad. Requiriendo así, Realización de laparotomía exploratoria con hemicolectomía derecha más anastomosis látero-lateral ileotransversa por segmento invaginado isquémico, no reducible manualmente y proceso inflamatorio marcado perilesional.

Conclusiones: La obstrucción intestinal en el abdomen virgen sigue siendo ley nominal la realización de laparotomía exploratoria por el gran porcentaje de patología asociada intraabdominal descencadenante como etiología del cuadro, los cuales no son susceptible de manejo médico conservador en la mayoría de casos. Los pólipos y los tumores endoluminales colónicos son

la primera causa de invaginación en el adulto previamente sano.

03 - ID526

Manejo de perforaciones, fugas, y fístulas con clip sobre el endoscopio en un centro oncológico Latinoamericano

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Clara Briceño Morales; Ivette Sarai González Dorado; Ana Deise Bonilla Castañeda; Helena Facundo Navia; Mario Arturo Rey Ferro; Mario Arturo Abadía; Juliana Rendón Hernández

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.

rpinillam@cancer.gov.co

Introducción: El manejo de las fistulas del tracto digestivo secundarias a patología neoplásica posteriores a un procedimiento quirúrgico no son infrecuentes y su manejo puede generar impacto en la morbimortalidad del paciente. Es por esto que el manejo mínimamente invasivo, mediante dispositivos implantados por visión directa mediante endoscopia, han generado un impacto en el manejo actual de dichas complicaciones.

Métodos: Estudio de serie de casos observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes llevados a endoscopia digestiva con colocación de clip OTSC con diagnóstico de perforación, fuga o fístula postoperatoria en el Instituto Nacional de Cancerología entre enero de 2016 y abril de 2020.

Resultados: Fueron llevados a aplicación de clip OTSC para el manejo de perforaciones, fugas y fístulas del tracto gastrointestinal a 21 pacientes, 52,4 % de ellos mujeres. La mediana de edad fue de 66 años. La mediana de índice de masa corporal fue 22,7 Kg/m². La mediana del diámetro del defecto fue de 9 mm. En el 95 % de las oportunidades el dispositivo pudo ser aplicado. Se logró el éxito clínico temprano en el 85,7 %.

Conclusiones: El sistema OVESCO constituye una terapia eficaz y segura en el manejo de los pacientes con fugas anastomóticas tempranas. Presenta altas tasas de éxito técnico y clínico a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo el éxito clínico disminuye notoriamente, por lo que son necesarios estudios encaminados a determinar los factores predictores de falla.

03 - ID788

Manejo de sangrado digestivo variceal recurrente en paciente con múltiples fallas terapéuticas: Reporte de caso

Julián Camilo González Collazos; Juan Manuel Rico Juri
 Centro Médico Imbanaco - Grupo Quirón Salud,
 Cali
 juligonco@hotmail.com

Introducción: La cirrosis hepática tiene como complicación frecuente la trombosis portal, limitando el drenaje venoso de la circulación esplácnica y generando múltiples complicaciones asociadas, entre estas las varices esofágicas/gástricas que producen sangrados digestivos altos posiblemente mortales. Cuando el manejo endoscópico es insuficiente se deben evaluar opciones quirúrgicas.

Métodos: Se expone el caso de un paciente de 47 años con antecedente de alcoholismo generando múltiples episodios de pancreatitis aguda desde 2005, evolucionando posteriormente a pancreatitis crónica, cirrosis hepática alcohólica, trombosis portal intra y extrahepática, hipertensión portal, várices esofágicas/gástricas y múltiples episodios de hemorragia digestiva alta variceal. Inicialmente se dio manejo para hemorragia recurrente con cirugía de devascularización tipo Sugiura, logrando resolución temporal, con posterior fallo del procedimiento por nuevo episodio de sangrado digestivo que llevó a choque hemorrágico. Se propone un manejo con derivación meso-cava para trombosis portal intra y extrahepática.

Resultados: El control del sangrado digestivo variceal puede no ser exitoso por vía endoscópica, requiriendo intervención quirúrgica; en este caso, donde la aproximación quirúrgica inicial falló, la derivación meso-cava para resolver la obstrucción por trombosis portal intra y extrahepática dio resultados satisfactorios con resolución total del sangrado recurrente evidenciada en controles ambulatorios a 2 años.

Conclusiones: La devascularización tipo Sugiura es un manejo efectivo en pacientes con sangrado variceal recurrente y no susceptible a manejo endoscópico. Sin embargo, tiene riesgo de falla

terapéutica, en cuyo caso y dado un paciente con trombosis portal intra y extrahepática, la derivación meso-cava demostró adecuados resultados en el seguimiento postquirúrgico de este paciente.

03 - ID524

Manejo de una fuga anastomótica del colon con OVESCO

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Clara Briceño Morales; Ivette Sarai González Dorado; Ana Deise Bonilla Castañeda; Helena Facundo Navia; Mario Arturo Rey Ferro; Juliana Rendón Hernández; Mario Arturo Abadía
 Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
 rpinillam@cancer.gov.co

Introducción: El sistema OVESCO tiene utilidad en el manejo de las perforaciones y fístulas del tracto digestivo. Su éxito depende de factores relacionados con las características propias del defecto y con el entrenamiento del médico.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 48 años llevado a resección de dos lesiones metastásicas intraabdominales de un carcinoma de células claras, que presenta como complicación una fístula colónica.

Resultados: El paciente fue llevado a cirugía encontrándose dos lesiones metastásicas, una de ellas localizada a nivel del yeyuno medio y otra a nivel paraaórtico izquierdo. Esta última requiere la medialización de los órganos intraabdominales, lo que genera despulimiento del mesenterio e isquemia del colon izquierdo. Es necesario realizar una hemicolectomía izquierda con anastomosis colo-colónica utilizando sutura mecánica, mientras que la enterorrafia se lleva a cabo en dos planos con sutura manual. El paciente es dado de alta pero reconsulta a los 7 días por SIRS sin abdomen agudo. La tomografía de abdomen muestra una gran colección retroperitoneal izquierda que se drena de forma percutánea. La colonoscopia confirma una solución de continuidad de 1 cm en la anastomosis colónica, la cual se trata exitosamente con la colocación de un clip de OVESCO. El paciente evoluciona satisfactoriamente sin presentar otras complicaciones.

Conclusiones: El manejo de fistulas con OTSC parece ser factible, seguro, y en la mayoría de éstos pacientes se logra la liberación del dispositivo y la identificación endoscópica del cierre inmediatamente después del manejo.

03 - ID690

Migración inusual de stent Hot Axios a transcavidad de los epiplones posterior a manejo de necrosis amurallada por pancreatitis severa: reporte de caso

Alisson García Bermúdez; Ossian Gabriel Fuentes Díaz; Jorge Eduardo Peñaloza Wandurraga
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
est.alisson.garcia@unimilitar.edu.co

Introducción: La necrosis amurallada es el 68 % de las complicaciones tardías de la pancreatitis aguda severa. Actualmente el manejo de elección se realiza con el stent AXIOS, con una tasa de éxito técnico 98 %, clínico de 81 % y con complicaciones del 10,9 %, incluyendo la migración.

Métodos: Se presenta una paciente de 85 años con diagnóstico de pancreatitis aguda severa de origen biliar, con necrosis amurallada de 600 cc, llevada a colocación de Hot Axios. Posteriormente es llevada a colecistectomía laparoscópica donde se visualiza el stent en la transcavidad de los epiplones, el cual es retirado, drenando una colección residual asociada.

Resultados: El tratamiento endoscópico involucra la creación de una fístula entre el tracto gastrointestinal y el lumen de la colección, actualmente con stents con sistemas antimigración, con una tasa de éxito técnico en su colocación de 98 %, con complicaciones variables desde 0,9 % al 11 % de los casos. Específicamente sobre la migración, se han encontrado reportes de casos al esófago, colon transversal pero ninguno extraluminal como este caso.

Conclusiones: El stent Hot Axios, indicado en drenaje transgástrico de las complicaciones tardías de la pancreatitis, ofrece como ventaja su no migración; sin embargo, está presente hasta el 2,2 % de los casos. Se deben conocer sus posibles sitios de migración para efectuar de manera oportuna su tratamiento.

03 - ID808

Neoplasia mucinosa apendicular como causa de abdomen agudo

Mario Daniel Vengoechea Visbal; Leidy Stefany Rizo Sánchez; María Camila Mendieta Madieto; Luis Gerardo Ángel Ussa; Rodolfo Valencia Arteaga
Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
mvengoecheav@unicartagena.edu.co

Introducción: Las neoplasias apendiculares se presentan en más del 1 % de las apendicectomías y equivalen al 0,4-1,4 % de neoplasias de origen gastrointestinal. De estos, los tumores mucinosos tienen una incidencia de 0,5 % siendo la neoplasia mucinosa de bajo grado el 70 % de los casos.

Métodos: Se trata de una paciente femenina de 36 años sin antecedentes, quien ingresó por cuadro clínico de un día de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico, intenso, localizado en fosa ilíaca derecha asociado a dos episodios eméticos de contenido alimentario y oliguria.

Resultados: Ingresa con cifras tensionales elevadas, abdomen doloroso en FID con defensa involuntaria, McBurney positivo, Blumberg negativo, Rovsing negativo. Hemograma de ingreso con 12.000 leucocitos, 63,3 % neutrofilos, función renal normal y parcial de orina sin infección. Ecografía abdominal que evidencia en flanco y FID asa intestinal dilatada de paredes levemente engrosadas y cambios inflamatorios adyacentes, sin visualizar el apéndice por limitaciones técnicas. Ante la sospecha de apendicitis aguda se realizó apendicetomía, incisión de Rocky Davis con hallazgos de líquido inflamatorio, apéndice cecal con marcada dilatación en tercio medio y distal. El reporte de patología informó neoplasia mucinosa tipo mucocel de bajo grado bien diferenciado. Se traslada a piso presentando adecuada evolución y egreso al día siguiente con manejo antibiótico.

Conclusiones: La neoplasia mucinosa apendicular es una entidad poco frecuente y suele encontrarse como hallazgo incidental posterior a un aparente cuadro de apendicitis aguda. Se recomienda tratamiento quirúrgico por la posibilidad de malignidad y ruptura en el 5-15 % de los casos con riesgo de diseminación y progresión a pseudomixoma peritoneal.

03 - ID728

Plástico bezoar yeyunal como causa de dolor crónico y obstrucción intestinal: Reporte de un caso**Ingrid Lorena Rivera Gaitán; Mauricio Basto; José Luis Plata Patiño; Laura Bibiana Castro Bulla**Fundación Santa Fe de Bogotá
inloriga@hotmail.com

Introducción: Un bezoar se define como un elemento no digerible atrapado en algún punto del tracto gastrointestinal, el cual puede ser ingerido de forma intencional o accidental. El primer reporte de un bezoar en la literatura médica lo describió Baudamant en 1779.

Métodos: Mediante estudios diagnósticos de imagen se identificó punto de obstrucción intestinal en yeyuno. Se abordó vía laparoscopia, se realizó resección y anastomosis. Procedimiento sin complicaciones.

Resultados: Aunque los bezoares yeyunales son una patología poco frecuente y más aún el plástico bezoar, es importante tenerlos en cuenta como una causa de dolor crónico y posibles etiologías en procesos obstructivos del tracto gastrointestinal. De allí deriva la importancia en la adecuada anamnesis y enfoque del caso, haciendo que se reduzca tanto el tiempo de diagnóstico como las imágenes innecesarias. Definitivamente el abordaje laparoscópico sigue siendo el ideal dado que demuestra menor morbilidad, complicaciones asociadas al procedimiento y estancia hospitalaria.

Conclusiones: La importancia de una adecuada anamnesis en el enfoque de las patologías obstructivas del tracto gastrointestinal.

03 - ID493

Presentación clínica del quiste mesentérico secundario a derivación ventriculoperitoneal*Arturo Hernández Salgado; María Camila Mendieta Madieto; Laura Vanessa Rodríguez Reyes; Mario Daniel Vengoechea Visbal; Claudio José Naranjo De La Cruz*Hospital Universitario del Caribe, Cartagena;
Universidad de Cartagena
arturohernandez6@hotmail.com

Introducción: La derivación ventriculoperitoneal (DVP) es un procedimiento comúnmente realizado en pacientes con hidrocefalia. Una complicación con tasa de ocurrencia de 0,7-4,5 %, es el pseudoquiste abdominal. Durante el diagnóstico se puede confundir con otras patologías intraabdominales por lo que requiere toma de biopsia para confirmarlo.

Métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 27 años con antecedente de DVP para manejo de hidrocefalia, con cuadro de un año de evolución consistente en dolor abdominal difuso asociado a aumento del perímetro abdominal y disnea.

Resultados: Ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario del Caribe, paciente con dolor abdominal difuso, aumento del perímetro abdominal y disnea. La ecografía de abdomen reportó ascitis severa. Se realizó paracentesis con resultado de ADA positivo, con sospecha de tuberculosis peritoneal. Fue llevado a laparoscopia exploratoria para toma de biopsia con hallazgos de una membrana quística de 42x15 cm, se drenó 6000 ml y se liberó cápsula la cual fue enviada a patología, con reporte de quiste mesentérico negativo para malignidad.

Conclusiones: La DVP corresponde a un procedimiento de elección para el manejo de hidrocefalia. Existen numerosas complicaciones asociadas como los tumores mesentéricos con diámetros de 15-20 cm. Debido a lo anterior, se puede presentar clínicamente como simulador de ascitis severa, por lo tanto, puede suponer un diagnóstico tardío y manejo no oportuno.

03 - ID561

Perineuroma gástrico: Reporte de caso*Michael Zapata Palomino; David Benítez Bermúdez; David Fernando Semanate Betancourt; Orlando Favio Arévalo Guerra*Universidad del Valle, Cali
michael.zapata@correounivalle.edu.co

Introducción: Las lesiones polipoides del estómago se presentan en al menos el 2 % de las esofagogastroduodenoscopias. En su mayoría son benignas, sin embargo, entre la extensa histología

posible a encontrar, el perineuroma gástrico es de una extrema rareza, con menos de 10 reportes de caso publicados en el mundo.

Métodos: Se realizó revisión de la literatura de las publicaciones más relevantes en el tema y se comparó con el caso descrito.

Resultados: Se trata de un paciente masculino de 29 años, quien asiste cada 2 años a la realización de endoscopia digestiva alta por enfermedad por reflujo gastroesofágico. En dicho examen de control se observó lesión menor de 1 cm en fundus gástrico, se realizó polipectomía, con reporte de inmunohistoquímica que indica lesión neoplásica compuesta por células fusiformes, sin atipia, dispuestas en haces en una matriz mixoide las cuales son positivas para el antígeno epitelial de membrana y son negativas para S100, DOG1, CD34, CD117, actina de músculo liso, desmina, GFP y las queratinas AE1/AE3. Lesión compatible con perineuroma gástrico, se realizó seguimiento endoscópico a los 18 meses sin evidencia de nuevas lesiones.

Conclusiones: El perineuroma gástrico es una lesión polipoide del estómago de una extrema rareza. En la revisión bibliográfica realizada, se encontraron menos de 10 casos publicados en el mundo, y este correspondería al primer caso reportado en Colombia.

03 - ID433

Sincronía de un tumor en la ampolla de Vater y en colon derecho

Víctor Ruano Flórez; Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Laura Vanessa Rodríguez Reyes; Jorge Eduardo Martínez Castro; Juan Carlos Hoyos
Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
dr.ruanoalflorez@gmail.com

Introducción: Los tumores periampulares son aquellos que comprometen el complejo ampular, distal a la bifurcación del colédoco distal y el conducto pancreático, con una edad promedio de diagnóstico entre los 60-70 años. Su incidencia está incrementada en pacientes con síndromes de poliposis hereditarias. En contraste, los cánceres

de colon tienen una incidencia aumentada en menores de 50 años, siendo el 86 % de estos sintomáticos y con enfermedad avanzada.

Métodos: Paciente masculino de 50 años con antecedente de gastritis crónica sin manejo, con cuadro clínico de un año de evolución consistente en episodios eméticos de forma intermitente, los cuales se tornan en intolerancia a la vía oral, asociado a síndrome constitucional y síndrome icterico intermitente. Al examen físico paciente marcadamente caquéctico, con un IMC 15,8 Kg/m², sin ictericia, sin anormalidades a la palpación abdominal.

Resultados: Esofagogastroduodenoscopia con hallazgo de lesión ulcerada a nivel de la segunda porción del duodeno, y con colonoscopia con presencia de tumor en el ángulo hepático del colon con obstrucción del 60 % de la luz intestinal. Endosonografía con hallazgo de lesión en papila de Vater con compromiso de pared duodenal y de parénquima pancreático, con obstrucción de la llegada del colédoco a la papila. Las biopsias endoscópicas de ambas lesiones reportan la presencia de un adenocarcinoma de alto grado in situ en la papila de Vater y con adenocarcinoma bien diferenciado de colon.

Conclusiones: Los pacientes con neoplasias malignas tienen mayor riesgo de desarrollar otras neoplasias debido a susceptibilidad genética, especialmente los carcinomas de la ampolla están asociados con una alta incidencia de neoplasias malignas especialmente carcinoma colorrectal. Consideramos que este caso se trata de tumores sincrónicos, sin embargo dado lo que se reporta en la literatura, se debe considerar la asociación entre ambos tumores.

03 - ID628

Síndrome de Lemmel como causa de colestasis extrahepática

Víctor Manuel Lazo Santafé; Jairo Rosas Hernández; María Victoria Fontalvo Leyton; Fernanda Carolina Tolosa Castro
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.
vlazo12@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Lemmel se caracteriza por la compresión extrínseca de la vía biliar que ocasiona un cuadro clínico compatible con cólico biliar y en algunos casos signos y síntomas clínicos de obstrucción de la vía biliar. Se asocia principalmente por la existencia de divertículos duodenales que obstruyen el flujo biliar. Su incidencia es bastante infrecuente. Su tratamiento no está estandarizado, se basa en la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) o diverticulectomía en algunos casos.

Métodos: Se describe el caso de una paciente adulto mayor quien ingresa por un cuadro de un mes de dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a tinte icterico y emesis persistente con signo de Murphy positivo, considerando como primera posibilidad diagnóstica síndrome biliar obstructivo secundario a proceso litiásico, que fue descartado durante CPRE.

Resultados: Se evidencia ecografía de vías biliares con colelitiasis sin signos de colecistitis ni signos de coledocolitiasis con hiperbilirrubinemia a expensas de la directa y elevación de transaminasas. Colangiografía con reporte de único cálculo de 3,8 mm en colédoco distal. Posteriormente, es llevada a CPRE con evidencia de divertículo duodenal que ejercía presión a nivel periampular y barro biliar. Se realiza colocación de stent biliar. Presenta mejoría clínica y se indicó egreso.

Conclusiones: El síndrome de Lemmel es una condición infrecuente que se basa en la obstrucción extrínseca de vías biliares. Tiene baja incidencia y actualmente se considera un diagnóstico de exclusión. No hay protocolos o manejos estandarizados a esta condición. La paciente en mención presentó todos los factores asociados a este y presentó adecuada respuesta clínica al manejo endoscópico conservador.

03 - ID665

Tratamiento de acalasia con POEM posterior a doble recurrencia de miotomía de Heller: Reporte de caso

Andrés Cadavid Congote; Carolina Maya López; Amy del Mar Piñeres Salazar; Mauricio Moreno Gallego;

Jesús Antonio Rodríguez Fajardo

Clínica CES, Medellín; Universidad CES
andcaco53@hotmail.com

Introducción: La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica con incidencia de 1,6 casos por 100.000 habitantes. Entre las opciones terapéuticas de primera línea están la miotomía de Heller por laparoscopia y las dilataciones endoscópicas. Sin embargo, la recurrencia posterior a la miotomía de Heller no es despreciable con una incidencia de 10-20 %. En los últimos años se ha propuesto el tratamiento endoscópico, POEM, como una de las opciones terapéuticas.

Métodos: Se presenta una paciente femenina de 37 años diagnosticada con acalasia en la adolescencia, quien recibió como tratamiento inicial dilataciones endoscópicas, y posteriormente dos miotomías de Heller por laparoscopia. 17 años después de su última intervención consulta por disfagia y regurgitación, se realizan estudios y se confirma recurrencia de acalasia, por lo cual se programa para POEM.

Resultados: Se realiza procedimiento endoscópico sin complicaciones inmediatas. Posteriormente cursa con intolerancia a la vía oral y luego se documenta sangrado digestivo que es manejado endoscópicamente y evoluciona adecuadamente con tolerancia a la vía oral y sin dolor a dos meses del procedimiento.

Conclusiones: Por la baja frecuencia de la patología, el tratamiento de la acalasia recurrente luego de la miotomía de Heller aún no está estandarizado. Sin embargo, la poca evidencia con la que contamos en la actualidad apunta a que la técnica endoscópica POEM es una opción segura y con buenos resultados.

03 - ID556

Tumor sincrónico de páncreas y vía biliar como una presentación infrecuente e inesperada en la historia de los tumores periampulares

Santiago Ángel Vargas; Jesús José Dueñas Orejuela; Carlos Alberto Millán Cortes

Hospital de San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

sangel@fucsalud.edu.co

Introducción: El estudio de los tumores periampulares ha representado un desafío diagnóstico y terapéutico a través de los años.

Métodos: Se presenta un caso clínico de paciente con adenocarcinoma sincrónico de páncreas y vía biliar, presentación muy inusual con escasos reportes en la literatura actual, en la cual se tiene en cuenta como manejo estándar la pancreatoduodenectomía mediante técnica de Whipple modificada, procedimiento realizado desde finales del siglo XIX, con los beneficios actuales de sus modificaciones y el advenimiento de las nuevas tecnologías.

Resultados: Paciente de 72 años con cuadro de síndrome biliar obstructivo con diagnóstico cáncer a nivel de la cabeza del páncreas con indicación de pancreatoduodenectomía mediante técnica de Whipple modificada, procedimiento que se realiza de manera exitosa evidenciando vesícula biliar distendida, conducto cístico y vía biliar dilatada mayor de 2 cm. Presencia de masa a nivel de cuello vesicular con extensión hacia el cístico y colédoco, conducto pancreático principal de 0,5 cm y masa a nivel de cabeza del páncreas y proceso uncinado de 3 x 2 cm, firmemente adherido a vena porta y vena cava inferior en su margen posterior, requiriendo de reconstrucción vascular. La patología final reporta adenocarcinoma ductal de páncreas bien diferenciado asociado a adenocarcinoma de conductos biliares extrahepáticas, moderadamente diferenciado. Procedimiento oncológicamente exitoso.

Conclusiones: Caso clínico exótico en cirugía gastrointestinal el cual representó importantes desafíos en su diagnóstico y manejo quirúrgico con excelentes resultados finales.

Cirugía bariátrica

03 - ID1005

Calidad de la investigación en cirugía bariátrica en América Latina y el Caribe: Revisión sistemática y análisis bibliométrico

Gonzalo Andrés Domínguez Alvarado; Luis Ernesto López Gómez; Iván David Lozada Martínez; Kamila Serrano Mesa; Paula Natalia Domínguez Alvarado; María Julieta Cock Peñuela; Mariana López Rodríguez; Mario Fernando Páez; Juan Esteban Rodríguez Bernal

Universidad Autónoma de Bucaramanga; Capítulo Futuros Cirujanos ACC; Semillero de Innovación e Investigación en Cirugía
gdominguez@unab.edu.co

Introducción: La cirugía bariátrica se considera un procedimiento eficaz para la pérdida de peso y en los últimos años su realización ha venido en aumento. Sin embargo, en América Latina y el Caribe son escasos los estudios científicos de calidad. Nuestro objetivo es informar sobre la producción científica de calidad en cirugía bariátrica.

Métodos: Para conocer el contexto de la investigación latinoamericana se diseñó y ejecutó una búsqueda sistemática en PubMed y Scielo desde enero de 2010 hasta febrero de 2022. Se realizó un análisis bibliométrico con base en la información disponible. Se extrajeron datos sobre el nombre de la revista, valor de impacto, diseño del estudio, afiliaciones, países y publicaciones según tipología.

Resultados: Se identificaron un total de 163 artículos. El 2020 fue el año con la mayor cantidad de publicaciones (n=37). De los 12 años evaluados Brasil cuenta con 102 publicaciones, seguido de Argentina con 29 (18%) artículos y en tercer lugar Colombia con 14 (8,6%) artículos. La media del valor de impacto de las revistas donde se publicaron los artículos fue de 1,13 (IC95% 0,97 - 1,30). Sin embargo, de los 163 artículos solo 16 tienen un Grado de Evidencia entre Ia - Ic.

Conclusiones: A pesar del aumento de la producción bibliográfica y publicaciones en revistas de alto impacto, persiste la escasez de artículos que tenga un alto nivel de evidencia. Sugerimos la importancia al menos a nivel nacional de creación de bases de datos colaborativas para la generación de bibliografía de calidad.

03 - ID953

Infección por COVID-19 en una población adulta sometida a cirugía bariátrica durante el primer pico de la pandemia en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bucaramanga*Gonzalo Andrés Domínguez Alvarado; Luis Ernesto Domínguez Alvarado; Kamila Serrano Mesa; Paula Toloza Calvache; Silvia Aparicio; José Pablo González Rojas; Alejandro Olarte Licht*Universidad Autónoma de Bucaramanga
gdominguez@unab.edu.co

Introducción: El día 18 de marzo del 2020 Colombia decreta toque de queda debido a la pandemia por COVID-19 y restringen procedimientos quirúrgicos electivos. Uno de los factores de riesgo asociado a la mortalidad por SARS-COV-2 es la obesidad, patología que puede ser tratada eficazmente por la cirugía bariátrica (CB). Nuestro objetivo fue determinar la incidencia de COVID-19 por exposición hospitalaria al momento de la realización del procedimiento bariátrico.

Métodos: Estudio descriptivo. Pacientes llevados a CB entre los meses de marzo y diciembre 2020 en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bucaramanga. A todos los pacientes antes de ser llevados a CB se les solicitó prueba de anticuerpos. Posterior al procedimiento se realizó un seguimiento por 30 días verificando la aparición de síntomas respiratorios. Los pacientes que tuvieron algún síntoma se les realizó PCR-RT COVID-9.

Resultados: 50 pacientes sometido a CB, 44 baipás gástricos y 11 gastrectomías verticales. El 56,8 % eran mujeres, con una edad media de 38,7 ± 9,6 años. El IMC de todos los pacientes tuvo una media de 40,1 kg/m² ± 5,89. De total del paciente solo dos tuvieron síntomas en los primeros 15 días posterior al procedimiento. Se les realizó la PCR RT, donde solo uno se encontró positivo, con una incidencia de 1,8 %.

Conclusiones: La CB no aumentó el riesgo de contraer infección por COVID-19. Esto se dio gracias al adecuado uso de elementos de protección personal y cumplimiento de los lineamientos institucionales para la prevención de infección por COVID-19.

03 - ID1013

Prevalencia de anemia posterior a cirugía bariátrica: estudio de cohorte en Colombia*Gonzalo Andrés Domínguez Alvarado; Luis Ernesto López Gómez; José Pablo González Rojas; Alejandro Olarte Licht; Janeth Melissa Chaves Amado; Ana María Guevara Montañez; Carlos Felipe Palomino Peña; Diomar Andrés Velásquez Castellanos*Universidad Autónoma de Bucaramanga; Capítulo Futuros Cirujanos ACC; Semillero de Innovación e Investigación en Cirugía
gdominguez@unab.edu.co

Introducción: Actualmente los procedimientos bariátricos más utilizados son de tipo restrictivo (gastrectomía vertical) y mixtos (baipás gástrico). Especialmente en los mixtos se presenta una alteración fisiológica en la absorción de vitaminas que pueden ser la causa de anemia. Nuestro objetivo fue calcular la prevalencia de anemia un año posterior a la cirugía bariátrica.

Métodos: Cohorte retrospectiva de datos secundarios anonimizados. Pacientes sometidos a cirugía bariátrica durante 2016-2019 en un centro especializado en cirugía bariátrica. Todos los pacientes tuvieron un seguimiento estricto de variables clínicas a un año posterior al procedimiento.

Resultados: De un total de 82 pacientes, el 67 % fueron mujeres. Se realizaron 32 gastrectomías verticales y 50 baipás gástricos. La edad media de los pacientes fue de 42,57 ± 12,9. La media del IMC de los pacientes fue de 39,49 kg/m² ± 5,41 y 27,11 kg/m² ± 3,84 pre y posterior al procedimiento, respectivamente. La media de hemoglobina en los pacientes pre-procedimiento fue de 13,93 ± 1,33 y posterior al procedimiento de 13,23 ± 1,35. La prevalencia de anemia pre-procedimiento fue de 1,2 % y posterior al procedimiento de 6,09 %.

Conclusiones: Se presentó un aumento significativo de la prevalencia de la anemia posterior al procedimiento. Hay que recalcar que no hubo en ninguno de los casos déficit vitamínico y la mayoría de los casos se presentó en mujeres. Es importante la evaluación previa de los valores de la hemoglobina y ferrocínéticos para optimizar previo al procedimiento. En mujeres descartar

patologías ginecológicas que puedan ser las causantes de la anemia.

Colon y recto

03 - ID460

Adenocarcinoma multicéntrico sincrónico de colon

Camilo Andrés Viaña Ghisays; Álvaro Mauricio Otálora Carmona; Eduardo Valdivieso Rueda; Daniela Contreras Vargas

Universidad del Sinú - seccional Cartagena;
Universidad de La Sabana, Bogotá, D.C.
camilovg5@hotmail.com

Introducción: Paciente masculino de 54 años de edad quien consultó por hemorragia digestiva baja. Se documentan por colonoscopia tres lesiones ubicadas en ciego, ángulo hepático y colon transverso, todas con reporte de adenocarcinoma mal diferenciado, por lo que el paciente fue llevado a colectomía subtotal izquierda sin presentar complicaciones.

Métodos: Se presenta un paciente masculino de 54 años de edad con único antecedente de obesidad mórbida, que consultó a urgencias por hematoquezia de un mes de evolución. Requirió estudios tipo colonoscopia y TAC abdominopélvico donde se documentaron tres lesiones de aspecto maligno en ciego, ángulo hepático y colon transverso, con patología para adenocarcinoma mal diferenciado. El resto de los estudios de extensión, incluyendo TAC de tórax sin documentar lesiones metastásicas, por lo que se practicó colectomía subtotal vía abierta obteniendo buenos resultados.

Resultados: Paciente masculino de 54 años sin antecedente importante, quien presenta adenocarcinoma mal diferenciado multicéntrico sincrónico que predominan las lesiones a nivel de colon derecho, y que fue llevado a colectomía subtotal con intención inicial vía laparoscópica que por obesidad mórbida no fue posible, por lo que se convirtió a laparotomía. Se logró realizar la resección completa desde 10 cm de íleon distal hasta recto superior con posterior anastomosis ileo-rectal con sutura mecánica, además de

realizar un vaciamiento linfático radical completo. Con posterior buena evolución clínica, en control, con patología definitiva que reporta tres adenocarcinomas infiltrantes que dan un estadio ptT3N1M0.

Conclusiones: Se presenta un caso poco prevalente de paciente adulto con adenocarcinoma mal diferenciado multicéntrico sincrónico de colon (tres tumores). Fue llevado a colectomía subtotal más vaciamiento linfático radical por laparotomía sin complicaciones.

03 - ID459

Ameboma, simulador de adenocarcinoma con obstrucción intestinal: reporte de caso

Nelson Antonio Niño Puentes; Luis Eduardo Martínez López; Laura Valentina Llanos Luengas

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud;
Clínica Los Nogales, Bogotá, D.C.
coloproctofucs@fucsalud.edu.co

Introducción: El ameboma es una patología poco frecuente, con una incidencia de 1,5 %, un predominio en hombres de 20-60 años, de localización en ciego, apéndice y unión rectosigmoidea. Usualmente solitarios con tamaño hasta 15 cm, compromiso de todo el espesor de la pared y extendiéndose a otras estructuras, lo que genera frecuentemente su diagnóstico errado de carcinoma de colon en población anciana. La mortalidad es de 30-40 % por sus complicaciones, reservando el manejo quirúrgico para las mismas y favoreciendo el manejo antibiótico.

Métodos: Presentación de caso clínico de un paciente de 61 años, dolor abdominal, ausencia de deposiciones, sin respuesta inflamatoria sistémica, tratado en el servicio de Coloproctología de la Clínica Los Nogales.

Resultados: La TAC de abdomen muestra masa con aspecto de adenocarcinoma de colon ascendente asociado a lesión de aspecto metastásico en el lóbulo izquierdo del hígado, cursando con abdomen agudo llevado a hemicolectomía derecha. Patología reportó úlcera cecal abscedada con amebiasis, sin evidenciar malignidad.

Conclusiones: Los amebomas son raros, de presentación clínica inespecífica y predominio en población anciana. Principalmente con sospecha de neoplasia maligna, llevados a manejo quirúrgico y posterior confirmación histopatológica. La mortalidad no es despreciable lo que lleva a considerarlos entre los diagnósticos diferenciales de adenocarcinoma.

03 - ID973

Características y desenlaces de los pacientes con cáncer de recto tratados en un hospital de Bogotá, Colombia: un estudio de cohorte retrospectivo

Julián Romo; Carlos Edgar Figueroa Avendaño; Laura Alejandra López; Natalia Mesa; Alejandro González; David Baquero Baquero; Andrea Recamán; Fernando Rabeya; Alejandro Villabón; Isabella Velandia; Álvaro Flechas

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
doctorromo22@gmail.com

Introducción: El cáncer de recto es una enfermedad en aumento en todo el mundo. Los resultados de su tratamiento están relacionados con las características preoperatorias del paciente. El objetivo de este estudio fue describir las características sociodemográficas, clínicas, quirúrgicas y los resultados de los pacientes operados de cáncer de recto en el Hospital Universitario Mayor Méderi (HUM) durante el período 2013-2017.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo tipo cohorte mediante la consulta de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico/histopatológico de cáncer de recto y seguimiento institucional, intervenidos quirúrgicamente con resección anterior de recto por vía laparoscópica realizada por el servicio de coloproctología del HUM entre 2013 y 2017. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.22.

Resultados: Se recogieron datos de 133 pacientes durante el período de estudio, la mayoría varones, con afectación más frecuente del recto inferior con 36,1 %. Las complicaciones ocurrieron en el 25 % de los pacientes y el porcentaje de dehiscencia de

anastomosis fue del 3,8 %. La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 8,6 %.

Conclusiones: Las características sociodemográficas de los pacientes operados de cáncer de recto en la institución son similares a la población mundial. La institución presenta un bajo índice de dehiscencias y complicaciones globales en comparación con las estadísticas internacionales. Es importante evaluar las causas de mortalidad global y mediante estudios prospectivos, explorar con mayor profundidad los factores asociados para encontrar oportunidades de mejora.

03 - ID869

Comparación entre hemorroidopexia con sutura mecánica y hemorroidectomía convencional: experiencia en un hospital de cuarto nivel

Nelson Antonio Niño Puentes; Andrés Ramiro Lanza Díaz; María Sofía Labrador Morales; Paula Catalina Rodríguez; Luis Eduardo Martínez López

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.
nelson.ino30@gmail.com

Introducción: La hemorroidopexia con sutura mecánica y la hemorroidectomía convencional son opciones de manejo para la patología hemorroidal comúnmente utilizadas. Aunque son procedimientos seguros, la evidencia es heterogénea sin poder demostrar superioridad de una técnica sobre la otra. En este estudio presentamos la experiencia de un hospital de cuarto nivel en el cual son utilizadas ambas técnicas.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo tomando datos de historias clínicas de pacientes con manejo con hemorroidopexia con sutura mecánica y hemorroidectomía convencional entre agosto de 2021 hasta agosto del 2022, y comparando los resultados en función de las complicaciones posoperatorias y la recidiva a 3 meses, usando la prueba de T de student con un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se realizaron 93 procedimientos, 44 hemorroidopexias y 49 hemorroidectomías convencionales. Las hemorroides grado III y IV se

manejaron en su mayoría con hemorroidopexia, mientras que la hemorroidectomía fue más usada para las grado II. Se presentó mayor recurrencia con la hemorroidopexia, sin embargo, no fue un valor estadísticamente significativo. Respecto a las complicaciones, el dolor se presentó en un 40,8 % en hemorroidectomía, y retención urinaria en un 11,4 % con hemorroidopexia, con resultados estadísticamente significativos. Se presentó más sangrado y constipación con hemorroidopexia, pero estos valores no fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: Los resultados a corto plazo fueron muy similares entre las dos técnicas, con una tendencia a más recurrencia en el grupo de hemorroidopexia, con complicaciones similares excepto por el dolor y la incontinencia. Sin embargo, faltan datos para dar una recomendación fuerte.

03 - ID612

Doble anastomosis intestinal en mismo tiempo quirúrgico sin derivación proximal. ¿Es seguro realizarlas ? Serie de casos y revisión de la literatura

Juan Camilo Arboleda Mera; Tatiana Barragán; Nairo Javier Senejoa Núñez; Viviana Marcela Hidalgo Mora

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
jucar92@hotmail.com

Introducción: En la cirugía colorrectal en ocasiones nos vemos enfrentados a múltiples lesiones de diferentes segmentos intestinales por distintas etiologías y con ello la decisión de qué partes resear y qué anastomosar con o sin derivación asociada, siendo la fuga anastomótica la principal preocupación como complicación, ya que más de una anastomosis implica mayor riesgo de esta. Un ejemplo son los tumores sincrónicos colorrectales que afectan partes distantes, donde las opciones quirúrgicas incluyen resección colónica extensa con anastomosis única, resecciones segmentarias múltiples con múltiples anastomosis y en algunos casos las resecciones por etapas; todas estas opciones con o sin derivación intestinal asociado.

Métodos: Usando una base de datos retrospectiva de nuestra institución de todos los pacientes adultos llevados a cirugía por coloproctología, se identificaron aquellos sometidos a dos resecciones segmentarias y doble anastomosis intestinales sin realizar ostomías derivativas entre 2021 y 2022. En esta serie de casos con seis pacientes se informan los desenlaces a 30 días.

Resultados: Se presentan los resultados y los desenlaces clínicos incluyendo la tasa de fuga anastomótica en seis pacientes a quienes se les realizaron resecciones intestinales con dobles anastomosis sin derivación de protección.

Conclusiones: La resección de dos segmentos intestinales con dos anastomosis respectivas sin dejar derivaciones parece ser un procedimiento seguro en caso de ser requerido en una misma cirugía.

03 - ID607

Efecto de la educación telefónica proporcionada por personal capacitado sobre preparación intestinal y su impacto sobre el índice Boston en pacientes llevados a colonoscopia

Jimena Nieto Naizir; Juan Camilo Arboleda Mera; Diego Felipe Téllez Beltrán; Nairo Javier Senejoa Núñez

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
est.maria.nieto1@unimilitar.edu.co

Introducción: La colonoscopia es un estudio diagnóstico que permite evaluar en tiempo real la integridad de la mucosa colónica. Es una herramienta costo efectiva para el tamizaje del cáncer colorrectal y para ello es imprescindible la correcta preparación previa, lo que aumenta la presión del estudio. Hasta un 25 % de los pacientes presentan preparación subóptima, aumentando costos y el retraso diagnóstico. En este estudio se quiere evaluar el impacto de la educación del paciente en la preparación colónica adecuada reflejada en la escala de Boston, mediante llamada telefónica por parte de personal entrenado de la unidad de coloproctología del Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia durante el primer trimestre de 2022.

Métodos: Se evaluaron 364 pacientes llevados a colonoscopia durante un período de 3 meses en el servicio de coloproctología del Hospital Militar Central. La recolección de información se realizó en tres fases. Fase 1: recolección de datos de pacientes. Fase 2: educación vía telefónica. Fase 3: evaluación de la preparación según la escala de Boston.

Resultados: De 364 pacientes, 184 (50,5 %) recibieron educación, 161 (87,5 %) presentaron adecuada preparación; 180 (49,4 %) no la recibieron, y 133 (73 %) presentaron adecuada preparación.

Conclusiones: La colonoscopia es el estándar para la detección de cáncer colorrectal y la preparación intestinal resulta imprescindible para la evaluación, la cual se refleja en la escala de Boston. Para ello, una de las estrategias se basa en la educación guiada por un personal capacitado mediante llamada telefónica con el fin de obtener una correcta preparación y así mayor precisión del estudio.

03 - ID681

Enfermedad de Paget perianal extramamaria: A propósito de un caso

Sergio Andrés Romero Serrano; Matteo Delgado Camacho; Fanny Loren Jiménez Vargas; Edwin Alirio Báez

Centro Médico Carlos Ardila Lulle, Floridablanca
md.andresromero@gmail.com

Introducción: La enfermedad de Paget es un trastorno cutáneo caracterizado por la proliferación neoplásica intraepidérmica de origen en el epitelio glandular; se encuentra relacionada con cáncer ductal in situ o invasivo de la mama. Existen dos tipos de presentación, la más prevalente a nivel de la mama y su otro tipo a nivel extramamario. La enfermedad de Paget perianal es considerada un adenocarcinoma cutáneo de origen glandular que corresponde a tan solo el 6,5 % de las enfermedades de Paget y al 20 % de las presentaciones ubicadas de manera extramamaria.

Métodos: Se presenta una paciente adulta con antecedente de estreñimiento, con lesión perianal

plana pruriginosa que sangraba a la fricción, con estudios imagenológicos en límites de normalidad, quien recibió manejo antimicótico oral y tópico. Dada la progresión de la lesión, se realizó biopsia diagnosticándose enfermedad de Paget extramamaria. Fue llevada a resección quirúrgica vía transanal.

Resultados: La enfermedad de Paget extramamaria es un trastorno cutáneo relacionado con cáncer colorrectal y neoplasias tuboováricas. Presenta baja incidencia, siendo más común en mujeres postmenopáusicas con erupciones eccematosas pruriginosas en sitios anatómicos con abundante tejido glandular. Su diagnóstico y estadificación requiere de estudio histopatológico y su tratamiento es quirúrgico dependiendo de su extensión. Las terapias coadyuvantes son la quimioterapia radioterapia, terapia láser y terapia biológica

Conclusiones: Por la localización anatómica, la enfermedad de Paget perianal constituye una afección al bienestar y estabilidad emocional de quien la padece. Por su alta relación con cáncer colorrectal, es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano pues esto definirá el tratamiento y pronóstico del paciente.

03 - ID673

Experiencia en el manejo del prolapso rectal: Rectosigmoidectomía perianal (Altemeier) vs. Rectopexia ventral laparoscópica

Daniel Morales Gómez; Nelson Antonio Niño Puentes; Luis Eduardo Martínez López; Mauricio González; David Mayo

Universidad de La Sabana, Chía; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
danielmoralesgomez@hotmail.com

Introducción: En el prolapso rectal existen diferentes procedimientos, con tasas de recurrencia y resultados funcionales variables, que dependiendo de las características de cada paciente (edad, sexo, comorbilidades, etc.) se proponen a diario como estándar de manejo y en el que la recurrencia juega el papel más importante en el desenlace final.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de casos clínicos de pacientes con prolapso rectal encontrando al término de un año siete casos clínicos, con los que se realiza una cohorte histórica evaluando la técnica empleada, así como los desenlaces en términos de recurrencia, extrusión de malla, y tasa de complicación.

Resultados: Se encontró 57,1 % de pacientes que fueron sometidos a rectosigmoidectomía perianal versus 42,8 % de pacientes que fueron sometidos a rectopexia ventral por laparoscopia. Se evidenció 25 % de recurrencia en el grupo de rectosigmoidectomía perianal versus 0 % de recurrencia en el grupo contrario, con tasas de complicación en los primeros 30 días postoperatorios similares.

Conclusiones: El advenimiento de la rectopexia ventral por laparoscopia muestra una clara diferencia en términos de recurrencia versus los procedimientos tradicionales, dichos hallazgos se correlacionan con lo reportado en la literatura.

03 - ID775

Manejo laparoscópico de la fístula colovesical. Una opción

Roberto Quintero Portillo; Jesús Valle C; Rafael McCausland Noguera; Ricardo Daguer Díaz; Álvaro Rojas Esmeral; Carlos Meza

Clínica La Merced, Barranquilla; Endocirugía SAS
robertoquinterop_@hotmail.com

Introducción: Las fístula colovesical representa una complicación de baja incidencia secundario a enfermedad diverticular, cursando con infecciones urinarias recurrentes, neumatúria y fecaluria que amerita estudios para confirmar el diagnóstico. Requiere manejo multidisciplinario para su resolución quirúrgica abierta o laparoscópica.

Métodos: Paciente masculino de 71 años consulta a la Clínica La Merced por cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda e infección de vías urinarias a repetición. Se hospitaliza con diagnóstico de diverticulitis. Se trata con antibióticos. Agrega neumatúria, fecaluria evidente. Se realiza estudios como TAC, cistografía, y cistoscopia, sugestiva de fístula colovesical.

Resultados: Se realiza sigmoidectomía laparoscópica previa identificación de estructuras retroperitoneales, uréter, vasos ilíacos, procedemos a sección de la fístula, extracción de sigmoide más anastomosis colorectal baja con sutura mecánica lineal y circular 29 mm e ileostomía de protección. En vejiga se realiza cistectomía parcial de fondo con rafia vesical. Pruebas con azul de metileno muestra integridad de la anastomosis colorectal y vejiga. Evolución satisfactoria y programación de cierre de ileostomía.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico para corrección de fístula colovesical en grupo quirúrgico con experiencia en patología de colon y laparoscopia, representa una opción con menor injuria y rápida recuperación frente a la cirugía convencional abierta, previa escogencia de los casos. Con el advenimiento de torres de laparoscopia, energías, fluoroscopia, y la disponibilidad de la indocianina nos permitirá una cirugía más segura en nuestra instituciones.

03 - ID845

Gangrena de Fournier: Una complicación infrecuente luego de resección ultra baja de recto

Diego Efraín Valbuena Velásquez; Nairo Javier Senejoa Núñez

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Hospital de la Policía Nacional
diegoego55@hotmail.com

Introducción: A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal, sigue estando entre las primeras causas de muerte por cáncer a nivel mundial. La cirugía es aún pilar fundamental para obtener curación y esta no se encuentra exenta de complicaciones. La gangrena de Fournier es extremadamente rara y poco descrita en la literatura.

Métodos: Se describe el caso clínico de un paciente de 77 años con adenocarcinoma de recto T3N0M0 quien recibió quimio y radioterapia, con exámenes de control donde se evidencia una respuesta parcial. Se realiza escisión mesorrectal completa por laparoscopia, anastomosis colorrectal

a 4 centímetros del borde anal e ileostomía de protección. Presenta evolución favorable y se da egreso.

Resultados: Luego de 15 días de postoperatorio ingresa el paciente al servicio de urgencias por edema y eritema en región perineal con extensión a glúteo asociado a leucocitosis, fiebre y taquicardia, se realiza procedimiento quirúrgico con hallazgo de gangrena de Fournier con foco originado en dehiscencia parcial de la anastomosis. Se realizan varios lavados, desbridamientos y colocaciones de sistema de presión negativa logrando control de la infección.

Conclusiones: La gangrena de Fournier es una complicación infrecuente en las anastomosis coloanales, ya que la mayoría cuentan con ileostomía de protección. Su diagnóstico e intervención temprana impacta en la supervivencia del paciente.

03 - ID891

Hiperesplenismo severo secundario a enfermedad diverticular de colon: Caso excepcional

William Sánchez Maldonado; Juan Sebastián Cuéllar Díaz; Omar Gutiérrez Moreno; Carolina María Ciro Ossa; Camilo Andrés Canizales Herrera
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
wsanchez@homil.gov.co

Introducción: El hiperesplenismo se refiere a un grupo de síndromes que involucran esplenomegalia y citopenia periférica de diversas causas. El hiperesplenismo secundario es de origen infeccioso de múltiples etiologías.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 74 años quien debutó con hiperesplenismo, pancitopenia y esplenomegalia. Se realizó esplenectomía abierta y drenaje de retroperitonitis. La patología informa múltiples abscesos esplénicos, citometría de flujo de médula ósea y sangre periférica en parámetros normales. Se reporta este caso excepcional ya que en la literatura no se identifica un caso igual y/o de origen por enfermedad diverticular complicada en una sola institución académica en el periodo

2022 ilustrando sus respectivos tratamientos y resultados

Resultados: Hombre de 74 años quien presentó a su ingreso dolor, sensación de masa en flanco izquierdo abdominal, síndrome constitucional sin otra sintomatología, se realizan estudios tomográficos sin lesiones metastásicas, identificando esplenomegalia severa 19x14 cm y paraclínicos con pancitopenia severa. Es llevado a cirugía para esplenectomía abierta encontrando gran absceso retroperitoneal por enfermedad diverticular complicada. Resultados de patología evidencia múltiples abscesos esplénicos, citometría de flujo de médula ósea y sangre periférica normales. Actualmente el paciente se encuentra asintomático sin complicaciones.

Conclusiones: El hiperesplenismo secundario por enfermedad diverticular complicada es una entidad excepcional. Su rareza no sólo encuentra el diagnóstico un desafío sino su enfoque terapéutico es quirúrgico.

03 - ID1020

Intususcepción colocolónica como debut de cáncer de colon

Paula Sofía Guatibonza Vargas; Ronald Yesid Tobar Bonilla; Liceth Johana Rojas Guzmán; Fabien Mantilla Sylvain; Mauricio Pedraza Ciro
Hospital Santa Clara, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
pguatibonza@unbosque.edu.co

Introducción: La intususcepción intestinal en el adulto resulta ser una patología infrecuente, con principal compromiso a nivel colónico. Múltiples manejos tanto quirúrgicos como endoscópicos se han propuesto, sin embargo depende de la etiología. Un adecuado estudio prequirúrgico es fundamental para poder realizar un abordaje integral.

Métodos: Paciente masculino de 68 años, ingresa a urgencias por cuadro de 8 meses de dolor abdominal asociado a síndrome constitucional. Agudamente presento hematemesis y melenas sin obstrucción intestinal clínica. Colonoscopia con lesión de aspecto tumoral en colon derecho que

condiciona intususcepción de segmentos colónicos, con patología que reporta adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado. Se descartó metástasis mediante imágenes tomográficas. Se realiza hemicolectomía derecha con linfadenectomía abdominal y anastomosis ileotransversa.

Resultados: Al tercer día posoperatorio presenta evolución clínica favorable sin complicaciones se da egreso y seguimiento ambulatorio, reporte de patología con adenocarcinoma moderadamente diferenciado estadio IIIB, por lo que continuó en manejo por oncología.

Conclusiones: La intususcepción es una condición rara en adultos. Se debe tener un alto índice de sospecha de patología neoplásica. En la población adulta es importante integrar los hallazgos endoscópicos, tomográficos y clínicos para poder brindar un manejo apropiado.

03 - ID660

Leiomioma de recto localmente avanzado: reporte de caso y revisión de la literatura

María Camila Boneth García; María Paula Naranjo Nates; Maritza Andrea Romero Peña; Ronel Eduardo Barbosa Calderón

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
caboga10@gmail.com

Introducción: El leiomioma es un tumor maligno del tejido conjuntivo, derivado de las células del músculo liso, que corresponde al 5-10 % de los sarcomas de tejidos blandos. El leiomioma gastrointestinal es raro y su localización más frecuente es el estómago e intestino delgado; en el recto tiene una aparición de solo el 11 % con una frecuencia de menos de 0,1 % de las neoplasias colorrectales. El diagnóstico del leiomioma rectal está basado en la identificación de ciertas características histológicas y marcadores de inmunohistoquímica. Con el descubrimiento del marcador CD117, marcador importante de los tumores del estroma gastrointestinal, se comenzó a diagnosticar el leiomioma con más precisión ya que ambos tumores tienen una apariencia histológica similar y actualmente se ha evidenciado que estos tumores

expresan marcadores específicos para músculo liso como la desmina y h-caldesmon.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 60 años con cuadro de sangrado gastrointestinal en estudio con lesión que protruye hacia el canal anal, por lo que fue llevada a resección transanal vía abierta con patología que reporta leiomioma.

Resultados: El leiomioma de recto es una entidad de baja frecuencia de la cual la literatura aún no ha establecido tratamiento estándar. Actualmente su diagnóstico está basado en inmunohistoquímica, lo que ha permitido avanzar en el conocimiento de esta patología, así como conocer las alternativas de manejo que hasta ahora se han implementado y que siguen siendo un reto.

Conclusiones: A través de este caso, describimos el tratamiento aplicado a nuestro paciente con leiomioma de recto localmente avanzado.

03 - ID967

Lipoma gigante submucoso de colon derecho expulsado parcialmente de manera espontánea por vía rectal

Pablo Salomón Montes Arcon; Faruk Hernández Sampayo

Universidad de Cartagena; ESE Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
pmontesarcon@gmail.com

Introducción: Los lipomas colónicos se definen como tumores benignos de origen mesenquimal cuya presentación es excepcional. Su incidencia oscila entre el 0,2 y el 4,4 %.

Métodos: Paciente femenina de 42 años, quien consulta por cuadro clínico de 1 año de evolución que se exacerbó hace 12 horas consistente en dolor en mesogastrio, tipo cólico no irradiado, sin atenuantes o agravantes, de intensidad 5/10 en la escala análoga del dolor, acompañado de expulsión de masa de consistencia blanda, no fétida, de color amarillenta a través del recto motivo por el cual ingresa al servicio de urgencias.

Resultados: Se realizó una colonoscopia en la que se evidenció a nivel del colon derecho próximo al ciego una lesión elevada, sétil, de aproximadamente 4 a 6 mm de diámetro,

mamelonada que ocupaba 1/4 de la luz del colon.

Conclusiones: La expulsión espontánea de un lipoma por vía rectal es infrecuente, se desconoce el mecanismo de auto disección de un lipoma. Se cree que, en los lipomas pediculados, el pedículo podría sufrir una estrangulación y posterior necrosis provocando su desprendimiento. Otra vía de presentación sería mediante la ulceración de la mucosa que recubre al lipoma con la consiguiente salida del mismo a la luz colónica. Sin embargo en su mayoría las expulsiones son subtotales y van a requerir una intervención para la resección completa de la lesión y así evitar las recurrencias.

03 - ID603

Malformación anorrectal con manifestación tardía. Un manejo con colgajo de Dartos

Sebastián Ruiz; Ivette C. Jiménez Lafourie; Nairo Javier Senejoa Núñez

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
sebastianruizgutierrez@gmail.com

Introducción: Las malformaciones anorrectales (MAR) son un espectro de anomalías congénitas que afectan la salud colorrectal en la población pediátrica. El diagnóstico inicial es clínico y el tratamiento es quirúrgico, con tasas de éxito/recurrencias dependientes del pronóstico y complejidad de cada malformación. El colgajo de Dartos es una de las opciones para ser utilizadas con el abordaje transperineal para la reparación de fístulas recto uretrales en adultos, el cual puede aumentar las tasas de éxito, promoviendo la cicatrización al agregar un suministro de sangre adicional.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 19 años que consulta a servicio de Coloproctología por cuadro clínico de 5 años de evolución de salida de orina por el recto asociado a múltiples infecciones de vías urinarias. Al interrogatorio el paciente refiere antecedente de malformación anorrectal sin fístula que requirió anorrectoplastia sin colostomía con posterior esquema de dilataciones anales.

Se realizan ecografía y cistouretrografía miccional donde se evidencia fístula recto uretral

dependiente de uretra posterior y cistoscopia con hallazgo de orificio de 6 cm del meato con prueba de azul de metileno positiva.

Resultados: Por estos hallazgos más examen físico se realizó derivación con colostomía en asa del colon transversal y cistostomía, y manejo quirúrgico definitivo con colgajo de Dartos con postoperatorio satisfactorio hasta posterior cierre de colostomía.

Conclusiones: Las MAR son un reto para el cirujano, tanto en vida infantil como en adultos, por lo que requieren un seguimiento a largo plazo y manejo multidisciplinario.

03 - ID404

Neumatosis quística: ¿El manejo médico es suficiente?

Juan Sebastián Valencia Fajardo; Angie Nataly Capacho Quintana; Ronel Eduardo Barbosa Calderón; Diego Efraín Valbuena Velásquez
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
Juanvalencia92@hotmail.com

Introducción: La neumatosis quística intestinal es una entidad rara caracterizada por la presencia de quistes submucosos o subserosos de contenido gaseoso en el intestino delgado y/o grueso. La prevalencia es de 0,03 % y se presenta en los extremos de la vida. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, dentro de las manifestaciones clínicas son síntomas y signos inespecíficos. El diagnóstico se realiza por medio de colonoscopia o con imágenes diagnósticas. El tratamiento puede ser médico y/o quirúrgico. El objetivo es describir un caso clínico de un paciente con diagnóstico de neumatosis quística.

Métodos: Paciente femenina de 54 años con diagnóstico de neumatosis quística desde hace 10 años, quien asiste remitida a la consulta por persistencia de dolor abdominal generalizado tipo cólico, distensión abdominal y cambios del hábito intestinal (dados por disminución de volumen y frecuencia de las deposiciones) que no mejora con manejo médico.

La colonoscopia evidencia colon sigmoidees con grandes lesiones elevadas, algunas erosionadas

a nivel de la submucosa, que protruyen hacia la luz colónica generando obstrucción. Se indica realización de resonancia magnética de abdomen con hallazgos sugestivos de neumatosis quística del ángulo esplénico del colon.

Resultados: Se realiza hemicolectomía izquierda sin complicaciones. El reporte de la patología confirma el diagnóstico. Se da egreso hospitalario al tercer día postoperatorio. Paciente con resolución completa del cuadro clínico.

Conclusiones: La neumatosis quística intestinal es una causa inusual de dolor abdominal. Existen pocos casos reportados en la literatura. El diagnóstico es clínico y por imágenes diagnósticas. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico. La mayoría de pacientes presentan una adecuada evolución clínica.

03 - ID784

Poliposis adenomatosa familiar. Reporte de caso

Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Víctor Ruano Flórez; Juan Carlos Hoyos

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena

kmunozm@unicartagena.edu.co

Introducción: La poliposis adenomatosa familiar es una enfermedad autonómica dominante, cuya forma completamente desarrollada se asocia con cáncer de colon en el 100 % de los casos

Métodos: Paciente de 19 años con antecedente familiar por ascendencia materna de poliposis adenomatosa familiar, con seis miembros de su familia con diagnóstico genético y por imágenes endoscópicas; de ellos, cuatro son manejados de forma quirúrgica con resultados favorables en controles posteriores por colonoscopia y dos familiares fallecidos antes de los 50 años por cáncer de colon en etapas avanzadas. Dicha paciente desde los 16 años con episodios repetidos de sangrado digestivo bajo asociado a síndrome anémico sintomático.

Resultados: Se le practica colonoscopia con presencia de múltiples pólipos en toda la extensión del colon y recto con biopsia que reportaba

displasia de bajo grado. Además endoscopia de vías digestivas superiores con presencia de pólipos a nivel de estómago y duodeno, y estudio genético positivo para detección del gen APC. Se decide por tanto llevar de forma electiva a colectomía total y proctectomía, se realizó pouch ileal y posteriormente, anastomosis ileoanal e ileostomía en asa de protección. Evoluciona de forma lenta hacia la mejoría.

Conclusiones: El cáncer de colon es una patología cada vez más frecuente en la población. Se deben establecer estrategias de tamizaje especialmente en pacientes con predisposición a su desarrollo.

Hepatobiliar y páncreas

03 - ID1015

Adenofibroma biliar hepático con transformación maligna a adenocarcinoma. Reporte de caso y revisión de la literatura

Alonso Vera Torres; Camilo Ernesto Garzón Mesa; Diego Rymel Triviño Álvarez; Andrés Mauricio Ortega Canizales; María Paula Fontecha Pinzón; Laura Camila Vanegas Forero

Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad del Rosario

averamd@gmail.com

Introducción: El adenofibroma biliar es un tumor hepático benigno, caracterizado por estructuras ductales lineales dilatadas con banda de células cuboidales epiteliales y abundante estroma fibrótico. Algunos autores han considerado estas lesiones como precursoras de malignidad, dependiendo su diámetro, actividad proliferativa y acumulación del p53. Sin embargo, su histogénesis y comportamiento biológico son poco conocidos.

Métodos: Se presenta el caso de un hombre de 82 años con múltiples antecedentes patológicos, con una lesión multiquística en segmentos hepáticos II y III con crecimiento progresivo, con PET scan sin captación metabólica. Se sospechó un tumor quístico biliar, llevándose a resección en cuña de la lesión quística del segmento II hepático. La patología mostró un adenofibroma biliar con transformación maligna a adenocarcinoma.

Resultados: Los estudios de inmunohistoquímica comprueban el fenotipo biliar de las células de las estructuras tubuloquísticas tanto del componente benigno, displásico e infiltrante, mostrando reactividad para citoqueratina 7, citoqueratina 19, antígeno de membrana epitelial focal para CA 19-9. Con KI 67 del 10 % en las áreas de mayor proliferación que corresponden a las zonas de componente infiltrante.

Conclusiones: Llama la atención la no captación de la lesión en el PET scan teniendo en cuenta que se reporta una sensibilidad hasta del 94 % para colangiocarcinoma. Por el escaso número de casos no es posible definir si el adenofibroma es un precursor maligno o si hay una mutación puntual que permita identificar su potencial de malignidad. Por lo que se puede cuestionar la necesidad de resear ante la sospecha o de realizar estudios que permitan conocer su naturaleza.

03 - ID718

Cirugía de Puestow: una alternativa segura en el manejo de la pancreatitis crónica

Cristian Eduardo Tarazona León; Fabio Vergara; Laura Juliana Rengifo Quintero; Gianmarco Camelo Pardo; Edison Steven Grijalba Holguín

Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: La cirugía de Puestow (año 1958) es un procedimiento quirúrgico de drenaje, interviniendo el páncreas a lo largo del conducto pancreático principal y realizando pancreatoyeyunostomía laterolateral en Y de Roux, generando liberación del conducto pancreático. Es indicación quirúrgica para la pancreatitis crónica con dilatación del conducto pancreático principal.

Materiales: El objetivo es describir las indicaciones y técnica quirúrgica de la cirugía de Puestow, como alternativa en el manejo de la pancreatitis crónica secundaria de etiología no maligna.

Resultados: La cirugía de Puestow en nuestra paciente permitió de forma importante y segura resolución quirúrgica de su cuadro clínico sin complicaciones.

Conclusiones: La cirugía de Puestow tiene una baja frecuencia en el manejo quirúrgico de la pancreatitis crónica, con buenos resultados, preservando parénquima, mejorando el dolor y calidad de vida. Es necesario retomar e incluir esta técnica quirúrgica en la formación de las nuevas generaciones de cirujanos.

03 - ID771

Derivación espleno-renal distal como manejo de trombosis portal en paciente de 2 años: Reporte de caso

Julián Camilo González Collazos; Juan Manuel Rico Juri; David Fernando Semanate-Betancourt; Cristian Johan Gallego López; Helio Fernando Espinosa Cadavid; Henry Armando Giraldo Salazar; Angélica María Delgado Quintero

Centro Médico Imbanaco - Grupo Quirón Salud, Cali

juligonco@hotmail.com

Introducción: La trombosis portal es una patología comúnmente encontrada en pacientes cirróticos, menos común en no cirróticos y más rara aún en pacientes pediátricos. Sin embargo, es una posible complicación en pacientes prematuros que requirieron cateterismo umbilical, desarrollando posteriormente limitación para drenaje venoso del lecho esplácnico, sobrecarga de presión sobre el sistema venoso y múltiples complicaciones asociadas.

Métodos: Se expone el caso de una paciente de 2 años y 10 meses, con antecedente de prematuridad de 28 semanas y requerimiento de cateterismo umbilical, que se presenta al servicio de urgencias con cuadro de dolor abdominal, hematemesis, hiperesplenismo y síntomas constitucionales, paraclínicamente con anemia y trombocitopenia ajustadas a la edad, con posterior identificación endoscópica de várices esofágicas y gástricas sangrantes secundarias a trombosis, degeneración cavernomatosa e hipertensión portal. Se plantea la resolución de esta mediante derivación espleno-renal distal.

Resultados: El manejo de la trombosis portal en el paciente pediátrico es complejo y requiere

de un grupo multidisciplinario clínico-quirúrgico que permita seleccionar los pacientes para la aproximación indicada, ya sea endoscópica o quirúrgica. En estos pacientes se realizó una derivación espleno-renal distal para sobrepasar el fenómeno obstructivo de la trombosis portal logrando una involución clínica de las complicaciones asociadas y una adecuada evolución postquirúrgica.

Conclusiones: La derivación espleno-renal distal como manejo para pacientes pediátricos con hipertensión portal, várices esofágicas sangrantes e hiperesplenismo es un manejo adecuado, especialmente si el paciente no es candidato para trasplante.

03 - ID749

Ecografía intraoperatoria en colecistectomía difícil del remanente vesicular, reporte de caso

Pedro Alexander Guerrero Serrano; Harold Enrique Betancourt Santos; David Alexander Avellaneda del Portillo; Rubén Ernesto Caycedo Beltrán

Hospital Universitario Nacional, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional de Colombia
p.guerrero19@hotmail.com

Introducción: El remanente vesicular puede provocar recidiva de coledocistitis, con clínica y complicaciones similares al paciente no intervenido, con el reto de una cirugía difícil por las adherencias y cambios anatómicos.

Métodos: Paciente de 63 años, con antecedente de colecistectomía subtotal hace 28 años, consulta por dolor en hipocondrio derecho; la tomografía de abdomen evidenció coledocistitis del remanente vesicular. Es llevada a colecistectomía laparoscópica convertida sin identificar remanente vesicular, suspenden procedimiento y remiten. La colangiografía documentó cálculo de 12mm en remanente vesicular, perfil hepático normal. Es llevada a cirugía abierta documentando síndrome adherencial severo, remanente vesicular intrahepático, inicialmente no se logró visualizar por lo que se realizó ecografía intraoperatoria ubicando remanente vesicular y la anatomía del hilio hepático, se logró extracción completa. Requiere vigilancia en cuidado intermedio presentando hematoma subcapsular hepático no

intervenido. La paciente egresó con seguimiento por consulta externa sin complicaciones.

Resultados: La colecistectomía del remanente vesicular es infrecuente, pero cada vez se realizan más colecistectomías subtotales, por lo cual se prevé un creciente número de casos. Series de caso describen como síntoma más frecuente el dolor en hipocondrio derecho, tal como en el caso descrito. En el caso que se presenta, ya se había intentado cirugía laparoscópica convertida a abierta, sin encontrar el remanente, por lo cual la guía ecográfica intraoperatoria permitió ubicar el remanente vesicular y el hilio hepático logrando evitar lesiones inadvertidas de la vía biliar o estructuras vasculares.

Conclusiones: La ecografía intraoperatoria es una estrategia útil en pacientes con colecistectomías del remanente para localizarlo y prevenir lesiones del hilio hepático o estructuras vecinas.

03 - ID637

Fístula pancreática: una complicación posterior a pancreatoduodenectomía. Revisión de la literatura

Cristian Eduardo Tarazona León; Gianmarco Camelo Pardo; Gabriel Fernando Ruiz Hernández; Laura Juliana Rengifo Quintero

Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: La fístula pancreática postoperatoria (POPF) se define como una comunicación anormal de un ducto pancreático en contacto directo con otro tipo de epitelio permitiendo el paso de enzimas pancreáticas. Durante su evolución histórica ha sido clasificada en diferentes oportunidades. El Grupo Internacional de Estudio de Fístulas Pancreáticas (ISGPF) realizó la primera estandarización, definición y clasificación de las POPF en 2005.

En la fístula pancreática post operatoria se tiene en cuenta el tiempo de realización de la misma en un lapso de 3-7 días de salida de líquido de 30-50 cc, con 3 veces los niveles normales de amilasa respecto al nivel sérico sumado a síntomas como: como dolor abdominal, fiebre, retardo del vaciamiento gástrico y deterioro del estado

general. Adicionalmente la fístula pancreática representa una morbilidad que oscila de 6-24% en la duodenopancreatectomía cefálica y constituye cerca del 50% de las complicaciones de dicho procedimiento.

Métodos: Se realiza revisión bibliográfica de la literatura en bases de datos en los últimos 5 años seleccionando artículos que permitan determinar los cambios a través de la historia en la clasificación de fistula pancreática.

Resultados: Actualmente se las clasifican como sigue: Grado A, cuando hay amilasa elevada por el drenaje, sin síntomas concomitantes ni reintervención quirúrgica. Si presenta sintomatología o requiere intervención quirúrgica se considera Grado B. Si se presenta falla orgánica, requiere reintervención quirúrgica o fallecen se considera una fistula grado C.

Conclusiones: Predecir la aparición de la fístula pancreática permite tomar medidas preventivas y terapéuticas oportunas, tanto mínimas como agresivas, que pueden derivar en complicaciones.

03 - ID852

Hamartoma mesenquimal hepático gigante. Reporte de caso

Natalia Herrera Toro; Daniel Felipe Herrera Orrego
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín; Universidad de Antioquia
nataherrerat@gmail.com

Introducción: El hamartoma mesenquimal hepático es un tumor de muy rara ocurrencia, en especial cuando tiene localización central o compromete todo el hígado. El manejo definitivo ha evolucionado a lo largo de los años, con una preferencia actual por la resección completa de la lesión, debido a las altas tasas de recurrencia y de transformación maligna, pero con una importante morbilidad y mortalidad, siendo en ocasiones necesario el trasplante hepático cuando el compromiso hepático es muy extenso.

Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 10 meses de edad con diagnóstico de hamartoma mesenquimal hepático gigante, de localización central y con compromiso de ambos lóbulos hepáticos, manejada con resección primaria

completa por el grupo de cirugía pediátrica de un hospital de alta complejidad de la ciudad de Medellín, Colombia. Además, se presenta una revisión de esta infrecuente condición.

Resultados: En el seguimiento a 18 meses, presenta buena evolución y sin signos de recidiva tumoral. Existe una ligera predisposición por el género masculino, lo que contrasta con el caso reportado; las manifestaciones clínicas iniciales presentadas por la paciente incluyeron distensión abdominal y una masa abdominal palpable, además de síntomas por compresión secundaria. Debido al tamaño de la masa y los síntomas asociados, el manejo conservador no podía ser una alternativa para el manejo de la paciente.

Conclusiones: Este es un tumor muy infrecuente que debe ser sospechado por imágenes en los niños con masas hepáticas de gran tamaño y su tratamiento debe ser la resección quirúrgica completa.

03 - ID716

Hemobilia por ruptura de pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha. Reporte de caso

David Alexander Avellaneda del Portillo; Pedro Alexander Guerrero Serrano; David Rincón Santos; Oswal Steven Delgado Realpe
Hospital Universitario Nacional, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional de Colombia
daavellanedap@unal.edu.co

Introducción: Los pseudoaneurismas de la arteria hepática son una causa rara de hemorragia gastrointestinal, corresponden al 20% de todos los aneurismas viscerales.

Métodos: Paciente de 70 años con dolor abdominal subagudo en hemiabdomen superior asociado a melenas, llevado a laparotomía por plastrón vesicular evidenciando masa pétreo con infiltración hepática por lo que remiten. Resonancia de abdomen documentó plastrón vesicular inflamatorio con absceso y pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha en contacto con la pared vesicular, con anemización progresiva y melenas por lo que se llevó a laparotomía documentando plastrón vesicular, fístula colecistoduodenal y pseudoaneurisma de la hepática derecha roto

con hemobilia secundaria a fístula arteriobiliar, realizando ligadura del aneurisma, duodenorrafia, colecistectomía subtotal y dren en lecho hepático, con evolución favorable; dren con disminución progresiva hasta retiro y se dio egreso.

Resultados: La hemobilia secundaria a ruptura de un pseudoaneurisma es una condición infrecuente, como lo reportado por Shelton y Raviraj donde se presentó una fístula arteriobiliar en un paciente de 63 años con melenas y dolor abdominal con anemia severa, cuadro similar al caso presentado. Así mismo, Sreh y colaboradores describieron una paciente con hemorragia digestiva superior masiva por ruptura de pseudoaneurisma de la hepática drenando al tracto gastrointestinal, manejada con embolización. En nuestro caso no se contó con el recurso y presentaba fístula duodenal asociada por lo que se realizó control de sangrado vía abierta con evolución favorable.

Conclusiones: La hemobilia anemizante en pacientes con plastrón vesicular debe hacer sospechar compromiso de la arteria hepática como etiología.

03 - ID532

Hemosuccus pancreaticus como causa infrecuente de sangrado gastrointestinal: reporte de caso y revisión de la literatura

Daniela Ayala Olaya; Juliana González Tamayo; Felipe Pedroza; Carlos Eduardo Rey Chaves; Danny Michell Conde Monroy; Juan Carlos Sabogal Olarte; Alejandra Cartagena

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
daoti77@gmail.com

Introducción: Hemosuccus pancreaticus es una causa rara de hemorragia digestiva alta, con pérdida sanguínea a través del conducto pancreático principal y su exteriorización a través de la papila duodenal mayor. Esta afección suele producirse tras la formación de un pseudoaneurisma secundario a una pancreatitis aguda o crónica. Debido a su escasa frecuencia, es difícil de diagnosticar y la tasa de mortalidad sigue siendo elevada.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente masculino de 70 años quien consultó por dolor abdominal asociado a melenas. Se realizó

angiografía con evidencia de un pequeño pseudoaneurisma del remanente de la arteria gastroduodenal, por lo que se realizó embolización endovascular con coil en dos oportunidades para controlar la hemorragia.

Resultados: El hemosuccus pancreaticus consiste en la hemorragia de un vaso sanguíneo alrededor del páncreas o de una lesión en el mismo, hacia el conducto pancreático en el contexto de una pancreatitis o de tumores pancreáticos. La intensidad de la hemorragia es decisiva para determinar el resultado. El manejo vascular es el tratamiento definitivo.

Conclusiones: La hemorragia digestiva alta es un reto clínico para el cirujano. El hemosuccus pancreaticus es una entidad compleja con alta mortalidad que debe sospecharse en pacientes con pancreatitis aguda o crónica y tumores periampulares con fuentes de sangrado no establecidas. Clínicamente se manifiesta por la tríada de Sandblom. El gold standard es la arteriografía más la embolización, la cual también es terapéutica. La cirugía se relaciona con una mayor mortalidad y se reserva para situaciones específicas de inestabilidad.

03 - ID490

Hiperplasia nodular focal: a propósito de un caso con una verdadera indicación quirúrgica

Sara Patiño Franco; Camila Arias González; Santiago Barrantes Moreno; Valeria García Ramos; María Isabel González Gómez; Juan Camilo Pérez Cadavid; Álvaro Duarte Garces; Jaime Chávez Trujillo; Sergio Iván Hoyos Duque

Universidad Pontificia Bolivariana; Hospital Pablo Tobon Uribe, Medellín
sarapatinofranco@gmail.com

Introducción: La hiperplasia nodular focal es la segunda lesión hepática benigna más común; y puede tener o no pedículo vascular. El diagnóstico se hace de manera incidental, los pacientes pueden tener síntomas inespecíficos y en el caso de lesiones pediculadas o de gran tamaño los signos y síntomas pueden ser explicados por torsión del pedículo, compresión de estructuras y órganos adyacentes. Solo se recomienda la cirugía cuando

se tengan dudas en el diagnóstico o que el paciente presente síntomas.

Métodos: Los datos fueron obtenidos de una base de datos prospectiva que se lleva en el servicio de cirugía hepatobiliar y pancreática de la institución.

Resultados: Mujer de 19 años, con dolor abdominal en epigastrio e irradiado a fosa ilíaca derecha, abdomen distendido, masa palpable, móvil y dolorosa entre el hipocondrio y el flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorios normales y colangiografía evidencia lesión pediculada dependiente del segmento III, se extiende hacia la pelvis, de 9 x 7 x 11,5 cm; la imagen sugiere como primera posibilidad una HNF. Se indica cirugía hepatobiliar por ser una lesión pediculada, de gran tamaño, dolorosa, con alto riesgo de torsión. Se programa para resección quirúrgica, encontrando gran masa tumoral hipervasculada en pelvis, de 12 cm, con pedículo grueso dependiente del lóbulo hepático izquierdo y torsión de 180 grados, con vasos congestivos y de gran calibre. La patología concluye hiperplasia nodular focal, sin malignidad.

Conclusiones: La hiperplasia nodular focal es una lesión benigna, frecuente en la población general y asintomática. Su manejo es expectante mientras el paciente permanezca asintomático; una vez ocurra lo contrario y según el estado general del paciente y características de la lesión, esta puede ser resecada vía laparoscópica o abierta.

03 - ID464

Insulinoma como hallazgo incidental en hipoglicemia sostenida

Laura Isabel Narváez Sierra; María Camila Boneth García; Angie Nataly Capacho Quintana; Oscar Luis Padrón Pardo; William Hernando Salamanca Chaparro

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.

lauranarvaezzierra@gmail.com

Introducción: Los insulinomas son tumores neuroendocrinos secretores de insulina que provocan hipoglucemia, los cuales generalmente no presentan metástasis y su curación se considera cuando se realiza una resección quirúrgica

completa. Representan 1-2% de las neoplasias pancreáticas con una recurrencia del 7%. Pueden ocurrir a cualquier edad y aparecen tanto en hombres como en mujeres, se ha reportado que hasta el 90% son benignos y ocurren intrapancreáticos con un diámetro menor a 2 cm. Sin embargo el diagnóstico es tardío a causa de la rareza de la enfermedad y la presentación de un cuadro clínico inespecífico.

Métodos: Paciente de 39 años con cuadro de 2 años de evolución de presentar hipoglicemias, asociadas a episodio de pérdida de la conciencia y aparentes episodios convulsivos, direccionada de endocrinología, ecoendoscopia y resonancia magnética de abdomen con lesión en cola de páncreas; con hallazgos intraoperatorios de masa tumoral de 3 cm en la cola del páncreas, sólida hipervasculada adherida firmemente al parénquima pancreático, con patología quirúrgica compatible con insulinoma.

Resultados: La mayor incidencia de complicaciones asociadas en esta población es de obstrucción intestinal, fibrilación auricular y lesiones neoplásicas malignas en riñón y mama. Entorno a este caso, describimos criterios de resección de insulinoma y manejo médico asociado al tratamiento en caso de lesión metastásica y/o irresecable.

Conclusiones: Los pacientes con presentación de insulina no metastásica, tienen un pronóstico a largo plazo bueno dado que el pilar de su manejo está en la resección quirúrgica.

03 - ID694

Síndrome de ducto pancreático desconectado: Cuando la cirugía es la opción definitiva

Cristian Eduardo Tarazona León; Mauricio Vanegas Ballesteros; Gianmarco Camelo Pardo; Fabio Vergara; John Alexander Pereira Barroso

Hospital Internacional de Colombia, Piedecuesta
cristiantarazona@hotmail.com

Introducción: El síndrome de ducto pancreático desconectado (SDPD) se relaciona directamente con los cuadros de pancreatitis necrotizante aguda o asociado a traumatismo abdominales. La

incidencia de esta patología es menor a 2 %. La colangiopancreatografía por resonancia magnética o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es la modalidad ideal en el diagnóstico. El tratamiento incluye medidas conservadoras, endoscópicas, quirúrgicas y uso de radiología intervencionista.

Métodos: Paciente masculino de 54 años de edad con cuadro clínico caracterizado por ictericia generalizada y dolor abdominal. Al ingreso se realizó tomografía axial computarizada de abdomen con hallazgo de pancreatitis necrotizante con compromiso del 30 % del parénquima pancreático. En primer tiempo quirúrgico se realizó laparotomía más colecistectomía, evidenciando síndrome adherencial severo y cambios inflamatorios.

En controles radiológicos posteriores, se evidenció en colangiografía por resonancia fistula pancreatocutánea a nivel de cuello pancreático asociado a solución de discontinuidad, cambios cicatrizales en cabeza de páncreas, colección y posible pseudoquiste con intervención endoscópica fallidas, indicando realizar cirugía de Whipple más hemicolectomía derecha con evolución final satisfactoria.

Resultados: Paciente con resolución de su cuadro clínico posterior a intervenciones quirúrgicas, donde el hallazgo de conducto pancreático desconectado fue corregido.

Conclusiones: Esta patología no tan infrecuente como se cree, y su falta de diagnóstico, es secundaria a la falta de sospecha clínica y conocimiento imagenológico por lo cual debería ser prioritario su diagnóstico oportuno. Las intervenciones endoscópicas mínimamente invasivas son parte del tratamiento del tratamiento inicial, pero la intervención quirúrgica en algunos pacientes tendrá un papel importante en su desenlace definitivo.

03 - ID847

Variaciones vasculares en cirugía pancreatoduodenal. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología

Helena Facundo Navia; Oscar Guevara; Raúl Eduardo

Pinilla Morales; Silvia Inés Guerrero Macías; Juliana Rendón Hernández; Ana Deise Bonilla Castañeda; Mario Arturo Rey Ferro; Mario Arturo Abadía
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
helefacus@gmail.com

Introducción: Las variaciones anatómicas vasculares son importantes en la cirugía resectiva pancreatobiliar y su identificación prequirúrgica es fundamental. Una de las más frecuentes es del origen de la arteria hepática, descrita en el 13,8 a 20,7 % de los casos. Diversos estudios han descrito el impacto en los desenlaces perioperatorios, reportando aumento del sangrado y tiempo quirúrgico.

Métodos: Se revisaron los pacientes llevados a pancreatoduodenectomía en el servicio de Cirugía Gastrointestinal del Instituto Nacional de Cancerología de 2011 a 2022. Las variaciones anatómicas fueron identificadas por imágenes en la planeación prequirúrgica y confirmadas intraoperatoriamente. Se calcularon medidas de frecuencia para estos pacientes.

Resultados: Fueron realizadas 122 pancreatoduodenectomías. Se reportan 43 casos con variaciones anatómicas arteriales (35,2 %), 14 de ellos resecados por vía laparoscópica. La edad promedio fue 59,3 años (23 - 79), el diagnóstico patológico más frecuente fue adenocarcinoma ductal de páncreas en el 30,2 %. El 48,8 % (n=21) de las variaciones correspondieron a emergencia de la arteria hepática o sus ramas en la mesentérica superior y 11,6 % (n=5) a emergencia de la arteria hepática izquierda en la gástrica izquierda. Con respecto al trayecto de la arteria hepática, la variación más frecuente fue ubicación anterior a la vía biliar (18,6 %). Las ramas hepáticas accesorias fueron el 13,5 %.

Conclusiones: Las variaciones anatómicas vasculares celíacas y mesentéricas no son infrecuentes. La no identificación prequirúrgica de las mismas puede llevar a lesiones catastróficas. Con independencia de si se prevee una reconstrucción vascular, es fundamental realizar el planeamiento prequirúrgico basado en imágenes.

Cirugía vascular

03 - ID674

Aneurisma de aorta abdominal manejado mediante abordaje de Cattell Braasch, una vía inusual: reporte de dos casos

Brayan Andrés Buitrago Maldonado; Leonardo José Randial Pérez; María Alejandra Gutiérrez Ardila; Leonel Felipe Mateus Acuña

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
andres513j@gmail.com

Introducción: El aneurisma aórtico abdominal (AAA) corresponde a una dilatación permanente de la arteria aorta con un aumento del diámetro de esta 1,5 veces su valor normal. Requiere intervención dependiendo del diámetro, la sintomatología y su tasa de crecimiento. Habitualmente el reparo endovascular (EVAR) es el de elección si su anatomía lo permite; caso contrario se indica la corrección abierta.

Métodos: Se presentan dos casos clínicos de pacientes femeninas quienes son llevadas a reparo abierto de AAA (anatomía desfavorable para EVAR), cuya angulación y deformidad lateral de la arteria dificultaban un abordaje por el lado izquierdo del paciente. Se realiza laparotomía mediana y ante los hallazgos intraoperatorios se decide realizar la exposición vascular mediante la maniobra de Cattell Braasch, medializando el colon derecho y la C duodenal hasta exponer por completo los grandes vasos.

Resultados: Se logró una adecuada exposición vascular obteniendo control proximal suprarrenal de la aorta y distal de las arterias ilíacas primitivas lográndose el reparo con injerto de dacrón. Ambas pacientes se recuperan del procedimiento en cuidado intensivo y logran retornar a su domicilio para culminar el proceso de rehabilitación.

Conclusiones: El abordaje quirúrgico abierto del AAA comprende exposiciones vasculares a nivel supracelíaco, transmesentérico y retroperitoneal; se debe asegurar un adecuado control proximal y distal independientemente de la vía escogida. Los casos presentados ofrecen una alternativa de exposición vascular en aquellos pacientes

cuya anatomía dificulta el abordaje clásicamente utilizado (retroperitoneal de Mattox). La maniobra de Cattell Braasch permite por tanto una adecuada exposición vascular en aquellos casos en que la deformidad/angulación aórtica impidan una adecuada visualización de los vasos mediante abordajes clásicos.

03 - ID856

Aneurisma de arteria ilíaca aislada con fístula arteriovenosa como causa de edema unilateral de miembros inferiores

Daniel Gómez Gómez; Marlon Hernán Espinosa Berástegui; José Miguel Gonzales Cano; José Andrés Uribe Múnera; Iván Arismendi; Efrén Cantillo; William Calle Cayón; William Ramírez; René Timarán; Carolina Guzmán Arango

Hospital Universitario Alma Mater de Antioquia, Medellín
dagogo05@hotmail.com

Introducción: Los aneurismas de arterias ilíacas, definidos por la Sociedad Europea de Cirugía Vascular como una dilatación igual o mayor a 18 mm en hombres e igual o mayor a 15 mm en mujeres, usualmente están asociados a aneurismas de aorta abdominal. Cuando se presentan de forma aislada son poco frecuentes y de predominio en arteria ilíaca común. Asociado a esto puede haber complicaciones que se presentan en menos del 1 % de los aneurismas abdominales, como es la fístula arteriovenosa generando edema unilateral y posibles linfedemas.

Métodos: Paciente femenina de 84 años, hipertensa, diabética y cardiópata. Consulta por falla cardíaca descompensada, edema unilateral derecho, frialdad distal y ausencia de pulsos. Dúplex venoso con sospecha de fístula arteriovenosa y descartar trombosis venosa profunda. Dúplex arterial normal y angiotac que evidencia aneurisma de 3 x 4 cm de diámetro de arteria ilíaca común derecha con fístula arteriovenosa asociada.

Resultados: Se define manejo endovascular por alto riesgo quirúrgico, con confirmación de fístula arteriovenosa de la femoral común derecha en arteriografía inicial. Se emboliza arteria hipogástrica derecha más colocación de stent

recubierto desde ilíaca común hasta ilíaca externa (Gore Viahban de 8 mm x 10 cm). Se evidencia signo de Nicoladini-Branham con disminución de la frecuencia cardíaca al finalizar el procedimiento y posterior disminución del edema.

Conclusiones: Los aneurismas de arteria ilíaca aislados más fístulas asociados son una causa muy poco frecuente de edema unilateral de miembros inferiores. El diagnóstico y manejo oportuno es de vital importancia. El manejo endovascular es una buena opción de manejo en riesgo quirúrgico alto.

03 - ID574

Aneurisma monoilíaco aislado roto: reporte de caso

Brayan Andrés Buitrago Maldonado; Héctor Hugo Rodríguez Marín; Víctor Manuel Lazo Santafé
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
andres513j@gmail.com

Introducción: Los aneurismas de la arteria ilíaca ocurren con mayor frecuencia en la arteria ilíaca común (AIC) (70 %), típicamente en conjunto con un AAA. Los aneurismas aislados de la AIC son relativamente infrecuentes (6,4 %) con una prevalencia global menor a 2 % y suelen ser bilaterales; por lo que la presentación monoilíaca es infrecuente.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 84 años, quien acude a urgencias por cuadro clínico de 3 horas de evolución de dolor súbito pélvico y lumbar de predominio izquierdo, acompañado de sensación de pujo vesical. Con signos vitales normales. AngioTC abdominal con hallazgo de aneurisma de arteria ilíaca común izquierda con signos de ruptura y hemoperitoneo.

Resultados: El paciente es trasladado a sala híbrida donde se realiza reparo endovascular de aneurisma con prótesis aorto-monoilíaco y puente femoro-femoral cruzado. EL paciente desarrolla lesión renal en los primeros días postoperatorios requiriendo diálisis, con posterior recuperación de su función renal normal. Se mantuvo adecuada perfusión de los miembros inferiores y paciente se da de alta de la institución a los 10 días del ingreso hospitalario

Conclusiones: El aneurisma de arteria iliaca común es una patología infrecuente, lo común es que se asocie a AAA y/o que sea bilateral. El presente caso demuestra el tratamiento exitoso por abordaje endovascular de un paciente con aneurisma de arteria ilíaca común izquierda roto y hemoperitoneo, con exclusión de la arteria iliaca común contralateral desde la bifurcación y recanalización de esta mediante injerto femoral cruzado, obteniendo una evolución clínica satisfactoria y resultados clínicos esperados.

03 - ID484

Arteria subclavia derecha aberrante, una causa de disfagia lusoria

Ivette Sarai González Dorado
Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.
ivy405@hotmail.com

Introducción: La arteria subclavia derecha aberrante es una malformación congénita del arco aórtico, cuya prevalencia oscila del 0,5 % al 1,8 %. Al contar con un trayecto fuera de lo normal, surge por sí sola distal a la subclavia izquierda, se dirige posterior al esófago rodeándolo como un anillo y así llega al lado derecho. Esta anomalía genera síntomas gastrointestinales como la disfagia en aproximadamente 30 % de los pacientes.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 5 años que cursa con disfagia a sólidos y en ocasiones a líquidos, con reporte de radiografía de vías digestivas con arteria subclavia derecha aberrante que estrecha el esófago medio, con indicación de corrección quirúrgica.

Resultados: El paciente fue llevado a corrección quirúrgica mediante toracotomía posterolateral izquierda con evidencia de anomalía del tronco supraaórtico con subclavia derecha aberrante con recorrido retroesofágico que produce compresión extrínseca, la cual se disecciona, pinza y secciona con posterior sutura de los dos cabos con doble plano.

Conclusiones: La arteria subclavia derecha aberrante es una causa rara de disfagia, que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del estudio de la misma. El diagnóstico y manejo oportuno proporcionan la resolución de los síntomas gastrointestinales que podrían generar

impacto en el crecimiento y desarrollo en la población pediátrica.

03 - ID912

Cirugía multidisciplinaria para tumores con infiltración a vena cava inferior. Reporte de un caso en un centro de alta complejidad

Cristian Camilo Páez Cancelado; Gabriel Fernando Mejía Villate; Germán Molina Marroquín; Luis Eduardo Salgado Sánchez; Carlos Augusto Sánchez Collazos; Diana Milena Muñetones Buitrago
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
cc.paez2995@gmail.com

Introducción: Menos de la tercera parte (4 al 15%) de la enfermedad tumoral renal desarrollan trombos tumorales por crecimiento endovascular en la vena cava inferior o venas renales, otorgando peor comportamiento y pronóstico según la clasificación de NEVES-ZINCLE. La planeación tomográfica nos orienta el mejor abordaje quirúrgico, basado en la extracción radical del tumor primario y el trombo intramural venoso. A continuación se presenta un caso clínico abordado multidisciplinariamente.

Métodos: Paciente femenina de 68 años con tumor renal de células claras cT3N1M0 y trombo tumoral NEVES 4 llevada a: nefrectomía radical derecha abierta, exploración retroperitoneal de venas suprahepáticas, trombectomía en vena cava inferior y superior. Presenta paro cardiorrespiratorio por embolización tumoral requiriendo circulación extracorpórea, tromboendarterectomía de la arteria pulmonar y auricular derecha para completar su extracción.

Resultados: La resección de los trombos intramurales de la vena cava inferior y superior representan una cirugía invasiva de alto riesgo. Se requiere un grupo compuesto por cirujanos vasculares, cardiovasculares, hepatobiliares, urólogos y anestesiólogos. En tumores NEVES 3 y 4 la planificación preoperatoria exhaustiva es mandatorio. Existen cirugías sin una resección mayor de la VCI, extirpando el tumor dentro del vaso con exposición limitada y técnicas de trombectomía. El bypass cardiopulmonar puede usarse, disminuyendo el sangrado, la necesidad

de transfusiones y la posibilidad de paro cardiorrespiratorio.

Conclusiones: La integración de la monitorización hemodinámica, el conocimiento de la anatomía retro-hepática venosa y los abordajes quirúrgicos, son herramientas fundamentales para enfrentar los trombos intramurales de origen maligno de la vena cava.

03 - ID994

Control vascular proximal con endoclamp de arteria subclavia derecha para resección de tumor cérvico-torácico: Reporte de un caso

Daniel Armando Rosero Cadena; Diego Felipe Hernández Medina; Mauricio Enrique Alviar Caballero
Universidad Metropolitana de Barranquilla; Clínica Portoazul, Barranquilla
daniel.roseroc@hotmail.com

Introducción: Los tumores adyacentes a grandes vasos en opérculo torácico son un desafío constante por requerir control vascular proximal y distal previa resección, usualmente con abordajes abiertos amplios. Proponemos realizar endoclamp para el control proximal de la arteria subclavia derecha y permitir la resección segura, sin realizar esternotomía.

Métodos: Paciente masculino de 46 años de edad con tumor cérvico torácico en contacto con arteria subclavia derecha requiere control vascular proximal y distal para su resección.

Resultados: En sala de hemodinamia se puncionó retrógradamente la arteria femoral común derecha. Paso de guía e introductor 7f, se navega hasta arteria subclavia derecha. Se intercambia guía por una de alto soporte y retiro de catéter. Se pasa balón Mustang 10 x 20 mm y se posiciona en arteria subclavia, ubicándola bajo visión directa fluoroscópica para endoclamp en cirugía. En quirófano se realiza incisión axilar en tórax derecho, disección hasta localizar arteria axilar derecha la cual se repara con vessel loops para control distal. Se reseca segmento medial de clavícula derecha y se continúa disección hasta palpar catéter en arteria subclavia derecha, se insufla endoclamp previamente ubicado en sala

de hemodinamia para control vascular proximal. Se continúa disección de arteria subclavia y se separa del tumor. Se realiza resección del tumor sin complicaciones vasculares mediatas.

Conclusiones: El control vascular con endoclamp en arteria subclavia derecha fue exitoso evitando una esternotomía convencional. Consideramos que este procedimiento adoptado de técnicas ya previamente establecidas, es una opción viable y reproducible para múltiples escenarios en los que se requiera control vascular proximal.

03 - ID815

Manejo endovascular de la enfermedad aortoilíaca compleja: reporte de caso y revisión de la literatura

Mario Fernando Espinosa Moreno; Edwin Alexis Romero Mejía; María Paula Lozano Gómez; Cristhian Alejandro Muñoz Rodríguez; Karen Tatiana Martínez Ramírez; Paula Alejandra Nieto Dorado; Duván Felipe Mosquera Charry; Juan Manuel Torres Restrepo

Universidad Surcolombiana, Neiva
mfem06@hotmail.com

Introducción: La enfermedad oclusiva aortoilíaca (AIOD) produce oclusión de la aorta abdominal por debajo de las arterias renales, comprometiendo las arterias ilíacas y femorales.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 70 años con factores de riesgo cardiovascular, quien consultó por dolor torácico para descartar síndrome coronario agudo con estudio de biomarcador y ecocardiograma estrés negativos. Posteriormente, se documenta estenosis de aorta abdominal con oclusión de arteria ilíaca común derecha y estenosis de arteria ilíaca común izquierda y de ilíacas externas, considerándose un TASC II tipo D, quien fue llevado a manejo endovascular con stent recubierto de aorta e ilíacas y stent no recubierto en arterias ilíacas externas (técnica CERAB).

Resultados: En 2007 el TASC-II, clasificó la AIOD de la A a D según el grado de estenosis y/o longitud de las lesiones oclusivas (las lesiones A apropiadas para manejo endovascular, las lesiones B/C susceptibles de abordajes endovasculares

y las lesiones D tratadas preferentemente con cirugía abierta). Nuestro paciente recibió manejo endovascular, como se ha descrito en la literatura pacientes con AIOD TASC-II tipo C y D, llevados a manejo endovascular, con tasas de permeabilidad vascular de 76 % a tres años en la primera intervención, de 90 % después de la segunda intervención y 97 % de salvamento de la extremidad.

Conclusiones: La AIOD es poco diagnosticada, pero debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, ya que pueden presentar pérdida de la extremidad y un riesgo de mortalidad elevado, afortunadamente nuestro paciente fue detectado e intervenido oportunamente, previendo complicaciones y dando mejor calidad de vida para el paciente.

03 - ID715

Manejo híbrido para una disección de aorta torácica Stanford B rota contenida

Carlos Eduardo Gómez Vera; Natalia Bobadilla Mejía; Álvaro José Llanos García

Universidad de Caldas, Manizales
Carlosgomezvera@gmail.com

Introducción: La disección aórtica aguda afecta aproximadamente 2 a 3,5 personas por 100000/año. El 65 % son hombres y el 33 % corresponden a disecciones tipo B.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 53 años, con antecedente de hipertensión arterial crónica, que ingresa a urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de dolor epigástrico irradiado al dorso, asociado a crisis hipertensiva. Se toma angiotac toracoabdominal que demuestra flap de disección aórtico distal a la arteria subclavia izquierda, sin hematoma periaórtico, no se observa dilatación aneurismática de la aorta. La disección se extiende hasta la arteria ilíaca izquierda, compromete las arterias viscerales, disección del tronco celíaco, del ostium de la mesentérica superior y de las arterias renales.

Resultados: El paciente fue intervenido, con debranching parcial - implante de dacron bifurcado con anastomosis de tronco braquicefálico y carótida izquierda, ligadura de muñón de tronco

braquiocefálico, carótida izquierda y subclavia, ligadura de vena innominada. Posterior a esto fue trasladado a la sala de hemodinamia para realización de reparo endovascular de aorta torácica, con prótesis Valiant Captivia. Posquirúrgico sin complicaciones. Estancia total de 11 días, ocho de ellos en cuidados intensivos. Control posquirúrgico adecuado, sin evidencia de complicaciones a mediano plazo.

Conclusiones: Los pacientes con disecciones aórticas complejas pueden ser manejados de una manera segura con un abordaje mixto, reduciendo así el tiempo y el trauma quirúrgico, lo que se ve reflejado en la rápida recuperación del paciente.

03 - ID878

Manejo multimodal de la enfermedad de Buerger

Víctor Manuel Lazo Santafé; Jairo Rosas Hernández; Carlos Augusto Gómez Tarazona

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.

vlazo12@hotmail.com

Introducción: La tromboangeítis obliterante es una vasculitis de origen no aterosclerótico que afecta arterias principalmente de extremidades. Presenta un componente inflamatorio a pesar de que los valores séricos de inmunocomplejos son normales. Presenta una incidencia de 12/100000 habitantes, en población euroasiática, predomina en hombres y con hábito de tabaquismo. El diagnóstico, adicional a la clínica de isquemia, requiere imágenes diagnósticas como ecografía doppler y realización de arteriografía

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 48 años, fumador activo, que en el año 2016 consulta por cuadro crónico de parestesia de pulpejos de artejos del pie derecho asociado a limitación de movimiento, en dicha valoración se reportó dúplex arterial de miembro inferior derecho con trombosis crónica de arteria poplítea, se realiza endarterectomía e injerto femoropoplíteo derecho exitoso. Egresó con antiagregantes e hipolipemiente. Persiste hábito de tabaquismo y reingresa por cuadro similar en el

2022 con compromiso isquémico de primer artejo del pie izquierdo.

Resultados: Se lleva a arteriografía, esta es fallida por escasa recanalización; se lleva a segundo tiempo de arteriografía con angioplastia con balón medicado. Sin embargo ante alto riesgo de extensión de necrosis e inviabilidad de extremidad fue sometido a amputación supracondílea a cargo de ortopedia, con evolución clínica satisfactoria.

Conclusiones: La tromboangeítis obliterante es una entidad patológica con criterios estandarizados por Shionoya en 1998 que incluyen antecedente de tabaquismo, inicio de síntomas antes de los 50 años, oclusión arterial infrapoplíteo o de miembros superiores o flebitis migrans, que no presenten algún otro factor de riesgo asociado a aterosclerosis. Su tratamiento puede incluir el inicio de prostaglandinas, bosentan, manejo endovascular o manejo quirúrgico por medio de bypass arteriales.

03 - ID879

Pseudoaneurisma de arteria cubital y reconstrucción con safena invertida

Katherine Romero Moreno; Daniel Gómez Gómez; Marlon Hernán Espinosa Berástegui; Carolina Guzmán Arango; José Andrés Uribe Múnera; Iván Arismendi; Efrén Cantillo; William Ramírez; William Calle Cayón

Universidad de Antioquia; Hospital Alma Máter de Antioquia, Medellín

katherine.romero@udea.edu.co

Introducción: Un pseudoaneurisma es una dilatación por ruptura de la pared arterial que no incluye todas las capas del vaso. Son poco comunes en las arterias periféricas, aunque su incidencia viene en aumento por mayor manipulación en procedimientos invasivos.

Métodos: Paciente de 55 años con antecedente de endocarditis por *S. aureus*, insuficiencia mitral severa por vegetación que requirió reemplazo valvular. Reingresó por dolor, limitación funcional y signos inflamatorios en antebrazo izquierdo posterior a múltiples punciones por medicina domiciliaria. Ecografía con reporte

de pseudoaneurisma gigante de arteria cubital proximal de 2,5 x 2,2 cm, hematoma, y elevación de reactantes de fase aguda. AngioTAC con evidencia de tres dilataciones aneurismáticas dependientes de arteria cubital izquierda: una de 2,5 cm, otra de 1,3 cm, y una distal de 6 cm. Por antecedente y localización se sospechó aneurisma micótico y se programó para manejo quirúrgico.

Resultados: Se llevó a cirugía para drenaje de hematoma, exploración de vasos de antebrazo, resección de pseudoaneurisma y reconstrucción de la arteria cubital con injerto de safena invertida. En POP con episodio de sangrado en capa y hematoma que mejoró con manejo médico, sin compromiso de la perfusión de la extremidad ni síndrome compartimental. Todos los cultivos fueron negativos.

Conclusiones: A pesar de la disponibilidad de técnicas endovasculares, la cirugía abierta sigue siendo el tratamiento de elección para los aneurismas y pseudoaneurismas de los vasos de pequeño calibre, por el riesgo de ruptura y embolización, y en este caso por la sospecha de origen infeccioso que finalmente se descartó con los cultivos.

03 - ID533

Reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal roto

Jesús David Gómez Barrios; Axel Adonai Tolstano; Rafael Eduardo Arraut Gámez; Natalia María Gómez Cadavid; María Eduarda Torres de Franca; Iván Javier Rodríguez Acosta; Laura Estefanía Aguilera Caro

Universidad Libre – seccional Barranquilla;
Organización Clínica General del Norte
jesusdavidgomezbarrios@gmail.com

Introducción: La ruptura de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) es un estado potencialmente letal, oscilando entre un 80 a 90 % su tasa de mortalidad. Se han descrito diferentes técnicas abiertas y endovascular (EVAR) para el manejo del AAA roto, con mejoras en tasas de mortalidad, morbilidad postoperatoria, y tiempo quirúrgico entre otros.

Métodos: Se presenta el caso de paciente femenina de 72 años de edad con antecedente de aneurisma de aorta abdominal en seguimiento ambulatorio por cirujano vascular, quien consulta al servicio de urgencia por dolor abdominal difuso, astenia, adinamia y ortopnea. Ecografía abdominal que reporta masa pulsátil dilatada de 74 x 28 mm, la cual se realiza caracterización por una angiografía por tomografía computarizada multiforme, que reveló aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto, contenido hacia el margen izquierdo de 4,2 cm de diámetro. Se decide reparación endovascular de AAA roto con abordaje femoral izquierdo se coloca injerto endovascular con endoprótesis endurant 23 x 16 x 166 mm izquierda con extensión aortoílica derecha con endoprótesis endurant de 16 x 13 x 93 mm. Posteriormente se realiza dilatación con balón endovascular.

Resultados: Se realizó procedimiento endovascular sin complicaciones. En aortograma de control se evidencia permeabilidad de vasos espláncnicos, exclusión aneurismática y de la zona de rotura, sin endofugas o desplazamientos. Fue trasladada a unidad de cuidados intensivos con postoperatorio sin complicaciones. Alta a los 4 días de estancia hospitalaria.

Conclusiones: El uso de técnicas endovasculares para reparación de aneurisma de aorta abdominal roto ha tenido impacto en términos de mortalidad y morbilidades postoperatoria. En el caso anterior reportamos el manejo exitoso de un aneurisma de aorta abdominal roto con prótesis endovascular. Desafortunadamente no se encuentra disponible el personal entrenado en cirugías endovasculares por lo que de momento no es el método más utilizado.

03 - ID504

Reparación endovascular de aneurisma de aorta infrarrenal con involucro de tronco celiaco, arteria mesentérica superior y arteria renal derecha con prótesis Anaconda fenestrada: Reporte de caso y revisión de la literatura

Jesús David Gómez Barrios; Axel Adonai Tolstano; Rafael Eduardo Arraut Gámez; Natalia María

Gómez Cadavid; Iván Javier Rodríguez Acosta; Laura Estefanía Aguilera Caro; Ana María Ríos Giraldo; Luis Eduardo Ariza Miranda

Clínica General del Norte; Hospital General de Barranquilla

Jesudavidgomezbarrios@gmail.com

Introducción: La reparación endovascular de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal (AAA) es de elección en anatomía favorable. El compromiso de ramas viscerales (RV) aumenta la morbi-mortalidad; sin embargo la reparación con endoprótesis fenestradas (EF) permite revascularización simultánea de RV obteniendo mejores desenlaces.

Métodos: Se presenta el caso de paciente masculino de 72 años con AAA infrarrenal, portador de bypass femoro-femoral miembro inferior izquierdo, con crecimiento progresivo de AAA como indicación quirúrgica. AngioTAC toracoabdominal muestra arteria renal izquierda ocluida con atrofia renal, segmento infrarrenal con trombo circunferencial con luz entre 17-26 mm, aneurisma de 45,7 mm, cuello aórtico renal inferior de 28,2 mm, longitud 20 mm y ángulo infrarrenal de 8,5°. Arteria ilíaca común izquierda ocluida. Aortograma abdominal reportó AAA de 5 cm con involucro de tronco celíaco, arteria mesentérica superior y arteria renal derecha (ARD). Por la complejidad de la lesión se planeó manejo con endoprótesis Anaconda de 3 fenestras, aorto-monoilíaco de diámetro distal 32 mm, cuerpo de 23 mm, longitud total de 120 mm con extensión a ilíaca derecha de 12 x 160 mm más colocación de stent GoreTex VBX en ARD.

Resultados: Se realizó procedimiento endovascular sin complicaciones. Aortograma control con permeabilidad de vasos espláncnicos, exclusión aneurismática sin endofugas sin desplazamientos. Alta a los 6 días de estancia hospitalaria.

Conclusiones: Las EF permiten resolver AAA complejos. En este caso reportamos el manejo exitoso de un AAA con EF. Es necesario un diseño a medida de la prótesis y personal con experiencia en cirugía endovascular mayor. El uso de EF es una herramienta útil en estos pacientes.

03 - ID624

Tratamiento exitoso de la ascitis quilosa vía endovascular con embolización superselectiva de los vasos linfáticos

Víctor Manuel Lazo Santafé; María Alejandra Carreño Rojas; Rhanda Almanyá Gandur; Jairo Rosas Hernández; Fernanda Carolina Tolosa Castro
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.

vlazo12@hotmail.com

Introducción: La ascitis quilosa hace referencia a la acumulación anormal de quilo en la cavidad abdominal, la cual ocurre por obstrucción o disrupción de los conductos linfáticos. Están descritos tres mecanismos fisiopatológicos: fibrosis linfática primaria, exudación de linfa, y dilatación retroperitoneal de vasos linfáticos. La etiología más frecuente corresponde a neoplasias abdominales en un 60 %.

Métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente con cuadro clínico compatible con ascitis quilosa, inicialmente manejada por vía quirúrgica abierta con múltiples recidivas, quien fue llevada a procedimiento endovascular. Por esta vía se realizó una embolización logrando así la resolución de la sintomatología.

Resultados: Previo a la realización del procedimiento endovascular se realiza triglicéridos de líquido peritoneal que reporta 263 mg/dl y confirma diagnóstico. TAC abdominal muestra colecciones peritoneales a nivel del flanco derecho (8,9 x 4,5 x 7 cm con 148,5 cm³), hipocondrio derecho (6,3 x 5,6 x 2,9 cm con 241,2 cm³), y mesogastrio, flanco izquierdo e hipogastrio (20,8 x 8,3 x 15,3 cm con 1400 cm³). Posterior a manejo endovascular paciente presentó adecuada evolución clínica. Durante vigilancia clínica fue llevada a drenaje de colecciones vía abierta. Presenta adecuada evolución clínica con adecuado reintegro a la vida diaria y sin recidivas clínicas del cuadro hasta el momento.

Conclusiones: La ascitis quilosa corresponde a la acumulación anormal de quilo en la cavidad abdominal que genera manifestaciones clínicas inespecíficas como distensión abdominal durante semanas a meses (aguda o crónica), malestar

general y vómitos, en algunos casos una pérdida de peso involuntaria. El diagnóstico se confirma con el hallazgo de triglicéridos mayor a 200 mg/dl en el líquido peritoneal, los hallazgos imagenológicos son inespecíficos. El tratamiento se basa en encontrar la causa, tratarla y prevenir las complicaciones. El manejo específico consta de suspensión de la vía oral, inicio de somatostatina, paracentesis evacuatoria y cirugía en casos seleccionados.

03 - ID588

Trauma penetrante de vasos subclavios: Lesión retardora

Marlon Hernán Espinosa Berastegui; Dahiana Marcela Guzmán González; José Luis Berástegui Vellojin; Luisa Fernanda Berástegui Ortiz; Sara Melissa Berástegui Ortiz; Judith Paola Ruiz Barrios; Hernán David Rodríguez Arrieta
Clínica de Traumas y Fracturas, Montería
mhespinosa_88@hotmail.com

Introducción: Las lesiones de los vasos subclavios (LVS) son relativamente infrecuentes debido a la protección dada por las estructuras óseas y musculares. El manejo de estas lesiones representa un verdadero desafío, incluso para los más experimentados cirujanos vasculares. La compleja exposición quirúrgica requerida para la reparación convencional en la cirugía abierta contribuye a una alta morbi mortalidad. Presenta baja incidencia con una mortalidad que puede ser hasta de 30 %. La cirugía de control de daños (CCD) ofrece alternativas para el manejo agudo.

Métodos: Paciente femenina de 43 años con traumatismo penetrante a tórax superior derecho, por HAF, ingresó en estado de choque. EF con orificio de entrada en región infra clavicular derecha, LMC, signo de tatuaje, equimosis y sangrado pulsátil, ausencia de pulsos distales, plejía de la extremidad e hipoventilación del hemitórax ipsilateral.

Resultados: Ingresó de inmediato a cirugía, mediante abordaje subclavicular derecho extendido a región axilar. Control proximal y distal con clamps vascular en subclavia zona II y axilar. Tubo a tórax derecho, shunt IV temporal (SIVT) en AS y venorrafia. Se trasladó a UCI para continuar

reanimación. A las 21 hrs regresa a cirugía: retiro de SIVT y bypass subclavio-axilar con PTFE anillado 6 mm. Evolucionó con perfusión distal, pulso braquial y radial palpable; ecodoppler con ondas bifásicas en braquial, radial y ulnar; flujo venoso espontáneo, anterógrado y señal fásica; déficit neurológico perse. Se logró el salvamento de la vida y extremidad.

Conclusiones: LVS condición retardora para su manejo. Alta morbi mortalidad. Aplicación de CCD inicial y cirugía definitiva con hemodinamia restablecida puede impactar morbi mortalidad.

03 - ID828

Tumor vascular mediastinal

Lina Fernanda Fory Viveros; Luisa Manotas; Daniela Martínez; Gabriela Medina; Nohora Moreno; Elkin Murillo
Universidad Cooperativa de Colombia - Villavicencio; Servimédicos
cuarenta.lina@gmail.com

Introducción: Los tumores mediastinales son masas o neoplasias alojadas en el mediastino que tiene como origen múltiples estructuras; también pueden derivarse de metástasis de otros órganos del cuerpo. Esta patología es poco frecuente representando un 3 % de la patología torácica y sus manifestaciones clínicas depende del compromiso locoregional, los tumores mediastinales de origen vascular tienen una incidencia muy baja.

Métodos: Reporte de caso y revisión de literatura.

Resultados: Paciente masculino de 20 años con antecedente de trauma cerrado de tórax 3 días previos, ingresa al servicio de urgencias en falla ventilatoria con oximetría de 40 %, choque hipovolémico con requerimiento de soporte vasopresor a dosis elevadas. Rx de tórax e ingreso con derrame pleural derecho y TACAR que lo confirma, se realiza toracostomía a drenaje encontrando hemotórax masivo. Se lleva a toracotomía anterolateral encontrando lesión tumoral sangrante de aproximadamente 30 cm de diámetro localizada en mediastino anterior con adhesión sin compromiso a las adyacentes. Posteriormente este tumor es confirmado por patología que es de origen vascular, con Ki67 bajo

(5 %) sin criterios de malignidad. Se revisa historia clínica encontrando radiografía de tórax 6 meses previos normal.

Conclusiones: Los tumores mediastinales son poco frecuentes y aún más de origen vascular, presentan dificultad en una resección quirúrgica completa por su localización. Por lo anterior, queremos dar a conocer el componente especial que representa.

Oncología quirúrgica

03 - ID705

Angiosarcoma esplénico primario: reporte de caso

Elmer Julián Díaz López; María Fernanda Mosquera González

Clínica Mediláser, Neiva

elmerjdl.93@gmail.com

Introducción: El angiosarcoma esplénico primario es una entidad de muy baja prevalencia e incidencia, de pronóstico ominoso, de naturaleza en extremo agresiva.

Métodos: Deseamos presentar un caso clínico de una paciente quien debuta con dolor abdominal subagudo y síntomas constitucionales, llamativamente sin antecedentes de exposición a tóxicos ni de irradiación previos en quien se evidencia mediante estudios de imagen una lesión dependiente del bazo, de aspecto neoplásico, sin evidencia clínica de lesiones tumorales ni documentación de diagnóstico de cáncer. Previo consentimiento informado para tomar datos e imágenes de la historia clínica con fines de investigación, se procede a una revisión metódica de toda la historia clínica, de la consecución de los estudios de imagen y estudios anatomopatológicos y de inmunohistoquímica, con la información obtenida y depurada, procedemos a realizar una búsqueda en bases de datos (PubMed, Cochrane, Scielo), con los términos: angiosarcoma esplénico, spleen angiosarcoma, review, revisión, reporte de caso.

Resultados: Al realizar un análisis del caso (de su debut y desenlace) junto a la revisión de la literatura, encontramos que la historia natural de la paciente está en congruencia con lo descrito en

la literatura. Dada la muy baja incidencia de esta entidad consideramos pertinente su reporte de caso.

Conclusiones: El angiosarcoma esplénico es una entidad en extremo rara, de muy pobre pronóstico y de rápida progresión, la cual implica un reto en términos de terapéutica, por lo cual es crucial un diagnóstico y manejo precoces y agresivos por parte de un equipo multidisciplinar.

03 - ID513

Cardiomiopatía de Takotsubo en cirugía de citoreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC)

Germán Jiménez; Cielo Milena Uscátegui Moreno; Raúl Guevara; Ricardo Duarte Maldonado; Cristian Camilo Páez Cancelado

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.

gjimenezmd@gmail.com

Introducción: El síndrome de Takotsubo es una miocardiopatía aguda con hipoquinesia transitoria del ventrículo izquierdo de rápida reversión causada por eventos estresantes fisiológicos o psicológicos. Puede confundirse con un infarto del miocardio. Su espontánea recuperación y hallazgos ecocardiográficos guían su diagnóstico. Abordamos esta entidad como una complicación postquirúrgica infrecuente e subdiagnosticada por agentes quimioterapéuticos usados en la terapia de HIPEC.

Métodos: Paciente femenina de 41 años con adenocarcinoma gástrico T4M0N1, tratada con esquema neoadyuvante de FLOT y FOLFOX. Llevada a citoreducción más quimioterapia intraabdominal con infusión intraperitoneal de oxaliplatino con ICP=0 y CCR=0, seguido de infusión de 5-fluoracilo. En el postoperatorio inmediato presenta choque cardiogénico refractario, sin lesión isquémica miocárdica aguda. Ecocardiograma con función sistólica del ventrículo izquierdo severamente deprimida del 18 %, al cabo de 72 horas muestra mejoría espontánea sin requerimiento de soporte vasopresor ni inotrópico, ecocardiograma control a las 72 horas con FEVI del 45 %.

Resultados: La cardiotoxicidad del 5-fluorouracilo en el síndrome de Takotsubo se

relaciona con arritmias, infarto de miocardio y paro cardíaco. El vasoespasmo por catecolaminas es el factor patogénico más importante. La incidencia varía del 1,6 % a 4,3 %. Otro mecanismo propuesto es el aumento de micro trombos mediados por calicreína. El pronóstico de este síndrome es bueno con recuperación a la semana 4-8 del 95 %.

Conclusiones: El impacto de la terapia HIPEC en la función ventricular izquierda debe ser reconocida. La cardiotoxicidad por este síndrome es reversible y manejada con medidas de soporte, logra evitar tratamientos inadecuados en el postoperatorio.

03 - ID851

Cirugía colorrectal oncológica asistida por robot. Experiencia de los cinco primeros años de la cirugía robótica en el Instituto Nacional de Cancerología

Raúl Eduardo Pinilla Morales; Silvia Inés Guerrero Macías; Juliana Rendón Hernández; Helena Facundo Navia; Ana Deise Bonilla Castañeda; Ada Bustos Guerrero; Jorge Luis Vélez; Mario Arturo Rey Ferro; Mario Arturo Abadía

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
rpinillam@cancer.gov.co

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva ha ganado importancia en el manejo de las neoplasias colorrectales. Múltiples estudios reportan menor sangrado intraoperatorio, una recuperación gastrointestinal más rápida, menor uso de analgésicos opiodes y disminución de la estancia hospitalaria. Adicionalmente, en el tratamiento del cáncer de recto, algunas publicaciones destacan el beneficio en la disección pélvica con los instrumentos robóticos articulados.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de los pacientes llevados a cirugía oncológica colorrectal asistida por robot en el Instituto Nacional de Cancerología desde octubre de 2017 hasta julio de 2022.

Resultados: Se identificaron 47 pacientes. El 57,4 % había recibido neoadyuvancia; 31,9 % (n=15) fueron llevados a resección anterior de recto, 31,9 % a escisión total mesorrectal

transanal, 10,6 % (n=4) a hemicolectomía derecha, 10,6 % a cirugía transanal mínimamente invasiva, 6,4 % (n=3) a resección abdominoperineal (RAP) y 6,4 % a sigmoidectomía. El tiempo quirúrgico promedio fue 262 minutos. Sangrado 240 cc. La media de ganglios resecados fue 27,2 y 15,6 para las resecciones de colon y recto, respectivamente. La calidad del mesorrecto fue completa (75,7 %) o casi completa en el 100 % de los pacientes. La mediana de estancia hospitalaria fue de 6,2 días. Complicaciones postoperatorias: 21,2 % y una tasa de fuga anastomótica del 6,3 %.

Conclusiones: La cirugía colorrectal oncológica asistida por robot en grupos dedicados al manejo del cáncer colorrectal es un abordaje seguro. Los resultados de esta serie son comparables a los reportados por otros estudios internacionales. Se resaltan los desenlaces oncológicos en relación al número de ganglios resecados y la calidad del mesorrecto. Continuar el seguimiento nos permitirá emitir resultados de los desenlaces oncológicos a largo plazo.

03 - ID744

Efectividad de un programa de rehabilitación quirúrgica en pacientes llevados a cirugía de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica en el Instituto Nacional de Cancerología

Rodrigo Antonio Burgos Sánchez; Silvia Inés Guerrero Macías; Alfonso Carlos Márquez Ustáriz; Jorge Campillo Pardo

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
rodrigoburgos1988@hotmail.com

Introducción: La cirugía de citorreducción (CCR) con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC por sus siglas en inglés), conocida también como cirugía de Sugarbaker, es el estándar de manejo actual para pacientes con malignidad peritoneal primaria y secundaria de algunos tumores como el cáncer de colon, apéndice, y el pseudomixoma peritoneal. Este procedimiento conlleva una alta morbimortalidad reportada hasta el 33 % global y mortalidad de hasta el 2 %. Presentamos un estudio para evaluar la eficacia

de un programa de prehabilitación quirúrgica en cirugía de Sugarbaker con el objetivo de disminuir la morbimortalidad perioperatoria.

Métodos: Se trata de un estudio experimental no aleatorizado con controles históricos, en los cuales se incluye pacientes mayores de 18 años cuya conducta clínica definida sea la realización de cirugía de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica en el Instituto Nacional de Cancerología, con carcinomatosis peritoneal cuyo primario sea pseudomixoma peritoneal, cáncer colorectal, o tumores apendiculares. A estos pacientes se les aplicará un programa de prehabilitación que comprenden un conjunto de actividades específicas enmarcadas en los ejes nutricional, actividad física, psicológico y hematológico. Se compararán con los pacientes previamente intervenidos a quienes no se aplicó dicho protocolo.

Resultados: Con la aplicación de este protocolo se espera demostrar una tasa de complicaciones Clavien Dindo III y IV menor, respecto al cuidado estándar en los pacientes llevados a cirugía de Sugarbaker.

Conclusiones: La cirugía de Sugarbaker (CCR+HIPEC) constituye el gold standard del manejo de los pacientes con carcinomatosis peritoneal secundaria a neoplasias primarias y secundarias del peritoneo. Actualmente dicho procedimiento se asocia a una alta morbilidad perioperatoria, por lo cual se propone un estudio con el fin de evaluar la eficacia de un programa de prehabilitación quirúrgica para disminuir esta tasa de morbilidad.

03 - ID492

Hemangioliinfangioma quístico mesentérico como causa de abdomen agudo en una mujer adulta

Herman René Cruz Morales; Santiago Rojas Restrepo; Simón Muñoz González; Sandra Beatriz López Tamayo; Tatiana Chinkovsky Ríos; Andrés Felipe Patiño Cortés

Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
herman.cruz@sanvicentefundacion.com

Introducción: Los hemangioliinfangiomas quísticos son tumores de naturaleza benigna, que se desarrollan debido a un defecto congénito que produce una alteración en la comunicación entre el sistema linfático peritoneal y los principales vasos linfáticos.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer adulta joven con hemangioliinfangioma mesentérico como causa de abdomen agudo.

Resultados: Esta patología en los adultos es inusual, y de comportamiento benigno. Pueden ser asintomáticos, o presentarse con dolor abdominal, abdomen agudo u obstrucción intestinal.

Conclusiones: El reconocimiento imagenológico e histopatológico permiten un tratamiento adecuado en la mayoría de los pacientes, con resolución definitiva del problema.

03 - ID482

Hemangiopericitoma retroperitoneal como causa de dolor abdominal y masa en cuadrante inferior derecho. A propósito de un caso

Isabel Cristina Brito Rojas; Mauricio Javier Cardona Tobón; Mauricio Cardona Tobón; Isabel Cristina Brito Rojas

Clinica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
iscibriro@hotmail.com

Introducción: El hemangiopericitoma actualmente se incluye en la categoría de tumores fibrosos solitarios. Es una neoplasia vascular rara derivada de los pericitos que se localiza principalmente en las extremidades inferiores siendo rara la localización a nivel del epiplón mayor o el retroperitoneo. Las lesiones pueden presentarse como masas indoloras de crecimiento lento o pueden generar síntomas debido a los efectos de masa y la presión sobre estructuras adyacentes.

Métodos: Revisión sistemática de la historia clínica, las imágenes, los hallazgos quirúrgicos y el reporte de la patología del espécimen quirúrgico.

Resultados: Se presenta el caso de una mujer de 50 años de edad con cuadro de dolor abdominal en quien se documenta por imágenes una masa hipervascular retroperitoneal, quien es

llevada a resección quirúrgica de la lesión y cuyo reporte de patología muestra como resultado un hemangiopericitoma.

Conclusiones: Los tumores fibrosos solitarios son tumores de tejidos blandos poco comunes con un compromiso predominante de las extremidades inferiores siendo la localización retroperitoneal rara. Las manifestaciones clínicas son variadas y pueden ser secundarias al efecto de masa y la compresión de estructuras adyacentes. La resección quirúrgica es el pilar del tratamiento, siendo la quimioterapia poco útil y reservando la radioterapia a casos especiales.

03 - ID742

Liposarcoma retroperitoneal gigante. Reporte de caso y revisión de la literatura

Oscar Andrés Dussán Gutiérrez; Marcela Urrego Meléndez

Pontificia Universidad Javeriana Cali; Centro Médico Imbanaco
oscardussan1980@javerianacali.edu.co

Introducción: Los liposarcomas retroperitoneales son tumores de baja frecuencia, compromiso extenso y alta recurrencia a pesar de la resección completa, indicando seguimiento indefinido.

Métodos: Descripción de reporte de caso y revisión de la literatura. Búsqueda en bases de datos (PUBMED-EMBASE) con términos MESH (inglés) durante los últimos 10 años.

Resultados: Paciente masculino de 59 años con historia clínica de dolor en región abdominal y masa palpable. Evaluado con CT abdominal y PET scan con hallazgo de masa hipercaptante en región retroperitoneal. Biopsia trucut compatible con liposarcoma de alto grado desdiferenciado. Resección quirúrgica en bloque con márgenes R0 (riñón izquierdo, bazo, páncreas distal, músculos paravertebrales izquierdos, omento mayor y linfadenectomía paraaórtica). Reporte de patología describe liposarcoma desdiferenciado (músculo liso), tamaño tumoral de 22 cms, márgenes negativos sin invasión linfovascular presente. Expresión positiva para CDK-4, MDM-2, H-caldesmon, desmina y actina de músculo

liso. Sin indicación de radio o quimioterapia adyuvante. Tomografía de seguimiento a los 3 meses demuestra depósitos metastásicos en lecho quirúrgico. Manejo actual con quimioterapia.

Conclusiones: Los factores pronósticos que determinan la recurrencia en liposarcomas retroperitoneales incluyen tamaño, compromiso locoregional, grado de diferenciación, tipo histológico y márgenes de resección.

03 - ID945

Manejo no operatorio de GIST esofágico. ¿Qué tanto sabemos?

Diego Fernando Caycedo Medina; Luis José Palacios Fuenmayor; Alejandra Mayorga González

Instituto de Cancerología Clínica Las Américas – AUNA, Medellín
diegocayce1@gmail.com

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes del tracto digestivo, considerándose la resección quirúrgica como el único tratamiento potencialmente curativo. Su ubicación en el esófago es rara con una incidencia del 0,7 %, con escasos casos reportados en la literatura, lo que hace complejo dar recomendaciones con respecto a su manejo quirúrgico. El imatinib, Bcr-Abl inhibidor de la tirosinquinasa, ha mostrado eficacia en enfermedad metastásica, neoadyuvancia y adyuvancia; sin embargo, hay poca evidencia de su uso en esófago.

Métodos: Reporte de caso; análisis de historia clínica y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 53 años, quien consulta inicialmente por melena, con lipotimia, requiriendo transfusión de hemoderivados, con endoscopia digestiva superior (EVDS) que documenta lesión ulcerada de esófago medio que se extiende hacia distal con compromiso del 85 % de la luz esofágica, compatible con neoplasia sin sangrado activo. En la estadificación con tomografía toracoabdominal se evidencia lesión esofágica con pérdida del plano de clivaje con la aurícula izquierda. La biopsia reportó úlcera con proliferación fusiforme con C-KIT positivo, favoreciendo un GIST esofágico.

Dado el compromiso locoregional y el alto riesgo quirúrgico, se llevo a junta multidisciplinaria donde se definió manejo con imatinib. En el momento paciente con respuesta patológica completa, en seguimiento.

Conclusiones: El GIST esofágico es una entidad rara. Por tal razón su diagnóstico y tratamiento no está estandarizado. El imatinib es una alternativa al manejo quirúrgico mínimamente invasivo o muy invasivo.

03 - ID736

Melanoma anal, reporte de caso

Angely Nathaly Salazar Almazo; Edgar Germán Junca Burgos; Mauricio García Mora; Wilber Melquisidec Espinosa

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
annsalazaral@unal.edu.co

Introducción: El melanoma anorrectal es un cáncer poco común, llevando a una falta de estandarización en el diagnóstico y tratamiento. Esta situación se magnifica por las manifestaciones clínicas que se asemejan a condiciones benignas. Moore fue uno de los primeros en escribir sobre melanoma anorrectal en 1857. Lo caracterizó como un tumor infrecuente y agresivo cuyo pronóstico suele ser desafortunado. El melanoma de mucosas es considerado una entidad diferente al melanoma cutáneo por su comportamiento biológico y peor pronóstico. Aquí presentamos un caso de un paciente con melanoma anal.

Métodos: Un hombre de 53 años se presenta al servicio de cirugía oncológica con cuadro clínico de rectorragia, exposición de lesión del canal anal y pérdida de peso, se le realizaron estudios de extensión con evidencia de compromiso pulmonar. La ecoendoscopia transanal mostró una masa multilobulada con áreas pigmentadas con visualización parcial del pedículo hiperpigmentado. Requirió manejo quirúrgico, quimioterapia y radioterapia adyuvante. Por recaída tumoral se realizó un segundo procedimiento. En el momento se encuentra en seguimiento y manejo por oncología.

Resultados: A pesar de ser una patología poco frecuente, debemos tenerla en cuenta en la

valoración de enfermedades anorrectales, dado su similitud en las manifestaciones clínicas con patologías benignas, conociendo aún más que gran mayoría de los pacientes que debutan con esta enfermedad, tienen metástasis en el 20 % en el momento del diagnóstico.

Conclusiones: No hay consenso en el tratamiento de esta patología debido a la rareza de esta condición.

03 - ID756

Metástasis peritoneales de un carcinoma ductal infiltrante mamario. Reporte de caso

Claudia Jimena Millán Matta; Gilbert F. Mateus L.

Pontificia Universidad Javeriana, Cali
claumillan26@gmail.com

Introducción: Las metástasis peritoneales del cáncer de mama son una presentación clínica rara, afectando en forma significativa la supervivencia en comparación con otros sitios metastásicos distantes.

Métodos: Se presenta el reporte de caso de una mujer de 59 años de edad, quien consulta por dolor abdominal, con diagnóstico 2 meses antes de carcinoma tipo NOS mama derecha Luminal B, E:IIIB, ausencia de compromiso metastásico según tomografías toracoabdominales del mes anterior y gammagrafía ósea. Al examen físico, mama derecha con tumor de 9 cm de diámetro adherido a la reja costal y ulceración central de 4 cm de diámetro. Abdomen doloroso y defendido en fosa ilíaca derecha. TAC abdominal con engrosamiento nodular del omento y del ciego con ascitis.

Resultados: Se programa laparoscopia, hallándose líquido ascítico y omental cake con siembras peritoneales principalmente en hemiabdomen inferior, compromiso del ligamento redondo y siembras en asas de intestino delgado y colon. PCI = 23. La citología del líquido peritoneal es positivo para malignidad. Las biopsias de omento y peritoneo reportan adenocarcinoma metastásico con perfil inmunohistoquímico que favorece origen primario en glándula mamaria.

Conclusiones: La prevalencia de metástasis a distancia de las pacientes con cáncer de mama es del 9 %. La carcinomatosis peritoneal tiene una

prevalencia del 0,7 % y de estas 85 % se presentan en los lobulillares invasivos, a diferencia de nuestro reporte de caso que se trató de un carcinoma ductal infiltrante. En conclusión, el pronóstico de la metástasis peritoneal por cáncer de mama es pobre y es necesario tener una alta sospecha de esta presentación.

03 - ID810

Obstrucción intestinal maligna en la era de Sugarbaker: Perspectiva del cirujano oncólogo
William A. Jiménez Ramírez; Rodrigo Antonio Burgos Sánchez; Mauricio García Mora

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.; Pontificia Universidad Javeriana, Cali; Universidad Militar de Colombia
w.jimenez.md@gmail.com

Introducción: El abordaje inicial en obstrucción intestinal maligna (OIM) -resección vs. derivación intestinal vs. no cirugía- es determinante para una posible cirugía de intención curativa a-posteriori. La cirugía citoreductiva+quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (CRS/HIPEC) como opción terapéutica ha demostrado que incrementa la supervivencia global y libre de enfermedad en casos seleccionados. Los pacientes con OIM podrían contar con opción a CRS/HIPEC considerando su contexto.

Métodos: Se presenta un caso de una paciente de 50 años quien cursó por OIM, decidiendo optimización quirúrgica para CRS/HIPEC. Se procede a realizar una revisión de literatura en Pubmed y Embase, planteando una discusión sobre CRS/HIPEC en OIM.

Resultados: Paciente con 15 días de OIM dado antecedente de hemicolectomía izquierda + colostomía por adenocarcinoma de sigmoide estadio IIIB. Recibió quimioterapia adyuvante. Posterior cierre de colostomía. Falla manejo médico en urgencias. La exploración quirúrgica identifica carcinomatosis peritoneal por implantes de mucina, con índice de carcinomatosis peritoneal: 21, y un implante tumoral sobre la válvula ileocecal condicionando obstrucción. Se procede a hemicolectomía derecha + ileostomía + fístula mucosa. Se propone optimización quirúrgica para

CRS/HIPEC con intención curativa. Por otro lado, la CRS/HIPEC paliativa se ha descrito para manejo de síntomas y OIM en pacientes con progresión tumoral bajo tercera línea de quimioterapia, mejorando significativamente supervivencia con citorreducciones casi completas (R1/R2).

Conclusiones: Los pacientes con OIM requieren cuidadosa individualización para definir posible optimización quirúrgica pre-CRS/HIPEC de intención curativa o paliativa, y acceder a sus beneficios de supervivencia. El reto en el abordaje de OIM radica en llevar al paciente en el mejor estado posible para CRS/HIPEC.

03 - ID962

Paraganglioma abdominal del órgano de Zuckerkandl: Papel del cirujano oncólogo en tumores neuroendocrinos

Mauricio García Mora; Mariana Eusse Bencardino; Camilo Andrés Bedoya Motta
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
maurogmora@hotmail.com

Introducción: Los feocromocitomas extraadrenales o paragangliomas son tumores poco frecuentes, siendo el órgano de Zuckerkandl el lugar de presentación más frecuente. Se caracterizan por tener manifestaciones clínicas que pueden pasar inadvertidas convirtiéndose en una patología de exclusión, en la que en ocasiones por su difícil control clínico, requiere manejo quirúrgico oncológico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo reporte de caso.

Resultados: Los feocromocitomas extraadrenales o paragangliomas son tumores poco frecuentes con una incidencia aproximada al 10 %, siendo la localización abdominal más frecuente el paraganglioma abdominal del órgano de Zuckerkandl. Siendo el pilar del tratamiento en este tipo de tumores no metastásicos su resección quirúrgica vía abierta o laparoscópica, en conjunto con un grupo multidisciplinario que integre endocrinología y anestesiología para el control adecuado de las cifras tensionales perioperatorias e intraoperatorias.

Conclusiones: El cirujano oncológico en conjunto con endocrinología clínica cuentan con un papel importante en el manejo integral y quirúrgico de los pacientes con feocromocitomas extraadrenales incluido el paraganglioma abdominal del órgano de Zuckerkindl.

03 - ID719

Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global en pacientes con carcinomatosis peritoneal tratados con cirugía de citoreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica

Mauricio García Mora; Alfonso Carlos Márquez Ustáriz; Silvia Inés Guerrero Macías; Clara Briceño Morales; Mario Arturo Abadía; Jorge Campillo Pardo; Rodrigo Antonio Burgos Sánchez

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.

magarcia@cancer.gov.co

Introducción: La carcinomatosis peritoneal representa un estado de progresión y recurrencia de muchos cánceres intraabdominales. Tradicionalmente se asociado a medianas de supervivencia entre 3 y 9 meses. Dado que la enfermedad tiende a ser resistente a la terapia sistémica, la cirugía de citoreducción combinada con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CCR + HIPEC), surgió en las últimas décadas como una estrategia de tratamiento prometedora para pacientes seleccionados. Sin embargo es un procedimiento complejo, asociado a alta morbilidad, lo que hace necesario evaluar el éxito del tratamiento en términos no solo de resultados oncológicos sino también de calidad de vida (CV) y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectiva. Pacientes mayores de 18 años, con carcinomatosis peritoneal y que sean llevados tratamiento quirúrgico CCR + HIPEC.

Evaluación preoperatoria aplicando el cuestionario EORTC QLQ-C30 y posteriormente evaluaciones periódicas con el cuestionario a los 3, 6 y 12 meses posoperatorios, también se

medirá la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global.

Resultados: Se presenta un protocolo institucional en curso. En plan de recolección de 113 pacientes que cumplan los criterios de inclusión y en los que se realice la aplicación del cuestionario validado internacionalmente (EORTC QLQ-C30) este se compone de 30 preguntas repartidas en 3 categorías: capacidad funcional, síntomas y valoración global.

Conclusiones: La CVRS es un concepto diferente a la CV y se asocia estrechamente con la condición de salud del individuo y con el estudio de como la enfermedad y el tratamiento afectan la percepción que tiene el paciente sobre su funcionalidad y bienestar. Existen pocos estudios analizando la CVRS en carcinomatosis peritoneal por lo que presentamos el protocolo como una idea innovadora esperando un impacto positivo en relación a los desenlaces oncológicos y de calidad de vida relacionada con la salud.

03 - ID499

Resección R0 de segunda recaída de liposarcoma retroperitoneal de tipo mixoide desdiferenciado. Reporte de un caso

Jeimmy Katherinne Lopera Rodríguez; Alejandro Múnera Duque; Camilo Andrés Tarazona Bautista; Cristian Mauricio Sierra; Juan Andrés Araque Panesso

Universidad de Antioquia, Medellín

katherinne.lopera@udea.edu.co

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales son raros. La cirugía es el pilar del tratamiento. El control local es fundamental (R0), requiere resecciones en bloque, y aun así experimentan recurrencia, con tasas a 5, 8 y 10 años de 24, 29,2 y 33,1 %, respectivamente. La tasa de reseabilidad del liposarcoma retroperitoneal (LR) recurrente es de 55 % y es difícil la resección R0.

Métodos: Paciente masculino de 51 años, con diagnóstico de LR izq manejo quirúrgico (R0) conservador en 2013, sin terapia adyuvante. Recurrencia local ipsilateral al 4to año, manejo quirúrgico, se desconoce si la resección fue

completa. La patología mostró liposarcoma mixoide, sin otros datos, de continuo seguimiento. A los 2 años presenta una 2da recurrencia. Debido a la pandemia consultó a los 3 años por gran masa abdominal y dolor 10/10 con parestesias de la pierna izquierda. RNM mostró lesión retroperitoneal izquierda abdominopélvica 19 x 22 x 25 cm, con extensión intraabdominal y vascular. La biopsia reportó liposarcoma recidivante. En junta se define cirugía con resección compartimental y salvamento de la extremidad. Se realizó resección de colon transverso, descendente, sigmoides, recto superior, nefrectomía y adrenalectomía, músculo psoas, vejiga infiltrada y pared abdominal, linfadenectomía y liberación del tumor de vasos ilíacos, y anastomosis colorrectal. Patología quirúrgica: liposarcoma mixoide desdiferenciado de alto grado, TM de 15/10 CGP, R0.

Resultados: Resección R0 en segunda recaída de LR mixoide desdiferenciado, alto grado, con extensión intraperitoneal y compromiso vascular.

Conclusiones: LR presenta altas tasas de recurrencia, aún aquellos con resección R0 en la cirugía primaria. La tasa de reseccabilidad en recurrencia es baja, y es difícil lograr resección R0, requiere manejo interdisciplinario y adecuada selección del caso.

03 - ID514

Sarcoma epiteloide de muslo con extensión a paquete vascular: Caso exitoso de cirugía de salvamento

Jesús David Gómez Barrios; Iván Javier Rodríguez Acosta; Rafael Eduardo Arraut Gámez; Natalia María Gómez Cadavid; Ana María Ríos Giraldo; Luis Eduardo Ariza Miranda; Laura Estefanía Aguilera Caro; Juan Espinoza

Clínica Portoazul, Barranquilla; Hospital General de Barranquilla

JesUSDavidGomezBarrios@gmail.com

Introducción: Los sarcomas epiteloideos son tumores malignos raros de origen mixto mesenquimal y epitelial, corresponden al 1 % de los sarcomas de tejidos blandos, presentes con mayor frecuencia en la parte distal de las extremidades de los adultos jóvenes. Son tumores

de crecimiento lento y de diagnóstico tardío. Su manejo se encamina en una resección quirúrgica amplia. Cuando se encuentran estrechamente asociados con estructuras neurovasculares, la adventicia o el periostio, se utilizan como margen de resección, por lo que la probabilidad de salvamento de extremidad es baja.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 25 años, con masa en muslo izquierdo localmente agresiva con biopsia inicial que reporta sarcoma epiteloide. En estudios de extensión no presenta secundarismos, sin embargo, se documentan compromiso adyacente a las arterias femoral común, superficial y profunda, todas completamente permeables

Resultados: Es llevada a cirugía de salvamento multidisciplinar, requiriendo exploración vascular. Fue posible conservar la arteria femoral profunda. El defecto de cobertura es resuelto en el mismo tiempo quirúrgico mediante colgajo rotacional e injerto de piel total. La evolución de la paciente es satisfactoria, con histopatología mostrando márgenes libres de tumor y sin signos clínicos de recaída en los controles ambulatorios.

Conclusiones: La cirugía de salvamento en pacientes con sarcoma epiteloide localmente agresivo y con compromiso adyacente a estructuras neurovasculares es una opción terapéutica válida que mejora la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. Se requiere de un planeamiento adecuado y la intervención conjunta multidisciplinar para mejorar los índices de curación y prevenir complicaciones.

03 - ID849

Sarcoma recurrente posterior a resección de sarcoma sinovial en pared toracoabdominal - ¿Qué hacer?

Pablo Posada Moreno; Diego Caycedo; Luis José Palacios Fuentemayor; Julián Henao

Instituto de Cancerología Las Americas AUNA, Medellín; Universidad Pontificia Bolivariana; Universidad de Antioquia
posada17@hotmail.com

Introducción: Los sarcomas sinoviales son neoplasias frecuentes dentro de los tumores de

tejidos blandos; sin embargo su localización en la pared toracoabdominal es excepcional. Posterior a la resección, complicaciones como los seromas, cuando son recurrentes, obligan a descartar recurrencia tumoral.

Métodos: Reporte de caso de paciente tratado por el servicio de cirugía oncológica del instituto de Cancerología AUNA en la ciudad de Medellín. Se realizó revisión de la historia clínica completa y revisión de literatura.

Resultados: Paciente masculino de 48 años de edad con antecedente de resección de sarcoma sinovial en pared toracoabdominal derecha, con seroma recurrente a pesar de múltiples drenajes previos, descartándose malignidad en las citologías realizadas. Por signos de recurrencia de seroma en sitio de resección de sarcoma, ingresa para resección quirúrgica de la lesión y descartar posible recaída tumoral. Se realiza resección amplia de la lesión, ocasionando defecto importante de cobertura de la pared toracoabdominal impidiendo el cierre primario de la herida, por lo que se realiza cierre temporal con sistema de presión negativa para posteriormente, en conjunto con cirugía plástica, realizar reconstrucción. Resultado de patología descarta recurrencia de malignidad, confirmando el diagnóstico de seroma de la pared toracoabdominal.

Conclusiones: El manejo de seromas recurrentes genera, en el contexto de patología maligna, un reto diagnóstico y terapéutico. Se debe buscar la mejor alternativa para un adecuado diagnóstico y manejo oportuno.

03 - ID468

Técnica R.O.L.L como alternativa para disección selectiva en cuello

Miguel Andrés Lima Pérez; Gilbert F. Mateus L.; Andrea Valentina Fuentes Arévalo

Hospital Universitario Fundación Valle del Lili, Cali; Pontificia Universidad Javeriana Cali; Universidad ICESI

miguelandreslima@icloud.com

Introducción: La técnica R.O.L.L (radioguided occult lesion localization) se describe como la localización de lesiones no palpables ya sea por

características anatómicas o de tamaño, mediante la inyección intralesional de partículas marcadas con un isótopo radiactivo o radiofármaco. Luego, se debe verificar la correcta ubicación del marcaje por medio de un SPECT/CT y posteriormente se utiliza una sonda gammadetectora, la cual permite localizar la lesión, realizar la demarcación de límites patológicos, y confirmar la escisión completa por medio de radiación.

Métodos: En este caso, se presenta un paciente masculino de 25 años, con indicación de biopsia de adenopatías cervicales sospechosas no palpables, para lo cual se aplica técnica de radiotrazadores ^{99m}Tc- MAA con dosis de 4mCi - 148MBq (R.O.L.L) y se describe la radiomarcación exitosa de los ganglios cervicales en nivel II derecho y III izquierdo.

Resultados: Se obtienen ganglios radiomarcados con ⁹⁹Tc con macroagregados de albúmina, obteniendo cuentas de 44982MBq y 50126MBq respectivamente, confirmando la imagen anteriormente realizada.

Conclusiones: En conclusión, la técnica presentó resultados favorables en relación al retiro total de las masas no palpables identificadas con SPECT/TC, permitiendo la flexibilidad de tiempo inyección-cirugía, menor trauma en procedimiento quirúrgico, disminución de reintervenciones o recurrencias y menor morbilidad asociada a la extensión del procedimiento.

03 - ID554

Tumor filodes maligno con metástasis pulmonares rápidamente progresivas: reporte de caso y revisión de la literatura

Marlon Andrés Vesga Rosas; Ricardo Metke Jiménez; Lilian Torregrosa Almonacid; Elio Fabio Sánchez Cortes

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.; Pontificia Universidad Javeriana
marlonvesgar@javeriana.edu.co

Introducción: El tumor filodes es un tumor maligno de la mama que representa el 1% de las masas resecadas, con presentación variable. Generalmente es localmente invasivo con enfermedad metastásica ampliamente variable

entre 13 y 40 %.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 44 años quien ingresa con masa mamaria de rápido crecimiento, la biopsia reporta tumor filodes y la estadificación demuestra compromiso metastásico pulmonar múltiple con nódulo principal de 15 mm. Dado avance rápido de la enfermedad se llevó a resección quirúrgica con cuña pulmonar diagnóstica, el estudio histopatológico demuestra tumor filodes con KI67 del 90 % y 10 mitosis/HPF, la paciente fue dada de alta pero reingresa por dificultad respiratoria evidenciando dos meses después de evaluación inicial masas de hasta 4.5 cm con extenso compromiso parenquimatoso pulmonar. Dado avance rápido de la enfermedad se decidió inicio de doxorubicina liposomal como monoterapia con intención paliativa.

Resultados: Se realizó resección quirúrgica de tumor filodes de 12 cm con compromiso metastásico pulmonar comprobado por cuña pulmonar. Estudio histopatológico final demostró tumor filodes con KI67 del 90 % negativo para CD34, CD31, CKAE1/AE3, CAM 5.2, S100 y P40. El tumor es tan raro que no existen ensayos clínicos controlados para definir su manejo y en general se extrae datos de estudios realizados con sarcomas, se indicó manejo con doxorubicina liposomal por considerar el manejo de mejor perfil de toxicidad respecto a otras alternativas

Conclusiones: Este reporte pone en evidencia la poca información disponible para manejo de esta rara entidad.

03 - ID498

Un caso de GIST gástrico gigante infiltrativo con metástasis hepáticas manejado con cirugía citorreductora

Jeimmy Katherinne Lopera Rodríguez; Alejandro Múnera Duque; Camilo Andrés Tarazona Bautista; Cristian Mauricio Sierra

Universidad de Antioquia, Medellín
katherinne.lopera@udea.edu.co

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan menos del 3% de las neoplasias GI malignas primarias. Se localizan con mayor frecuencia en el estómago (60

%). La mayoría se diagnostican accidentalmente, por su curso clínico indolente. Los GIST gigantes a veces se asocian a metástasis (peritoneo, hígado), considerándolos irresecables; por lo tanto, la terapia con imatinib es actualmente la opción de tratamiento principal.

Métodos: Mujer joven, con intolerancia a la vía oral, dolor y gran masa abdominal. RNM demostró gran masa originada de la curvatura mayor y el cuerpo gástrico, en contacto con el lóbulo hepático izquierdo, bazo y polo superior del riñón izquierdo, dos lesiones metastásicas hepáticas. Con biopsia que reporta neoplasia maligna mal diferenciada - sarcoma. La cirugía mostró un tumor gigante de la pared anterior del estómago multilobulado, firmemente adherido al diafragma, lóbulo hepático y pilar diafragmático izquierdo, bazo y cola de páncreas. Lesiones hepáticas en segmento VI y VIII sospechosas. Se realizó resección en bloque (estómago, páncreas, duodeno, hígado, diafragma y bazo), linfadenectomía, y metastasectomía, con posterior reconstrucción GI y rafia del diafragma. La inmunohistoquímica reportó tumor estromal gastrointestinal (GIST), de 36 x 20 x 16 cm, con más de 46 mitosis en 50 HPF, metastásico en hígado, ganglios, bazo y diafragma negativos para malignidad. Margen de resección gástrico distal positivo.

Resultados: GIST gástrico gigante, infiltrativo metastásico que se llevó a cirugía citorreductora y posterior manejo adyuvante con adecuada respuesta.

Conclusiones: La cirugía de reducción de volumen supone eficacia en los estadios avanzados de GIST, incluso en enfermedad metastásica.

Cirugía de trauma

03 - ID939

Apendicitis aguda secundaria a trauma cerrado de abdomen: a propósito de un caso

Daniel Felipe Herrera Orrego; Sergio Luis Jaramillo Escobar; Sara Vásquez Martínez; Juan Carlos Serna Rentería

Hospital San Vicente Fundación, Medellín;
Universidad de Antioquia
herreraorrego.daniel@gmail.com

Introducción: La apendicitis aguda representa una de las principales urgencias quirúrgicas y, dentro de su etiología, se ha descrito el trauma abdominal; sin embargo, su papel etiológico no se ha dilucidado completamente. Se presenta el caso de un paciente con rotura de la base apendicular secundario a un trauma cerrado de abdomen y su evolución postoperatoria temprana.

Métodos: Se expone el caso de un paciente que sufrió un trauma contuso en abdomen, con posterior dolor en fosa ilíaca derecha irradiado a testículos y muslos. En TAC contrastada de abdomen se evidenció engrosamiento mural del ciego y colon ascendente, con una colección en la gotera parietocólica derecha de 250 ml, sugestivo de pelviperitonitis. El paciente se programó para laparotomía exploratoria por signos sugestivos de perforación colónica.

Resultados: En la laparotomía se evidenció una rotura de la base apendicular con desinserción de esta y una peritonitis purulenta de predominio en pelvis; se realizó drenaje con toma de muestras y cecorrafia en el orificio apendicular con apendicectomía. Se dejó cubrimiento antibiótico intravenoso por 5 días y el paciente fue dado de alta sin ninguna complicación.

Conclusiones: Dentro de las diferentes etiologías de la apendicitis aguda se ha mencionado el trauma de abdomen como agente causal, con una incidencia extremadamente rara. La sospecha diagnóstica se basa principalmente en el análisis temporal de los hechos ocurridos y el examen físico del paciente; sin embargo, usualmente se suele apoyar con ayudas imagenológicas. Su manejo específico debe ser guiado por los hallazgos intraoperatorios.

03 - ID731

Control de daños en trauma pancreático: de lo complejo a lo simple. A propósito de un caso

Álvaro Javier Bayona Daza; Juliana María Ordóñez Mosquera; Laura Cristina Arce Polanía

Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.
javier.bayona3196@gmail.com

Introducción: El páncreas es un órgano que rara vez presenta daño dado su localización

retroperitoneal, cuya mortalidad varía entre un 9-34 %, con complicaciones mayores al 50%. La evolución en el manejo del traumatismo pancreático ha disminuido la mortalidad, atribuible al uso de los principios del control de daños. En 2021 el grupo de cirugía de trauma de Cali, Colombia, propone un algoritmo de manejo en heridas pancreáticas diagnosticadas durante cirugía de control de daños, simplificando su manejo y disminuyendo la morbimortalidad asociada.

Métodos: Se reporta un caso de trauma pancreático en un hospital de tercer nivel en Bogotá quien recibió manejo según protocolo de control de daños propuesto por grupo de trauma de Cali.

Resultados: Paciente masculino ingresa por herida por arma de fuego, con OE en hipocondrio izquierdo y OS en hipocondrio derecho, con inestabilidad hemodinámica, EFAST positivo, ABC 5, ISS 15, laparotomía exploratoria encontrando hemoperitoneo de 3000 cc con lesión transfixiante en el cuerpo del páncreas AAST III, lesión grado II de bazo y estómago, y grado I hepático, manejado con rafia gástrica, empaquetamiento, ligadura de conducto pancreático y pancreatectomía distal, sin complicaciones asociadas con egreso hospitalario al noveno día y seguimiento con dren.

Conclusiones: La cirugía de control de daños en páncreas es una combinación de maniobras hemostáticas, empaquetamiento, sutura de la lesión y drenaje cerrado, con el fin de disminuir la morbimortalidad asociada y preservar su funcionalidad. Se demuestra que el algoritmo presentado por el grupo de Cali, es seguro, factible y reproducible por cirujanos en otras regiones del país.

03 - ID739

Herida por arma cortopunzante en tórax. ¿Se necesita segunda radiografía?

Jairo González; Manuel Alejandro Giraldo Pinto; David Fernando Semanate Betancourt; Adolfo González; Mario Alain Herrera

Universidad del Valle, Cali
jairogui@hotmail.com

Introducción: Cuando un paciente ingresa con herida por arma cortopunzante en tórax, se toma una radiografía de tórax para descartar ocupación pleural, y de ser normal, se espera 6 horas posterior al trauma para tomar una nueva. Este estudio se pregunta si existe neumotórax en esta segunda radiografía o la necesidad de una toracostomía cerrada.

Métodos: Es un trabajo retrospectivo descriptivo transversal, realizado desde 2018 hasta 2020. En total 100 pacientes ingresaron con herida por arma cortopunzante torácica, con primera radiografía normal, leída por el cirujano de trauma y emergencias como normal, y se realizó una segunda radiografía de tórax 6 horas posterior al trauma. El objetivo es determinar si existe neumotórax posterior a tener una primera radiografía normal y si hay necesidad de colocar tubo de tórax con una segunda radiografía. Se realizó un banco de imágenes, asignando un código al azar a cada radiografía y se envió a cirujanos de trauma y emergencias, quienes no sabían si era una primera o segunda radiografía, debían contestar si había neumotórax hemotórax, hemo-neumotórax (sí o no) y otros hallazgos.

Resultados: De las 200 radiografías, 191 radiografías no presentaron ni hemo ni neumotórax, dos pacientes presentaron neumotórax menor de 5 % que se manejó con terapia respiratoria y tercera radiografía con expansión pulmonar, y siete pacientes que presentaron hemotórax grado I, a los cuales se les dio egreso con terapia respiratoria. Ningún paciente requirió toracostomía.

Conclusiones: Los resultados muestran que ningún paciente requirió toracostomía con la segunda radiografía, lo que podría sugerir la eliminación de esta segunda radiografía.

03 - ID932

Herida por proyectil de arma de fuego en ventrículo izquierdo: manejo conservador

Helio Fernando Espinosa Cadavid; Natalia Yandy León; Carlos Alberto Ordóñez Delgado; Cristian Jhoan Gallego López; Julián Camilo González Collazos

Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad del Valle
heliocadavid@gmail.com

Introducción: El trauma cardiaco penetrante representa una elevada causa de mortalidad. Más del 80 % fallece antes o al ingreso al servicio de emergencias; esto aumenta si consideramos sólo el mecanismo por proyectil de arma de fuego. La gran mayoría requiere intervención quirúrgica del miocardio. Existen posiciones encontradas respecto al manejo, las cuales van desde manejo conservador hasta inducir paro cardiaco que facilita la corrección de la lesión miocárdica.

Métodos: Revisión de historia clínica de paciente masculino 24 años, múltiples heridas por proyectil de arma de fuego en zona toracoabdominal derecha, tórax izquierdo y brazo izquierdo, el cual ingresa en choque hipovolémico grado I y dolor abdominal. Revisión de la literatura.

Resultados: FAST mostró hemotórax bilateral y hemopericardio; la angioTAC evidenció lesión pulmonar bilateral, lesión diafragmática, gástrica y hepática. Se realizó laparotomía, control de daños, ventana pericárdica transdiafragmática positiva, se llevó a esternotomía evidenciando lesión parcial del miocardio del ventrículo izquierdo en cara posterior, sin sangrado activo; se decidió manejo conservador. En postoperatorio se documentó: índice cardíaco: 2.3L/min/m², gasto cardiaco: 5.2L/min, FeVI: 60 %, hipoquinesia inferior, lesión de 7 mm en miocardio de 14 mm. Evolución satisfactoria.

Conclusiones: Reparar lesiones en miocardio posterior aumenta el riesgo quirúrgico, requiere luxación cardiaca, posible parada y masaje cardíaco directo sobre miocardio lesionado o circulación extracorpórea para sutura en paro cardiaco inducido, siempre con riesgo de desgarro muscular durante contracciones.

03 - ID508

Hernia diafragmática derecha aguda secundaria a trauma cerrado

Katherine Romero Moreno; Juliana Lucía Molina Valencia; Erika Osorio Sierra; Daniel Felipe Herrera Orrego; Tatiana Chinkovsky Ríos; Luis Francisco Pérez Montaguth

Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
katherine.romero@udea.edu.co

Introducción: La hernia diafragmática derecha es una complicación muy rara por la función protectora del hígado, y más raro aún que este sea el órgano herniado. Es una condición de alta morbimortalidad que requiere un pronto diagnóstico e intervención.

Métodos: Paciente de 32 años quien sufrió trauma de alta energía en calidad de peatón, ingresó inestable a una institución de mediana complejidad donde estabilizaron y documentaron hemotórax derecho, trauma renal y trauma hepático, dieron manejo con toracostomía y remitieron a institución de mayor nivel. Ingresó a UCI, manejo conservador inicial, y durante seguimiento con caída progresiva de la hemoglobina, se solicitó angioTAC de tórax, y se evidenció pérdida de volumen del parénquima pulmonar derecho por protrusión de aproximadamente 10 cm del lóbulo hepático derecho al tórax, sin sangrado activo.

Resultados: Se llevó a cirugía para corrección de hernia diafragmática vía abdominal, hallazgo de herniación de segmentos hepáticos VII y VIII a través de laceración diafragmática de 15 cm. Se logró reducción del hígado, corrección del defecto del diafragma, sin complicaciones.

Conclusiones: La hernia diafragmática derecha es una lesión rara que se presenta en menos del 1 % de los traumas cerrados. Usualmente son asintomáticas por el efecto protector del hígado y son diagnosticadas de forma incidental o por síntomas varios años después. En este caso tuvo un curso agudo por el gran tamaño del defecto y la herniación hepática al tórax que causó descompensación progresiva. Siempre requieren manejo quirúrgico para su corrección.

03 - ID724

Hernia diafragmática traumática aguda, abordaje diagnóstico por POCUS y reparo por vía laparoscópica: Reporte de caso

David Fernando Semanate Betancourt; Carlos Enrique Arenas

Universidad del Valle, Cali; Fundación Hospital San José de Buga

david.semanate@correounivalle.edu.co

Introducción: Las hernias diafragmáticas traumáticas ocurren hasta en 8 % de los traumas cerrados de abdomen. El diagnóstico clínico es errático y podría omitirse por lesiones asociadas, requiriendo estudios imagenológicos. No obstante, tanto la radiografía como el TAC tienen falsos negativos. Hasta ahora la ultrasonografía a pie de cama ha sido poco reportada en la literatura y no se ha estudiado su rendimiento. El manejo es quirúrgico siendo la vía laparoscópica una opción exitosa descrita en la literatura.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura más relevante y se comparó con el caso descrito.

Resultados: Paciente masculino de 81 años con traumatismo cerrado secundario a accidente de tránsito. Ingresó estable hemodinámicamente, hipoventilado en hemitórax izquierdo y requiriendo soporte de oxígeno. Como adjunto de la valoración primaria se realiza FAST-E donde se consigue identificar disrupción diafragmática izquierda con imagen compatible con cámara gástrica en hemitórax izquierdo; confirmado por TAC toracoabdominal. Se diagnostica hernia diafragmática traumática aguda que, debido a condición favorable, se lleva a reducción y reparo primario por vía laparoscópica, hallándose ruptura traumática de porción muscular de hemidiafragma izquierdo de aproximadamente 7 cm de longitud con herniación de epiplón mayor y gran parte de la cámara gástrica.

Conclusiones: Es una condición poco frecuente que puede ser omitida. El diagnóstico se apoya en estudios imagenológicos, siendo el POCUS una herramienta de gran utilidad; hasta ahora poco reportada en la literatura. El reparo por vía laparoscópica es efectivo cuando se cuenta con recursos y experiencia.

03 - ID853

Hernia diafragmática traumática crónica derecha con necrosis intestinal: reporte de un caso

Pablo Posada Moreno; Natalia Guzmán Arango; Romario Chanci Drago; María Posada Moreno; Esteban Isaza Gómez; Alfredo Constain Franco

Universidad Pontificia Bolivariana; Instituto de Cancerología Las Américas AUNA, Medellín; Hospital Pablo Tobón Uribe; Universidad CES
posada17@hotmail.com

Introducción: Las hernias diafragmáticas traumáticas pueden traer consecuencias graves cuando estas no son diagnosticadas oportunamente, principalmente durante la fase crónica, cuando hay más riesgo de complicaciones asociadas.

Métodos: Reporte de caso de paciente tratado en una institución de alto nivel de complejidad en Medellín, Colombia. Se realizó revisión de la historia clínica y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 79 años de edad, con antecedente herida penetrante en región toracoabdominal derecha hace 30 años. Consultó por dolor abdominal y disnea de 2 semanas de evolución posterior a traumatismo cerrado toracoabdominal derecho por accidente de tránsito. Radiografía de tórax con aparente nivel hidroaéreo en hemitórax derecho. Se sospecha hemo neumotórax y manejan con dren pleural en primer nivel de complejidad. Por no mejoría, remiten a mayor nivel de complejidad donde ingresa en malas condiciones generales, se realiza TAC de tórax encontrando hernia diafragmática derecha, con asas intestinales con signos de necrosis, derrame pleural y desplazamiento mediastinal a la izquierda. Se realiza laparotomía exploratoria, encontrando defecto diafragmático de 10 cm con asas intestinales necróticas de yeyuno, se realiza resección y anastomosis de segmento comprometido y lavado pleural con cierre de defecto diafragmático. Paciente fallece posterior al procedimiento.

Conclusiones: En el contexto de trauma, el diagnóstico de las hernias diafragmáticas puede suponer un reto para el cirujano. Sin embargo el diagnóstico oportuno puede evitar complicaciones que pueden llegar a ser fatales.

03 - ID1025

Lesion traqueal completa en paciente con estabilidad hemodinámica: reporte de caso

Mario Fernando Espinosa Moreno; Juan Manuel Torres Restrepo; Rolando Medina Rojas; Rodrigo

Lara Sánchez; Wilmer Fernando Botache Capera; David Felipe Muñoz Pérez
Universidad Surcolombiana, Neiva
mfem06@hotmail.com

Introducción: El trauma cervical está asociado a una gran mortalidad (30-80 %) y se relaciona a diversos mecanismos de trauma. En la literatura se describe que aproximadamente el 0.2 - 0.7 % de los casos requieren de traqueostomía. En esta revisión se presenta el caso clínico de un paciente que sufrió un accidente de tránsito con una lesión de tráquea completa que ingreso con estabilidad hemodinámica.

Métodos: Las lesiones traqueales específicamente presentan una mortalidad de 0 a 44 % de los casos y se relaciona con complicaciones hasta en el 25 % de los pacientes, por lo que su diagnóstico y tratamiento debe ser oportuno para prever complicaciones tempranas y tardías que se presentan del 5-80 % de los casos.

Resultados: Nuestro paciente ingresa al sufrir un accidente de tránsito con trauma contuso en región cervical con estabilidad hemodinámica. Se realiza angiotomografía de cuello que muestra pérdida de continuidad de la tráquea a nivel de T1-T2 con enfisema subcutáneo subyacente. Fue llevado a procedimiento quirúrgico urgente evidenciando una pérdida de la continuidad de la tráquea 5 cm previos a la carina, por lo que se realizó una resección y reconstrucción con anastomosis termino-terminal de traqueal, requiriendo ventilación mecánica y traslado a UCI para manejo POP.

Conclusiones: Considerando el diagnóstico y tratamiento oportuno de una lesión traqueal completa traumática como la que presentó nuestro paciente, se pudo manejar de forma adecuada y sin necesidad de reintervenciones o necesidad de traqueostomía, disminuyendo el riesgo de complicaciones asociadas al trauma cervical, todo esto gracias al abordaje multidisciplinario y apoyos diagnósticos utilizados para su manejo.

03 - ID934

Manejo de lesión destructiva de recto extra-peritoneal y canal anal con sutura primaria y colostomía: un reporte de caso

Mónica Alejandra Solís Velasco; Valentina Navarro B; Juan Felipe Osorno Moncayo; Luis Mauricio Figueroa

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., Cali
monica.solis@correounivalle.edu.co

Introducción: Las lesiones extra-peritoneales de recto deben sospecharse en las heridas transpélvicas. En ausencia de lesión evidente está indicada la tomografía. Si hay sospecha clínica o por imagen debe hacerse una proctoscopia. Las lesiones destructivas de recto comprometen más del 25 % de la circunferencia de la pared.

Métodos: Describir el caso de un paciente de 15 años con lesión destructiva del recto extraperitoneal y canal anal que fue manejado con sutura primaria y colostomía.

Resultados: Paciente con herida por arma de fuego transpélvica. El tacto rectal fue positivo para sangrado. Se realizó anoscopia y rectoscopia confirmando lesión de recto extraperitoneal. En cirugía se encontró lesión destructiva del recto extraperitoneal del 50 % de la circunferencia con compromiso del canal anal y los esfínteres. Se realizó sutura primaria por vía anal utilizando separador de Lone-Star y colostomía en asa por laparoscopia. Egresó al quinto día postoperatorio. En seguimiento ambulatorio se encontró anillo fibroso entre las 8 y las 2 de las manecillas del reloj; se practicó dilatación anal. La electroestimulación perianal a los tres meses del postoperatorio mostró tonicidad adecuada del esfínter en el lado izquierdo e hipotonicidad del lado derecho, sin síntomas. Al quinto mes postoperatorio cierre exitoso de colostomía.

Conclusiones: El manejo con sutura primaria utilizando un separador de Lone-Star es una opción en pacientes con lesión de recto extraperitoneal baja. La colostomía derivativa debe hacerse cuando la herida es destructiva.

03 - ID545

Manejo de trauma cardiaco penetrante por cirugía mínimamente invasiva en centro de alta complejidad de Cali: Serie de casos

David Fernando Semanate Betancourt; Víctor

Rafael Buchelli

Universidad del Valle, Cali
david.semanate@correounivalle.edu.co

Introducción: Una herida precordial con inestabilidad hemodinámica es indicación de cirugía inmediata. En la actualidad la cirugía de mínima invasión es cada vez más empleada en contextos de trauma. A pesar de esto, una posible lesión cardíaca o de grandes vasos era una contraindicación. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia en el Departamento de Cirugía de la Universidad del Valle en el manejo de pacientes con trauma cardíaco penetrante hemodinámicamente estables mediante cirugía de mínima invasión.

Métodos: Serie de casos con recolección de información directamente de historia clínica individual y revisión de la literatura

Resultados: Se trata de un paciente masculino de 47 años con heridas por arma de fuego precordial; masculino de 19 años con 2 heridas por arma de fuego en región lumbar; y masculino de 65 años con heridas por arma blanca en región precordial, todos estables hemodinámicamente. Los dos primeros con proyectiles alojados en saco pericárdico extraídos por pericardiotomía mediante videotoracoscopia y el último de ellos con herida en infundíbulo pulmonar reparada por la misma vía. Todos con resultado exitoso y sin complicaciones

Conclusiones: El uso de videotoracoscopia es habitual en ciertos contextos agudos de trauma torácico. No obstante, una posible lesión cardíaca o de grandes vasos se puede reconocer como una contraindicación. Sin embargo, actualmente es aceptable pensar que este abordaje quirúrgico es factible en pacientes seleccionados con trauma cardíaco, permitiendo realizar pericardiotomía, pericardioscopia, extracción de cuerpos extraños y, mediante un equipo entrenado y preparado, incluso reparo de lesiones no exanguinantes.

03 - ID470

Manejo de trauma duodenal, del control de daños a la reparación definitiva: caso clínico y revisión de la literatura

Tatiana Barragán; Marcela Hoyos; Ossian Gabriel Fuentes Díaz

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
tatianabarraganb@hotmail.com

Introducción: El trauma penetrante abdominal es una entidad común; sin embargo la presentación concomitante de lesiones duodenales es infrecuente y no supera un 3-5% de los casos. A pesar de su baja incidencia, registra tasas de morbimortalidad considerablemente altas de forma inicial por las lesiones asociadas que se pueden presentar. Por lo anterior se requieren estrategias de manejo que optimicen el tiempo, recursos y procuren reestablecer el estado fisiológico del paciente de la forma más oportuna posible. El abordaje y el tratamiento de las lesiones severas del duodeno, sigue siendo tema de discusión, pues se ha dificultado la estandarización en la literatura tanto en el contexto de control de daños, como de la reparación definitiva, dado a la incidencia, la heterogeneidad de su presentación y morbimortalidad

Métodos: El presente artículo describe un paciente con trauma abdominal penetrante con múltiples lesiones viscerales, incluyendo trauma duodenal, desde la primera intervención de control de daños, hasta la reparación definitiva.

Resultados: Se da egreso al día 15 de hospitalización, con adecuado tránsito intestinal, sin presentar complicaciones o reingresos hasta la fecha.

Conclusiones: El trauma duodenal conlleva alta carga de morbimortalidad y requiere ser diagnosticado y tratado de forma temprana con el fin de realizar de manera inicial un adecuado control de daños para posteriormente planear la reconstrucción definitiva del paciente durante su etapa de reanimación guiada por metas.

03 - ID927

Predicción de angioembolización temprana en trauma pélvico y protocolo de manejo de la Universidad del Valle

Hugo Alejandro Burgos Rueda; Claudia Isabela Gómez Salgado; Alberto Federico García Marín

Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., Cali
burgos.hugo@correounivalle.edu.co

Introducción: Entre 10-15% de los pacientes con fracturas pélvicas llegan a urgencias en choque, y 30 a 50 % fallecen, principalmente por las lesiones asociadas y/o lesiones pélvicas hemorrágicas. La angiografía tiene un papel preponderante dado que permite diagnóstico y tratamiento endovascular del sangrado pélvico. No obstante, la literatura aun cuestiona las indicaciones precisas y tempranas para angiografía/angioembolización (AE) en estos escenarios

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura publicada en los últimos 20 años, seleccionando los artículos mas relevantes con el objetivo de identificar predictores tempranos de angioembolización. Los resultados se presentaron al grupo de cirujanos de trauma y emergencias de la Universidad del Valle, y como aporte final se planteó un algoritmo de manejo para los pacientes con trauma pélvico.

Resultados: La búsqueda arrojó seis estudios, en su mayoría retrospectivos. Como posibles predictores se reportaron parámetros clínicos-hemodinámicos: FC igual o mayor a 130 lpm, Hto igual o menor a 30%, hipotensión antes de angiografía, TAS menor a 90 mmHg, T° menor a 36°, lactato mayor a 3.4 mmol/L, Glasgow igual o menor a 14, FR igual o mayor a 22 rpm; y parámetros mecánicos: fractura anillo obturador desplazada igual o mayor a 1 cm, sínfisis púbica desplazada igual o mayor a 1 cm, disrupción sacroilíaca, patrón de fractura según clasificación de la asociación de osteosíntesis tipo B y tipo C, peatón arrollado.

Conclusiones: Ninguna de las variables corresponde a un sistema validado y provienen principalmente de estudios retrospectivos. Aunque se requiere mejor calidad de la evidencia, los resultados y la opinión de expertos sugieren que la mejor predicción de AE en pacientes con trauma pélvico es el seguimiento continuo y estrecho del estado hemodinámico.

03 - ID942

Revisión sistemática laparoscópica en trauma pediátrico - a propósito de un caso con heridas en torso por proyectil de arma de fuego

Juan Felipe Osorno Moncayo; Cristhian David Arroyave Durán; Mónica Alejandra Solis Velasco; Claudia Isabela Gómez Salgado; Diego Palta
 Universidad del Valle; Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., Cali
 juan.osorno@correounivalle.edu.co

Introducción: El trauma pediátrico penetrante en torso supone un reto diagnóstico y quirúrgico. En aquellos pacientes con estabilidad hemodinámica, el abordaje mínimamente invasivo en casos seleccionados es una herramienta que puede disminuir la morbi-mortalidad asociada a la cirugía abierta convencional.

Métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 16 años con trauma toracoabdominal penetrante, por proyectil de arma de fuego, sus condiciones clínicas, hallazgos imagenológicos, la decisión quirúrgica, hallazgos operatorios y desenlaces.

Resultados: Se trata de un adolescente de 16 años con trauma penetrante por proyectil de arma de fuego en región paravertebral derecha a nivel de T8, en octavo espacio intercostal izquierdo con línea axilar media y en región glútea, estabilidad hemodinámica y neumotórax que requirió toracostomía cerrada, pero con abdomen dudoso para irritación peritoneal. Tomografía con hallazgos de trauma esplénico grado II y hemoperitoneo escaso. Se realizó abordaje laparoscópico con finalidad dual: revisión diafragmática y revisión de lesión visceral de forma sistemática, descartando lesión de víscera hueca y documentando trauma esplénico por contusión por onda expansiva. Se evidenció adelgazamiento diafragmático sin perforación del mismo, suponiendo trayectoria de proyectil torácica pura izquierda. El seguimiento clínico evidenció evolución favorable, se retiró el tubo de tórax a las 72 horas y se dio egreso hospitalario en la primera semana post quirúrgica.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva en trauma pediátrico penetrante en torso en

pacientes seleccionados hemodinámicamente estables, permite descartar lesiones viscerales mediante la revisión sistemática laparoscópica, disminuyendo así la morbimortalidad asociada a cirugía abierta convencional.

03 - ID480

Salvamento de material de osteosíntesis en fracturas costales con infección mediante sistema de presión negativa

Pablo Posada Moreno; Andrés Felipe Patiño Cortés; David Alejandro Mejía Toro
 Hospital San Vicente Fundación, Medellín; Universidad Pontificia Bolivariana; Universidad de Antioquia
 posada17@hotmail.com

Introducción: La infección de sitio operatorio con material de osteosíntesis costal supone un reto de manejo para el cirujano. A continuación se presenta el caso de un paciente quien presenta una infección de sitio operatorio asociado a la colocación de material de osteosíntesis costal manejado efectivamente con sistema de presión negativa.

Materiales: Reporte de caso clínico, revisión de historia clínica y revisión de la literatura

Resultados: Paciente masculino de 58 años, con trauma torácico contuso y fracturas costales izquierdas con inestabilidad de pared torácica. Fue llevado a cirugía en donde se realizó fijación costal con material de osteosíntesis. Al quinto día postoperatorio, presenta fiebre, dolor torácico y salida de pus por sitio de herida quirúrgica. Se lleva a cirugía, documentándose infección de sitio operatorio profunda en sitio de osteosíntesis costal. Se realizó lavado, desbridamiento, toma de cultivos, se instaló sistema de presión negativa dejando material protésico in situ y se inició manejo antibiótico empírico. Al día 7, se realizó nuevo lavado con mejoría de proceso infeccioso logrando cierre de la herida. Posteriormente se indicó manejo ambulatorio con antibioticoterapia dirigida completando 21 días de tratamiento.

Conclusiones: El empleo de sistemas de presión negativa combinado con otras estrategias de

manejo en casos de infección de sitio operatorio, pueden ser efectivas para evitar el retiro de material de osteosíntesis costal, evitando morbilidad al paciente.

03 - ID985

Trauma renal en paciente con riñón en herradura

Simón Andrés Moros Pérez; Juliana Mancera Pérez; Jorge Andrés Gutiérrez Segura; Carolina Restrepo Bonilla; Luis Felipe Cabrera Vargas

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.; Pontificia Universidad Javeriana
samoros@husi.org.co

Introducción: El trauma renal representa el 1-5 % de todos los traumas contundentes del abdomen, mientras que el riñón en herradura, definido como una anomalía congénita del tracto genitourinario donde dos masas renales funcionales se encuentran fusionadas generando anomalías en posición, rotación y vascularización al riñón, representa una patología poco frecuente en la población general. A continuación reportamos un caso de trauma penetrante abdominal con trauma renal grado IV en un paciente con antecedente desconocido de riñón en herradura.

Métodos: Se recibe en urgencias a hombre joven sin antecedentes conocidos, con herida abdominal anterior por herida por arma de fuego, inestable hemodinámicamente, sin respuesta a líquidos endovenosos, hipotensión persistente, alteración de estado de conciencia y hematuria en sonda vesical.

Resultados: Se realizó laparotomía exploratoria encontrando hemoperitoneo, hematoma retroperitoneal, trauma hepático, trauma vesicular y trauma renal grado IV con hallazgo incidental de riñón en herradura. Se realizó colecistectomía y nefrectomía parcial derecha por imposibilidad de manejo endovascular. Se deja un cierre abdominal temporal con second look a las 48 horas y posterior cierre de aponeurosis.

Conclusiones: El trauma renal penetrante y el riñón en herradura, de forma separada, son entidades poco frecuentes. No hay literatura que soporte el manejo tanto abierto como endovascular

de trauma renal en paciente con riñón herradura por lo que el estado clínico y las herramientas disponibles para el cirujano son fundamentales para el tratamiento y el desenlace del paciente.

03 - ID497

Trauma torácico penetrante con empalamiento y lesión bronquial: a propósito de un caso

Ezio Pezzano Molina; Sara Franciny Pantoja Soto; Luis Eduardo García Peñaloza; Daniel Armando Rosero Cadena; Gary Muñoz Solano; Carlos González Rubio Altamar

Hospital General de Barranquilla
ezpezzano@hotmail.com

Introducción: El empalamiento torácico con disrupción mediastinal se presenta como escenario desafiante que involucra la capacidad resolutoria del cirujano. Las lesiones por empalamiento se producen cuando un objeto rígido penetra y permanece alojado dentro del cuerpo.

Métodos: Paciente masculino de 33 años de edad, con cuadro clínico de 20 minutos de evolución, consistente en trauma con objeto cortopunzante, empalado en tórax posterior izquierdo, con presencia de enfisema subcutáneo, seguido de inestabilidad hemodinámica.

Resultados: Dada la estabilidad hemodinámica a su ingreso, se realiza radiografía AP y lateral de tórax y cuello, evidenciando gas retrofaríngeo que confirma lesión de vía aérea con evidencia de arma cortopunzante que atraviesa mediastino hasta compartimento anterior, y trayectoria de izquierda a derecha. Tiempo después paciente presenta inestabilidad hemodinámica, se realiza toracotomía postero-lateral derecha, evidenciando lesión transfixiante de bronquio fuente derecho. Se extrae objeto bajo visión directa, se realiza rafia continua en cara posterior de bronquio y rafia en cara anterior, se verifica ausencia de fuga de aire con prueba de Valsalva. Paciente es trasladado a UCI de la cual egresa sin complicaciones. Se realiza nasofibrobroncoscopia al mes, reportando rafia indemne en bronquio fuente derecho.

Conclusiones: El empalamiento torácico es poco frecuente y con una mortalidad elevada. La evaluación y manejo depende del estado

hemodinámico del paciente, por lo que conocer este tipo de presentaciones junto con su abordaje le permite al cirujano tomar decisiones frente a estos casos.

03 - ID551

Un caso raro e inusual de cuerpo extraño en el pericardio: Controversias y manejo

Juan Camilo Arboleda Mera; Angela Cristina Ríos Cadavid; Maritza Andrea Romero Peña

Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, D.C.

jucar92@hotmail.com

Introducción: Los cuerpos extraños en el pericardio son raros y hay pocos casos reportados en la literatura. Pueden presentarse de forma accidental, autoinfligida o iatrogénica, generando serias complicaciones, como taponamiento cardíaco, hemotórax, neumotórax o endocarditis que comprometen seriamente la vida. La radiografía, tomografía y ecocardiograma son fundamentales para el diagnóstico. El tratamiento es la remoción del objeto extraño.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente con evidencia de cuerpo extraño en el pericardio. Se describió la historia clínica, abordaje, manejo realizado y desenlace del caso. En paralelo se realizó un revisión de la literatura universal de otros reportes de casos similares.

Resultados: Paciente femenina de 29 años, con cuadro de 6 días de dolor torácico retroesternal, asociado a disnea, náuseas y vómito. Antecedentes de extracción previa de varios cuerpos extraños del tejido celular subcutáneo del dorso e historia de trastorno de ansiedad. Ecocardiograma evidenció derrame pericárdico sin trastornos de contractilidad. Tomografía toracoabdominal mostró en epigastrio cuerpo extraño, compatible con aguja y derrame pleural bilateral. Se realizó esternotomía para la extracción de objeto. Se hizo seguimiento sin complicaciones.

Conclusiones: Un objeto extraño en el pericardio es un hallazgo inusual en paciente con dolor torácico pero se debe tener en cuenta en aquellos con historia de trauma y desórdenes psiquiátricos. El manejo en la mayoría de las veces

es la extracción del objeto y tratar las lesiones asociadas. La esternotomía es el abordaje de elección y en ocasiones la ventana pericárdica puede ser suficiente. Finalmente el seguimiento es con estudios de funcionalidad cardíaca y manejo del desorden psiquiátrico de ser necesario.

03 - ID517

Ventana pericárdica: rol en el manejo definitivo del taponamiento cardíaco por herida cortopunzante precordial

Geraldine Victoria Ruiz Niño; Carolina Salazar Palacio; Nicolás Dayam Rosales Parra; Daniel Ernesto Mejía Isaza; Luis Emiro Vanegas

Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín

geraldine.ruizn@gmail.com

Introducción: La ventana pericárdica (VP) hace parte del algoritmo de manejo del trauma penetrante en tórax, especialmente en instituciones sin disponibilidad de estudios ecográficos. En pacientes seleccionados la VP subxifoidea puede ser el diagnóstico y tratamiento definitivo. Se presenta el caso de un paciente con taponamiento cardíaco posterior a 10 días del trauma.

Métodos: Paciente masculino de 35 años con historia de herida precordial cortopunzante 10 días antes al ingreso. Presenta dolor torácico e inestabilidad hemodinámica. En angiotomografía y FAST se documenta hemopericardio. Mediante VP subxifoidea se drenaron 700 ml de hemopericardio, sin evidenciar sangrado activo. Se inserta dren y cierra la herida quirúrgica. Evolución favorable y alta hospitalaria al cuarto día.

Resultados: Desde la serie de Nagy et al. en 1995 hay reportes que describen la VP como manejo definitivo de algunas heridas precordiales en pacientes estables. En Colombia, el Hospital Universitario del Valle reportó 12 pacientes con manejo conservador exitoso, de 32 con VP positiva. En los estudios encontrados, fue criterio de exclusión la presencia de taponamiento cardíaco, adicionalmente el tiempo de la intervención quirúrgica fue en las primeras horas de la hospitalización índice. El caso que se presenta

sugiere manejo conservador en casos específicos de taponamiento cardíaco postraumático.

Conclusiones: En pacientes seleccionados con taponamiento cardíaco por herida por arma cortopunzante precordial, y con adecuada vigilancia, la VP con drenaje de hemopericardio y sin sangrado activo puede ser el manejo definitivo.

Mínima invasión

03 - ID402

Abordaje mínimamente invasivo para extracción de cuerpos extraños en tracto digestivo

Juliana Lucía Molina Valencia; Nicolás Dayam Rosales Parra; Walter David Romero Espitia; Marcela Cadavid Navas
Universidad de Antioquia, Medellín
juli.moli@hotmail.com

Introducción: En la edad pediátrica la ingesta de cuerpos extraños es frecuente. La mayoría de las ingestas son incidentales y no son documentadas por un adulto, por lo que el alto índice de sospecha es fundamental.

Métodos: Caso 1. Masculino de 14 años, dolor abdominal posterior a la ingesta accidental de piercing. Signos vitales sin alteraciones, sin signos de irritación peritoneal. La tomografía simple de abdomen sugiere perforación contenida en asa del yeyuno. Se lleva a laparoscopia, se encuentra perforación contenida, se extrae cuerpo extraño y se realiza enterografía sin complicaciones.

Caso 2. Niña de 34 meses, dos días de dolor abdominal, emesis y fiebre. Signos de irritación peritoneal, se lleva a cirugía para abordaje laparoscópico evidenciando peritonitis generalizada, con apéndice cecal edematoso, perforación del íleon distal por cuerpo extraño (palillo de dientes). Se realiza apendicectomía y enterografía, se extrae el cuerpo extraño. Evolución posoperatoria adecuada, alta al séptimo día.

Caso 3. Adolescente de 12 años, quien ingirió un alfiler, asintomático. Tomografía reporta cuerpo extraño en íleon distal. Se realiza colonoscopia sin lograr extraerlo. El paciente es llevado a cirugía;

con intensificador se identifica cuerpo extraño, se realiza colotomía y se extrae el alfiler; se realiza enterografía. Evolución posoperatoria adecuada, alta al segundo día.

Resultados: Se reportan complicaciones asociadas hasta en el 7 % de las series, requiriendo manejo endoscópico en un 10 a 20 % y manejo quirúrgico en el 1 %.

Conclusiones: En caso de ser necesario el manejo quirúrgico, el abordaje mínimamente invasivo tiene ventajas sobre la cirugía abierta y debe ser de elección.

03 - ID488

Manejo laparoscópico de múltiples perforaciones intestinales secundario a procedimiento estético de pared abdominal

María Paula Forero Ríos; Emma Cristina Gómez Trujillo; Mauricio Pedraza Ciro; Germán Escallón; Rafael Vergara

Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
mpauforero@hotmail.com

Introducción: La cirugía estética en Latinoamérica resulta ser un problema de salud pública al encontrar múltiples establecimientos sin el personal no calificado para el desarrollo de dichas prácticas. Los procedimientos estéticos quirúrgicos a nivel de pared abdominal han venido en aumento en las últimas décadas, consisten principalmente en la eliminación del tejido celular subcutáneo con fines netamente estéticos. Sin embargo, múltiples complicaciones pueden ocurrir llevando incluso a compromiso de la vida de los pacientes

Métodos: Paciente masculino de 45 años refiere haberse realizado un procedimiento estético a nivel abdominal. Posterior a este presenta intolerancia a la vía oral, asociado a náuseas y emesis, con respuesta inflamatoria clínica y paraclínica, asociado a signos de irritación peritoneal por lo que se considera plan de laparoscopia diagnóstica, con hallazgos intraoperatorios de enfisema a nivel del mesenterio e identificación de múltiples lesiones en espejo perforares de intestino delgado.

Resultados: El paciente fue llevado a manejo laparoscópico con reparo primario de lesiones secundarios con cierre de defectos intestinales, revisión sistemática de la cavidad abdominal sin hallazgo de otras lesiones adicionales. El paciente completó manejo antibiótico, tolerancia a la vía oral y posterior egreso. No se reportaron complicaciones tempranas ni tardías.

Conclusiones: La realización de procedimientos estéticos en pared abdominal puede conllevar a complicaciones graves que amenazan la salud. Una de estas es la perforación de órganos intraabdominales. La cirugía laparoscópica resulta ser un abordaje ideal para este tipo de pacientes cuando es posible.

03 - ID882

Manejo mínimamente invasivo de abscesos amebianos de localización infrecuente. A propósito de un caso

Gonzalo Andrés Domínguez Alvarado; Andrés Felipe Escudero Sepúlveda; Luis Ernesto López Gómez; Diomar Andrés Velásquez Castellanos; Janeth Melissa Chaves Amado; Ana María Guevara Montañez

Universidad Autónoma de Bucaramanga
gdominguez@unab.edu.co

Introducción: El absceso hepático amebiano tiene una incidencia mundial de 50 millones de infecciones anuales. Sin embargo, es rara su presentación en otros lugares anatómicos. Tenemos como objetivo mostrar la resolución con manejo mínimamente invasivo de abscesos amebianos en lugares infrecuentes.

Métodos: Paciente femenina adulta joven con antecedente de obesidad e ingesta crónica de agua no tratada, que ingresa al servicio de urgencias estable hemodinámicamente, pero con signos de irritación peritoneal, se realiza estudio con tomografía axial que mostró dos abscesos amebianos, uno a nivel del segmento I del hígado y el otro a nivel del espacio gastroesplénico. Dada su localización e irritación peritoneal, no era recomendable drenaje percutáneo, por lo que se realiza drenaje por vía laparoscópica y colocación

de drenaje, sin complicaciones. El absceso hepático es drenado en un segundo tiempo por radiología intervencionista.

Resultados: Evolución satisfactoria posterior a procedimiento. A los tres días se retiran drenajes. Control al quinto día con TC sin hallazgos de importancia, por lo que se da egreso por servicio de cirugía. Servicio infectología continúa hospitalización por cinco días más para manejo con antiparasitario y antibioticoterapia endovenoso. Posterior egreso sin complicaciones.

Conclusiones: El manejo mínimamente invasivo puede ser una opción segura, eficaz y reproducible para el tratamiento de absceso amebiano de localización infrecuente. Sin embargo, consideramos la importancia de contar con un equipo multidisciplinario liderado por un cirujano con experiencia en laparoscopia avanzada y un radiólogo intervencionista.

Cirugía de trasplantes

03 - ID947

Trasplante renal exitoso posterior a exenteración pélvica

Alexandra Bastidas Santacruz; Javier Mozo Ortíz; Santiago Andrés Suárez Gómez

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.;
Pontificia Universidad Javeriana
alexandrab92@hotmail.com

Introducción: El trasplante renal es la forma más eficiente de tratar la insuficiencia renal terminal. Adicionalmente, las complicaciones posteriores de las patologías del tracto urinario inferior pueden incluir la extirpación completa de la vejiga. En la literatura se reportan pocos casos de trasplante renal en pacientes con previa exenteración pélvica.

Métodos: Paciente de 64 años con diagnóstico de TBC renal, nefrectomía y cáncer escamocelular de vejiga manejado con cistectomía radical, exenteración pélvica y reservorio de Indiana. La paciente progresa a insuficiencia renal estadio V. Fue llevada a trasplante renal intraperitoneal heterótopico con donante fallecido, liberación de adherencias, anastomosis termino-terminal de

yeyuno, reconstrucción de la vía urinaria a la bolsa de Indiana con catéter doble J.

Resultados: Evolución satisfactoria con función inmediata del aloinjerto, resuelve íleo y continua con autocateterismos. Se reportan pocos casos en la literatura debido a los diferentes escenarios que se presentan como lo es la pérdida de la cavidad peritoneal, el síndrome adherencial severo, la fibrosis sobre los lechos de reconstrucción y la complejidad de la vía urinaria.

Conclusiones: El trasplante renal en estos pacientes presenta grandes desafíos debido a la pérdida de las relaciones anatómicas. La selección individualizada permite intervenir de forma oportuna y exitosa este tipo de casos.

Infecciones y heridas

03 - ID754

Manejo temprano de fasciitis necrosante cervical con sistema de presión subatmosférica: reporte de caso

Pedro Alexánder Guerrero Serrano; Salín Barrios Marengo; David Alexánder Avellaneda del Portillo; Oswal Steven Delgado Realpe

Hospital de Engativá; Universidad Nacional de Colombia

p.guerrero19@hotmail.com

Introducción: La fasciitis necrosante cervical afecta la fascia cervical y tejido celular subcutáneo, extendiéndose tempranamente a través de los planos fasciales, con una mortalidad elevada.

Métodos: Paciente de 55 años con antecedente de obesidad y periodontitis crónica, consultó por 15 días de evolución de signos inflamatorios en región cervicofacial y secreción fétida, tomografía de cuello con colección submandibular y enfisema subcutáneo, llevada a desbridamiento profundo hasta músculos pretiroideos por fasciitis de origen odontogénico. Posterior manejo en cuidado intensivo. En segundo tiempo a las 48 horas se realizó desbridamiento y colocación de sistema presión negativa, posterior mejoría clínica, control de foco infeccioso, requiere dos recambios adicionales y dada herida limpia se logró cobertura

de defecto con colgajos locales compuestos e injerto de piel, con evolución satisfactoria por lo que completó esquema antibiótico y se dio egreso.

Resultados: La fasciitis necrosante cervical es poco frecuente, con una elevada morbilidad como lo describe Barria y colaboradores en una serie de casos donde todos los pacientes requirieron manejo en cuidado intensivo. El desbridamiento temprano fue fundamental con tiempos menores a 15 horas entre el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico, tal como en nuestro caso. Sin embargo, no plantearon el uso del sistema presión negativa, a diferencia de nuestro caso donde su uso disminuyó el número de intervenciones y logró un rápido control del foco infeccioso.

Conclusiones: La fasciitis necrosante requiere del uso de herramientas que permitan el control rápido del foco infeccioso y la progresión de la necrosis, surgiendo el sistema presión negativa como una alternativa efectiva.

03 - ID752

Uso de sistema de presión negativa en el manejo de la fasciitis perineal: a propósito de un caso

Pedro Alexánder Guerrero Serrano; Salín Barrios Marengo; David Alexánder Avellaneda del Portillo

Hospital de Engativá; Universidad Nacional de Colombia

p.guerrero19@hotmail.com

Introducción: La fasciitis perineal es una infección fulminante y progresiva con una mortalidad de hasta 67 %, lo que hace primordial una intervención inicial temprana y efectiva.

Métodos: Paciente masculino de 63 años que consultó por una semana de signos inflamatorios locales en región perineal con salida de material purulento fétido, llevado a desbridamiento quirúrgico documentando absceso perianal en herradura con celulitis glútea bilateral que se extiende a región perineal comprometiendo escroto, infección profunda de tejidos blandos con tejido necrótico, se realizó revisión en 48 horas sin progresión de la necrosis, con colocación de sistema presión negativa en región perineal más colostomía derivativa. Requiere dos recambios

con herida limpia realizando cierre del defecto con colgajo dermograso, completó esquema antibiótico y se dio egreso con estudios de fistula perianal.

Resultados: El uso del sistema presión negativa en el manejo de extensos defectos de cobertura ha sido efectivo, tal como lo reportan Álvarez y colaboradores evidenciando mayor probabilidad de cierre primario, menor necesidad de desbridamientos quirúrgicos y menor estancia hospitalaria. De igual forma, Fernández describe un caso de un paciente con necrosis perianal extensa manejado con sistema presión negativa con respuesta favorable, menores intervenciones y evolución satisfactoria.

Conclusiones: El uso de sistema presión negativa para favorecer desbridamiento y formación de tejido de granulación en defectos extensos de tejidos blandos, especialmente en la región perineal es efectivo y permite una recuperación rápida en el paciente, menor número de intervenciones y una estancia hospitalaria menor.

Cirugía y COVID-19

03 - ID933

Resultados de un Departamento de Cirugía Cardíaca durante la primera ola de la pandemia COVID-19 en un país de bajos ingresos socioeconómicos. Estudio de cohorte transversal

Rafael Figueroa Casanova; Mónica Brigitte Mosos Patiño; Carlos José Pérez Rivera; Juan David Saavedra Henao; Diego Armando Beltrán; Raúl Guillermo Aguiar Barrero; Leidy Tatiana Urueña Calderón

Clinica Avidanti, Ibagué
rafaelcirugia@hotmail.com

Introducción: La infección por COVID-19 ha representado un desafío debido a la morbimortalidad perioperatoria de los pacientes intervenidos en cirugía. Razón por la cual se ha planteado la rigurosa selección de los pacientes llevados a cirugía cardíaca. Por lo tanto, nuestro objetivo es describir la experiencia de un Departamento de Cirugía Cardíaca durante la primera ola de la pandemia por COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de corte transversal de los pacientes intervenidos en cirugía cardíaca entre marzo y septiembre de 2020. Se realizó un análisis estadístico de relación infección por COVID-19, cirugía cardíaca y desenlaces.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes intervenidos en cirugía cardíaca. La edad promedio fue 66 años, de los cuales el 70 % eran hombres. La infección por COVID-19 preoperatoria fue del 1,4 % y postoperatoria del 6,1 %. El 34,69 % de los procedimientos se realizaron de urgencia. La revascularización coronaria fue el procedimiento con mayor porcentaje con un 54,4 %. Las complicaciones postoperatorias más prevalentes fueron la fibrilación auricular y la prolongación de ventilación mecánica en el 20,4 %. La mortalidad perioperatoria se presentó en el 6,1 %. Con respecto al análisis bivariado relacionado con la infección por COVID-19 se encontró que estos pacientes presentaban mayor estancia hospitalaria y tenían mayor mortalidad con una $p < 0,05$.

Conclusiones: La cirugía cardíaca durante la primera oleada de la pandemia por COVID-19 se vio afectada al presentarse mayores complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias e incluso mayor mortalidad, debido al compromiso pulmonar o multisistémico que presentaban los pacientes con la infección.

03 - ID407

Serie de casos de neumoperitoneo espontáneo en pacientes con infección por SARS-CoV-2. ¿Manejo médico o manejo quirúrgico?

Nicolás Arredondo Mora; David Guillermo Gómez Garnica; Catalina Barco Castillo; Gustavo Adolfo Aguirre Bermúdez; Andrés Ricardo Falla Quiñones; Christian L. Torres

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
nicolasarredondom@hotmail.com

Introducción: El neumoperitoneo usualmente se considera una emergencia quirúrgica y solo en el 10 % de los casos es debido a una etiología que requiere manejo médico. La incidencia de neumoperitoneo secundario a COVID-19 es desconocida y se limita únicamente a reportes de

casos. Su diagnóstico es complejo y usualmente se da en pacientes bajo ventilación mecánica invasiva.

Métodos: Realizamos una revisión sistemática de la literatura y adicionalmente buscamos pacientes con neumoperitoneo e infección por SARS-CoV-2 desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2021 en la base de datos del Hospital Militar Central.

Resultados: Describimos las características demográficas y clínicas y los desenlaces de ocho pacientes reportados en la literatura y nuestra serie con seis casos. La mayoría de los pacientes eran hombres y bajo ventilación mecánica invasiva siendo factores de riesgo importantes. En la mayoría la sintomatología estuvo oculta por la sedación, otros pacientes fueron asintomáticos y solo un paciente presentó síntomas gastrointestinales leves. El neumoperitoneo se detectó entre los días 3 y 21 posterior al inicio de los síntomas del COVID-19 y en nuestra serie entre los días 3 al 28. En todos los casos se realizó el diagnóstico con una TAC de abdomen y todos los pacientes fueron manejados de forma expectante.

Conclusiones: El neumoperitoneo en COVID-19 es un hallazgo raro usualmente encontrado en el seguimiento de la patología pulmonar. Teniendo en cuenta que dicha infección aumenta notablemente la mortalidad quirúrgica, el manejo médico es casi obligatorio.

Cirugía general

03 - ID466

¿Cuándo los hemangiomas esplénicos se hacen quirúrgicos?

Laura Isabel Narváez Sierra; Fabio Andrés Morales Espinosa; William Hernando Salamanca Chaparro; Oscar Luis Padrón Pardo; Diana Milena Muñetones Buitrago; Cielo Milena Uscátegui Moreno; Laura Jimena Useche Pérez; Juan Pablo Ruiz Pineda
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
lauranarvaezsierra@gmail.com

Introducción: El hemangioma esplénico descrito por primera vez en 1861 por Rokkittansk, es el tumor benigno del bazo más común, sin embargo sigue siendo infrecuente. Menos de 100 casos han sido reportados en la literatura hasta

el momento. La primera resección se efectuó en 1895. Se encuentra en un 0.01 - 14% en autopsias. Su comportamiento es asintomático y se encuentra incidentalmente. Algunas manifestaciones clínicas que podemos encontrar son hipertensión portal, anemia, trombocitopenia y sangrado dado el secuestro de componentes sanguíneos.

Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 37 años con hallazgo incidental en resonancia magnética de una masa de 6 cm en polo superior del bazo sin compromiso de páncreas ni glándulas suprarrenales. Se considera posible hemangioma atípico vs. angiosarcoma por lo que se define realizar esplenectomía laparoscópica. Durante la cirugía se evidencia lesión esplénica en estrecha relación con cola del páncreas; por consiguiente se decide realizar pancreatectomía distal más esplenectomía radical. El reporte de patología concluye: hemangioma esplénico con 9 ganglios linfáticos negativos para malignidad.

Resultados: Es una entidad con un curso asintomático. Según la literatura y material académico podemos hacer seguimiento a hemangiomas menores a 4.5 cm. Una clara indicación quirúrgica es la ruptura esplénica la cual se puede predecir por el tamaño mayor a 4.5 cm y según su relación con estructuras adyacentes (vasculatura, páncreas, colon, pilar diafragmático izquierdo). Histológicamente se ha evidenciado un incremento vascular derivado de un tejido endotelial el cual tiende a tener mayor riesgo de sangrado, lo cual indicaría conducta resectiva. A través de este caso, describimos los criterios de indicación de esplenectomía en paciente con hemangiomas esplénicos

Conclusiones: A través de este caso, describimos los criterios de indicación de esplenectomía en paciente con hemangiomas esplénicos.

03 - ID833

Abordaje laparoscópico de paciente con lesión en curvatura mayor del estómago posterior a herida por arma blanca

Carlos Andrés López López; Camilo Alvarado Bedoya; Carolina Vargas Mora
Clínica FOSCAL Internacional, Floridablanca
calvarado380@unab.edu.co

Introducción: La herida abdominal por arma blanca supone aproximadamente el 7 % de los traumatismos abdominales en nuestro medio. Por tanto, el abordaje laparoscópico se considera en pacientes con traumatismo abdominal, en casos de que el paciente tenga estabilidad hemodinámica. Adicionalmente, la elaboración de la laparoscopia y el manejo del paciente politraumatizado debe ser realizada por cirujanos con gran experiencia.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 18 años quien ingresó con herida por arma cortopunzante en región epigástrica. No presentó inestabilidad hemodinámica y se le realizó ECOFAST el cual dio negativo. La conducta que se tomó para el paciente fue dejarlo en observación, aún así el dolor del paciente abdominal progresó y género signos de irritación peritoneal y en el TAC se encontró neumoperitoneo, por tanto se decide llevar al paciente a laparoscopia diagnóstica. En el momento de la intervención se observa una lesión en la curvatura mayor del estómago, se decide realizar rafia de la lesión y lavado peritoneal. Adicionalmente, se le colocó un dren de Blake serohemático. Finalmente, el paciente demostró una adecuada evolución y a los dos días se le dio de alta hospitalaria sin ninguna complicación.

Resultados: Al paciente se le da alta temprana por resultado adecuado en intervención mínimamente invasiva posterior a trauma que no generó inestabilidad hemodinámica. Rafia sin fístula con drenaje serohemático por dren de Blake y adecuada tolerancia a vía oral.

Conclusiones: Pacientes con trauma abdominal sin inestabilidad hemodinámica pueden ser candidatos a procedimientos mínimamente invasivos para diagnóstico y tratamiento de heridas en cavidad abdominal.

03 - ID686

Absceso hepático tras ingesta de espina de pescado: manejo por vía mínimamente invasiva. Reporte de caso

Brayan Andrés Buitrago Maldonado; Darwin Daniel Pérez; Anyelia Penagos Penagos; Santiago Castaño Castellanos

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá,

D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
andres513j@gmail.com

Introducción: Los abscesos hepáticos son cavidades supurativas que se forman en el parénquima hepático. Por lo general ocurren secundario a infecciones parasitarias o bacterianas del tracto gastrointestinal o intraabdominales. Requieren de drenaje y antibioterapia como control del foco y desde hace algunos años no requieren de cirugía salvo casos especiales.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente que consulta a urgencias por dolor abdominal inespecífico de varios días de evolución, fiebre y síntomas generales. Con tomografía que evidencia lesión hepática (absceso) con imagen radiopaca en su interior que sugiere cuerpo extraño. Se indaga por ingesta de cuerpos extraños o alimentos con espinas, encontrando ingesta de pescado 15 días previos al ingreso hospitalario.

Resultados: Se realiza laparoscopia evidenciando un proceso inflamatorio y adherencial entre la curvatura menor del estómago y el segmento III hepático, el cual se libera obteniendo drenaje de material purulento a través de la lesión hepática y de allí se extrae una espina de hueso de aproximadamente 1,5 cm de longitud y 1,5 mm de diámetro. Se realiza inspección del estómago sin evidenciar perforación o sangrado. La paciente evoluciona satisfactoriamente tras 48 horas de manejo intrahospitalario postoperatorio con antibiótico endovenoso y se da alta médica.

Conclusiones: Las espinas de pescado son una causa infrecuente de absceso hepático. Sin embargo, han sido descritos por contigüidad del estómago y duodeno con el hígado. El abordaje por vía laparoscópica para drenaje y retiro del material extraño ofrece los beneficios propios del manejo mínimamente invasivo y permite evaluar la integridad macroscópica de la pared gástrica en estos casos.

03 - ID453

Adenomiomatosis de la vesícula biliar. A propósito de un caso

Arleyson Daniel Pérez Zambrano

Hospital San Rafael de Itagüí
adpz85@hotmail.com

Introducción: Paciente femenina de 42 años, quien ingresa al servicio de cirugía general por presentar dolor abdominal de 4 días de evolución, localizado en hipocondrio derecho, persistente, sin otros síntomas. Aporta ecografía abdominal total (extrahospitalaria) que reporta: vesícula biliar parcialmente distendida, con engrosamiento difuso de la pared, con artefactos ecogénicos en cola de cometa por adenomiosomatosis. No se observan cálculos ni cambios inflamatorios.

Métodos: Al examen físico con dolor localizado en hipocondrio derecho, signo de Murphy negativo. Durante la hospitalización se realizan laboratorios los cuales reportan normales. Se indica nueva ecografía abdominal: Vesícula biliar distendida de paredes discretamente engrosadas, con calcificaciones segmentarias en la pared, que deja artefactos, la pared presenta un grosor de 3,5 mm, el diámetro de la vesícula mide 30 mm, no hay cálculos ni imágenes patológicas en su interior. Debido a la falta de disponibilidad de resonancia magnética, se realiza TAC de abdomen contrastado el cual reveló una vesícula de paredes engrosadas y pequeñas imágenes ligeramente hiperdensas en su interior, no se descarta colecistitis aguda y coledocitis.

Resultados: Por la persistencia de los síntomas se decide programar para colecistectomía por laparoscopia.

Conclusiones: El hallazgo patológico final reportó una vesícula biliar tapizada por epitelio columnar sin atipias. En la lámina propia hay infiltrado linfoplasmocitario que se extiende por toda la pared. En la capa muscular hay senos de Rokitansky-Aschoff y en la serosa se encuentran vasos sanguíneos de paredes engrosadas y filetes nerviosos prominentes. Muestra negativa para malignidad. Diagnóstico: colecistitis crónica.

03 - ID770

Aganglionosis intestinal en paciente adulta con insuficiencia motora de origen cerebral: a propósito de un caso

Jhordan Guzmán Cortes; Laura Valentina Hernández Rojas; Santiago Triana Reyes; Carlos Mario Valero Ramírez; Natalia Álvarez Peñaloza

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.

jhordanguzman4@gmail.com

Introducción: La aganglionosis intestinal es una patología subsecuente a la ausencia congénita de células ganglionares en el tubo digestivo distal por una alteración en la cresta neural. Tiene una incidencia de 3:5000 nacidos vivos; sin embargo, en edad adulta su diagnóstico es infrecuente.

Métodos: Recolectamos información de historia clínica con apoyo de imágenes diagnósticas y descripción quirúrgica e histopatológica del HUCSR, con consentimiento informado diligenciado por responsables de la paciente. Se trata de una paciente femenina de 31 años con antecedente de parálisis cerebral espástica secundaria a hipoxia neonatal con secuelas neurológicas severas y dependencia funcional total, con estreñimiento crónico de difícil tratamiento y múltiples episodios de obstrucción intestinal con manejo conservador con posterior requerimiento de gastrostomía por incoordinación deglutoria.

Resultados: Ingresó a urgencias por distensión y dolor abdominal con ausencia de deposiciones, hallazgos imagenológicos de asas colónicas dilatadas en segmentos ascendente y transversal, y aparente torsión de vasos mesentéricos, documentándose vólvulo del sigmoide. Fue efectuada devolvulación colonoscópica sin complicaciones. Persiste con sintomatología abdominal por lo que se llevó a procedimiento quirúrgico, planteando inicialmente sigmoidectomía, siendo necesario ampliar a colectomía total e ileostomía por dilatación en mayor parte del colon, sin evidenciarse compromiso isquémico, perforaciones u obstrucción mecánica. Adicionalmente, reporte de patología con ausencia de células ganglionares con inmunohistoquímica, confirmando diagnóstico descrito.

Conclusiones: Presentamos un caso inusual de una patología infrecuente en adultos, que culminó con una gran intervención quirúrgica, con pocos reportes en la literatura, y ninguno con antecedente

neurrológico en Colombia, suponiendo un reto, con fin diagnóstico y de tratamiento temprano.

03 - ID641

Aneurisma gigante de arteria poplítea crónicamente roto. Reporte de un caso

Sandra Milena Ruiz Gómez; César Camilo Medina Suárez; Camilo Andrés Bautista Vacca; Paula Camila Flórez Amaya; José Gabriel Rodríguez Narváz; Alejandra Catalina Gómez Franco; Felipe Antonio Pulido Reyes

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
mileruiz15@hotmail.com

Introducción: El aneurisma de la arteria poplítea es una dilatación focal superior al 50 % del diámetro normal del vaso (diámetro normal de 0,7 a 1,1 cm) y representan el 85 % de todos los aneurismas periféricos.

Métodos: Se describe el caso de una mujer raizal de 69 años de edad sin antecedentes de importancia, con sintomatología de un mes de evolución de edema progresivo de miembro inferior derecho asociado a síndrome anémico. En lugar de remisión realizan doppler venoso que reporta trombosis venosa a nivel poplíteo y masa quística indeterminada. Al ingreso a la institución se realizó angioTAC de miembro inferior derecho que documenta gran dilatación aneurismática de la arteria poplítea perforado con trombosis del 70 %. Es llevada a exploración quirúrgica evidenciando gran aneurisma de arteria poplítea roto con lisis de la pared en todas sus porciones generando masa con efecto compresivo a nivel del hueco poplíteo de 25 cm de diámetro con contenido aproximado de 3500 cc de material hemático coagulado y fresco y sangrado activo de primera porción de arteria poplítea, se realizó endoaneurismografía y ecografía doppler arterial intraoperatoria evidenciando flujo bifásico por arteria tibial anterior y posterior distal a través de colaterales. Durante el intraoperatorio requirió transfusión de hemoderivados y fue trasladada a unidad de cuidados intensivos para vigilancia presentando una adecuada evolución postoperatoria y recuperación funcional de la extremidad.

Resultados: Se decide presentar este caso dada la baja incidencia de dicha patología, la presentación inusual y la exitosa recuperación funcional de la extremidad.

Conclusiones: El aneurisma de arteria poplítea es una patología de baja incidencia, presentación inusual y, de acuerdo al correcto diagnóstico y manejo, se verá reflejado en la exitosa recuperación funcional de la extremidad.

03 - ID391

Angiomixoma agresivo en hernia inguinal derecha. Reporte de caso

Rafael Eduardo Arraut Gámez; Laura Victoria Valencia Zapata; Jesús David Gómez Barrios; Alex Javier Melo Lara; Julián Andrés Loaiza; Andrés Felipe Polanía Álvarez

Hospital General de Barranquilla; Universidad Libre - seccional Barranquilla; Universidad Cooperativa de Colombia.
reag14@hotmail.com

Introducción: El término angiomixoma agresivo se utiliza para definir una neoplasia mixoide de morfología, característica y crecimiento lento, que se localiza principalmente en la región genital, perineal y pélvica. A pesar de su aspecto histológico benigno, muestra tendencia a la recidiva local. Sin embargo, en general, estas recidivas se pueden tratar con éxito quirúrgicamente y es raro que aparezca más de una. Por ese motivo, se prefiere el nombre Angiomixoma profundo. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil, con un pico de incidencia en la tercera década de la vida. La relación mujer/hombre es superior a 6:1. Este tumor en la actualidad se describe más frecuentemente en la región inguinal, a lo largo del cordón espermático o en el escroto de los hombres.

Métodos: Paciente masculino adulto, con evidencia de masa localizada en región inguinal derecha de larga data, asintomático con crecimiento progresivo lento, e irreducible.

Se programa hernioplastia inguinal, evidenciando lesión de aspecto benigno, multilobulada, pétrea de 8 x 5 cm, adherida a planos profundo con extensión a cremáster, la cual se reseca en su

totalidad. Se repara hernia inguinal Nyhus IIIB técnica de Liechtenstein, de manera satisfactoria.

Resultados: Corrección quirúrgica exitosa de ambas patologías, sin evidencia de recidiva.

Conclusiones: El Angiomixoma profundo tiende a recidivar entre el 10 - 36 %, hasta 14 años de seguimiento postquirúrgico. El tamaño o la celularidad no guardan relación como factor de riesgo y dado que estos tumores tienen márgenes infiltrantes generalmente resulta difícil una extirpación completa, y esto explica la recaída local.

03 - ID975

Apendagitis epiploica primaria que simula apendicitis del muñón apendicular en paciente apendicetomizado previamente

Pablo Salomón Montes Arcon; Faruk Hernández Sampayo

Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
pmontesarcon@gmail.com

Introducción: El dolor abdominal se constituye como uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, su adecuado abordaje diagnóstico determina el tratamiento (médico o quirúrgico) a elegir por parte del médico a cargo del caso, si se considera la causa subyacente de la sintomatología que presenta el paciente.

Métodos: Paciente masculino en la quinta década de la vida, con antecedente quirúrgico de apendicetomía en 2019, el cual consulta por cuadro clínico de dolor abdominal intenso de localización en fosa ilíaca derecha. En el examen físico fue llamativa la presencia de signos de irritación peritoneal, por lo cual se solicitaron estudios serológicos que se encontraron dentro de parámetros normales, además de una tomografía computada de abdomen que revelo trabeculación de grasa pericecal.

Resultados: El paciente persiste sintomático pese al manejo analgésico óptimo, por lo que es llevado a exploración vía abierta de la cavidad abdominal, con hallazgo intraoperatorio de apendagitis aguda, el muñón apendicular se encontró indemne.

Conclusiones: A pesar de ser una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico la apendagitis aguda siempre debe ser un diagnóstico a considerar por parte de los médicos de urgencias y los cirujanos. El disponer de estudios de imagen que permitan una adecuada caracterización del cuadro clínico va a ser fundamental para el manejo de los pacientes, más si se tiene en cuenta toda la variedad de entidades que se presentan en la cavidad abdominal.

03 - ID999

Apendicitis aguda en un paciente con situs inversus: Importancia del manejo laparoscópico. Reporte de caso

Esteban Isaza Gómez; Sandra Milena Sepúlveda Bastilla; Yuliana López Ramírez
Hospital San Rafael de Itagüí
estebanisazagomez@gmail.com

Introducción: La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, teniendo un algoritmo diagnóstico claro a nivel mundial. Sin embargo, existen condiciones como la malrotación intestinal y el situs inversus que pueden llevar a manifestaciones inusuales con diagnóstico y tratamiento tardío. En estos casos el abordaje laparoscópico es una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Presentamos un caso de un paciente masculino de 31 años, con antecedente de situs inversus totalis, con cuadro de dolor abdominal migratorio a fosa ilíaca izquierda, presencia de signos de irritación peritoneal y leucocitosis leve con neutrofilia. Se realiza un abordaje laparoscópico con 3 puertos evidenciando un situs inversus y apendicitis aguda fibrinopurulenta del lado izquierdo, realizándose la apendicetomía laparoscópica sin complicaciones.

Resultados: Las manifestaciones atípicas de la apendicitis aguda pueden llevar a diagnóstico y tratamiento tardío, lo que aumenta la morbimortalidad. Las posiciones atípicas del apéndice como en la malrotación intestinal y el situs inversus, son patologías de presentación inusual (incidencia 1 en 10.000), y la apendicitis aguda en ellos se presenta en el 0,016 % - 0,024 %

de la población. El abordaje laparoscópico es una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con manifestaciones inusuales de apendicitis aguda o con sospecha preoperatoria de posición anómala del apéndice.

Conclusiones: La apendicitis aguda en pacientes con situs inversus es una patología extremadamente rara y es causa de diagnóstico y tratamiento tardío. El abordaje laparoscópico es una herramienta útil y segura para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

03 - ID1026

Caracterización del dolor abdominal en mujeres en edad reproductiva

Laura Cristina Arce Polanía; Álvaro Javier Bayona Daza; Juliana María Ordóñez Mosquera
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
lauraarcepolania29@gmail.com

Introducción: El dolor abdominal agudo es uno de los motivos más frecuentes de consulta al

servicio de urgencias de cualquier hospital tanto en hombres como mujeres, siendo la apendicitis aguda una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes con un riesgo de por vida reportado del 7 a 8 %. No obstante, en la mujer, la patología ginecológica es uno de los diagnósticos diferenciales que representa en ocasiones un reto diagnóstico para el personal de salud por lo cual nos apoyamos en escalas predictoras de apendicitis aguda. El objetivo del estudio es aplicar las tres escalas existentes en la actualidad para la evaluación de apendicitis en la población de estudio (Alvarado, Ripasa, AIRS) y comparar con el desenlace quirúrgico y el diagnóstico definitivo histopatológico (gold standard).

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo observacional a través de la revisión de historias clínicas de 252 pacientes femeninas entre los 18 y 45 años, que ingresaron al servicio de urgencias por dolor abdominal y se aplican las escalas predictoras de apendicitis aguda.

Resultados: El análisis estadístico de las diferentes escalas arroja los siguientes resultados: AIR con una ROC 0,7169, IC95%: 0,5933-0,840; Alvarado 0,8208 IC95%: 0,7233-0,9182; y RIPASA

0,736 IC95%: 0,6141-0,859. La asociación es positiva entre el resultado de las escalas de riesgo y la presencia de apendicitis; sin embargo, no es estadísticamente significativa.

Conclusiones: Las mujeres en edad fértil representan un reto diagnóstico. La multiplicidad en diagnósticos diferenciales se hace esencial. Los índices predictores aumentan la probabilidad diagnóstica de apendicitis aguda.

03 - ID797

Cirugía de Puestow como alternativa de manejo quirúrgico temprano en paciente con pancreatitis crónica por estenosis del Wirsung

Jorge Andrés Urrutia Gómez; Juan José Rincón Ramírez; Rubén Ernesto Caycedo Beltrán
Hospital Universitario Nacional, Bogotá, D.C.;
Universidad Nacional de Colombia
jurrutiag@unal.edu.co

Introducción: La pancreatitis crónica es una entidad que se caracteriza por fibrosis progresiva e irreversible del páncreas, con dolor abdominal crónico como principal síntoma, con grados variables de insuficiencia pancreática.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 21 años con pancreatitis post CPRE con uso de stent pancreático y recurrencia secundaria a estenosis del conducto pancreático a nivel del istmo, con dilatación retrógrada. Múltiples intentos de manejo endoscópico fallido, llevada a pancreaticoyeyunostomía latero-lateral en Y de Roux, como alternativa de manejo quirúrgico temprano tras 8 meses del primer evento.

Resultados: El manejo quirúrgico de la pancreatitis crónica ha demostrado en diversos estudios resultados superiores en tasas de resolución de dolor respecto al manejo endoscópico, principalmente cuando se realiza de forma temprana. En el caso presentado, se presentó de manera inusual una estenosis del Wirsung con dilatación del conducto retrógrada, y se realizó una pancreaticoyeyunostomía lateral vía abierta (procedimiento de Puestow). Como hallazgo especial, en la cirugía se observó la cabeza del páncreas de consistencia blanda y normal, con cambios en cuerpo y cola de atrofia y aumento

de la consistencia. No se requirió vigilancia postoperatoria en UCI, no se presentó fistula pancreática y evolucionó adecuadamente.

Conclusiones: El manejo quirúrgico temprano de la pancreatitis crónica es una alternativa viable y se espera que reduzca el riesgo del daño irreversible del parénquima pancreático, especialmente en esta paciente joven que se presenta.

03 - ID489

Colección intrahepática de líquido cefalorraquídeo: complicación por migración de catéter de derivación ventrículo-peritoneal

Diego Fernando Salcedo Miranda; José Tomás Moore Cañadas; Ivette Sarai González Dorado; Nicolás Daniel Sánchez Hernández

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
dsalcedo_ub@hotmail.com

Introducción: Las válvulas de derivación ventrículo-peritoneal (DVP) son el tratamiento de elección para la hidrocefalia, y aunque poco frecuentes pueden tener gran variedad de complicaciones. Este caso presenta una complicación poco frecuente de dicho procedimiento.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 85 años que consulta por dolor en hipocondrio derecho, cefalea, somnolencia y focalización derecha, con antecedente de derivación ventrículo-peritoneal desde la infancia. Se documenta la presencia del catéter penetrando la cápsula de Glisson hacia el lóbulo derecho con extremo dentro del parénquima hepático y una colección homogénea de 101 x 68 mm. La paciente es hospitalizada para extracción del cuerpo extraño y drenaje de la colección por vía laparoscópica. El procedimiento es realizado sin complicaciones, el catéter es recuperado y colocado en su ubicación usual en la cavidad peritoneal.

Resultados: La migración intrahepática de los catéteres para DVP es una complicación excepcional, con pocos casos reportados. Se puede manifestar con dolor abdominal y elevación de enzimas pancreáticas según crece el pseudoquistes, en relación con síntomas neurológicos debido

a la disfunción del catéter. Se considera que la condición se debe a una reacción a cuerpo extraño; se puede asociar al hallazgo de fibrosis en el catéter distal y en el sitio de entrada al tejido hepático. El abordaje laparoscópico para reposición y drenaje de la colección es la mejor alternativa de manejo.

Conclusiones: La migración de las derivaciones ventrículo-peritoneales al parénquima hepático son una complicación poco frecuente. Es importante considerarla y realizar un abordaje adecuado para su tratamiento.

03 - ID905

Colecistectomía laparoscópica por colelitiasis escleroatrófica en paciente con situs inversus totalis

Isabela Rebellón; Kevin Montoya Quintero; Heber Armando Cardona

Universidad de Caldas, Manizales
isarebellonm@gmail.com

Introducción: El situs inversus (SI) es una rara condición genética, con una incidencia de 1/20.000 nacidos vivos. Consiste en una transposición de órganos torácicos y abdominales con respecto al plano sagital. Puede ser parcial o total: la primera involucra una sola cavidad, ya sea torácica o abdominal, o un grupo de dos o más órganos, y la segunda incluye ambas cavidades. Por ende, esta condición hace mandatoria la modificación de la técnica quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica (CL).

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 37 años con SI con colelitiasis y vesícula escleroatrófica llevado a CL de forma electiva sin complicaciones.

Resultados: Los hallazgos intraoperatorios fueron una vesícula de paredes engrosadas escleroatróficas, intrahepática con múltiples cálculos en su interior. Una de las dificultades fue un conducto cístico corto que requirió una disección cuidadosa logrando una adecuada visión de seguridad. Además, se trató de una vesícula intrahepática escleroatrófica que dificultó la disección del lecho hepático y fue necesario una buena hemostasia con ayuda de mecha vaginal. Se

realizó CL convencional con sangrado escaso sin complicaciones. La evolución en el intraoperatorio y luego en el posoperatorio inmediato y mediato fue satisfactoria. Fue dado de alta al día siguiente.

Conclusiones: La colelitiasis en pacientes con SI genera un reto diagnóstico y terapéutico en tanto que demanda un mayor cuidado y destreza quirúrgica. Sin embargo, la CL es un procedimiento seguro que es posible realizar con éxito pero requiere una modificación en las conductas intraoperatorias.

03 - ID567

Colecistitis y absceso hepático secundario a ingesta de cuerpo extraño

Sergio Luis Jaramillo Escobar; Geraldine Victoria Ruiz Niño; Juan Carlos Serna Rentería; Andrés Gutiérrez Jiménez

Universidad de Antioquia; Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín
sergiolje@gmail.com

Introducción: La ingesta accidental de cuerpos extraños es relativamente frecuente. En la mayoría de los casos pasan sin dificultad el tracto gastrointestinal, sin embargo cerca del 1 % puede tener una perforación intestinal asociada. La formación de un absceso hepático por este motivo es inusual y menos frecuente que por contigüidad exista inflamación vesicular.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 55 años sin antecedentes. Consultó por 15 días de dolor en hipocondrio derecho, náuseas y emesis. Ingresó con taquicardia, dolor a la palpación de hipocondrio derecho sin irritación peritoneal y elevación de reactantes de fase aguda. Mediante tomografía de abdomen se documenta vesícula con paredes engrosadas y absceso hepático del segmento V con cuerpo extraño en su interior de características compatibles con espina de pescado. Se realizó esofagogastroduodenoscopia sin hallazgo de lesiones evidentes. Se decide abordaje laparoscópico; ante signos de colecistitis se realiza colecistectomía. Durante la disección del lecho hepático se encuentra el cuerpo extraño y se extrae. Procedimiento sin complicaciones y

adecuada evolución postoperatoria.

Resultados: La paciente tuvo buena evolución clínica, sin respuesta inflamatoria sistémica y resolución de los síntomas. Se logró dar el alta al tercer día postoperatorio y no ha presentado nuevas manifestaciones asociadas desde el egreso.

Conclusiones: Los cuerpos extraños ingeridos pueden perforar el tracto gastrointestinal y en casos excepcionales penetrar el parénquima hepático formando abscesos e inflamación vesicular por contigüidad. El abordaje laparoscópico ofrece una solución segura y definitiva en estos casos.

03 - ID834

Colitis amebiana necrosante complicada por absceso hepático gigante

Alberto Federico García Marín; Cesar Stiven Torres Morón; Helber Fabián Pérez Imbachi; Isabella Caicedo Holguín

Fundación Valle del Lili, Cali; Universidad Icesi; Universidad del Valle
alberto.garcia@correounivalle.edu.co

Introducción: La obstrucción y perforación intestinal por *E. histolytica* se presenta hasta en el 9,1 % de los casos, con altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas, que se elevan hasta el 89 % en algunos casos. Los casos en los que hay una perforación intestinal concomitante a un absceso hepático son aún más raros.

Métodos: Se analiza el caso de un paciente masculino de 64 años, hipertenso, con antecedente de laparotomía exploratoria por trauma, quien consulta por cuadro clínico de diarrea y dolor abdominal de 20 días de evolución que se agudiza por lo cual consulta. Al examen físico con SIRS y abdomen agudo, por lo cual es llevado a laparotomía de urgencia. Se documenta perforación, necrosis intestinal y se realiza una hemicolectomía derecha de control de daños. Con colonoscopia adicional que diagnostica colitis amebiana y se realizó manejo intraluminal con nitazoxanida. En segundo tiempo quirúrgico se realiza ileostomía y cierre de cavidad abdominal. Posteriormente, presentó persistencia de deterioro clínico, por lo que se toma TAC de abdomen que evidenció un gran

absceso hepático, el cual se drena vía laparotomía más empaquetamiento del lecho hepático. En la patología se identifica infección por *Entamoeba histolytica*.

Resultados: Posterior al procedimiento presenta mejoría significativa y es dado de alta a los 35 días. En la consulta de seguimiento a los 20 días presentó buena evolución y es programado para cierre de la ileostomía de manera ambulatoria.

Conclusiones: La colitis amebiana necrosante es una forma rara de amebiasis que se asocia con una alta morbilidad y mortalidad. La baja frecuencia de casos de infección por *E. histolytica* con obstrucción, perforación intestinal y absceso hepático concomitante, lo hace un desafío quirúrgico. Una estrategia de control de daños es una alternativa a considerar si el paciente está crítico.

03 - ID903

Colocación de dispositivos de acceso vascular implantable: técnica quirúrgica asistida por electrocardiografía

Nicolás Felipe Camargo Castillo; Arnold José Barrios Parra; Laura Isabel Narváez Sierra; Jorge Isaac Vargas Rodríguez

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.; Clínica Reina Sofía

nicolas.camargo.2896@gmail.com

Introducción: Los dispositivos de acceso vascular implantables (TIVADs) son instrumentos que permiten la administración de medicamentos que por sus características, duración y/o volumen, no pueden ser aplicados por vías periféricas, y que a su vez, permiten al paciente mejorar la calidad de vida durante el curso de un tratamiento antibiótico, quimioterapéutico o el uso de nutrición parenteral, crónicos, permanentes o intermitentes.

Métodos: Con el incremento del implante de catéteres, han surgido un número importante de complicaciones que se correlacionan con la indicación, técnica de posicionamiento y forma de uso de los TIVADs. En relación con el posicionamiento se hace relevante la vía, técnica y posición de la punta, dado que cuando esta se

encuentra muy proximal a su zona ideal, el retorno de la sangre predispone a la formación de trombos por corrosión y daño de la pared de la vena. Por otro lado, si es muy distal se asocia a arritmia, lesión valvular, endocarditis, trombosis o incluso perforación del miocardio.

Resultados: La implantación de los TIVADs puede ser llevada a cabo mediante guía ecográfica y localización electrocardiográfica de la punta sin presentar aumento en los costos, en los tiempos quirúrgicos y con un alto perfil de seguridad. El ECG, aunque es el que menos requisitos demanda, tiene limitaciones por los factores que pueden generar interferencia y confusión, tales como arritmias y variabilidad por la respiración.

Conclusiones: Presentamos la colocación de dispositivos de acceso vascular implantable bajo técnica quirúrgica asistida por electrocardiografía y ecografía, logrando realizar un procedimiento seguro y sin incremento de costos.

03 - ID984

Complicaciones asociadas al uso de malla retro muscular

Alfonso Cruz; Carolina Padua; Laura Peña González; Anny Cárdenas; Jenifer Andrea Cagua Colmenares

Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, D.C.; Universidad de La Sabana; Pontificia Universidad Javeriana; Fundación Universitaria Sanitas

cxsamaria@gmail.com

Introducción: Recientemente la eventroplastia abdominal es uno de los procedimientos que ha adquirido auge por el aumento en la frecuencia de su realización y la complejidad de las hernias abdominales, cada vez más frecuente. Se ha explorado el uso de la prótesis sintética y su localización en la pared abdominal con el riesgo de recidiva. La relación con los diferentes componentes de la pared abdominal podría dilucidar las posibles complicaciones; sin embargo, aún se desconoce las complicaciones a largo plazo del uso de mallas no absorbibles y su manejo definitivo.

Métodos: Se presenta el caso de dos pacientes con antecedente de hace más de 20 años, de eventroplastia con malla de polipropileno de

localización retro muscular. Ambos pacientes remitidos a grupo de pared abdominal, por presencia complicaciones asociadas con la colocación de la malla.

Resultados: El primer caso, con imágenes y posteriormente hallazgo intra operatorio y migración de la prótesis con lesión del peritoneo y exposición prolongada a cavidad abdominal, presentando integración de la malla a un asa intestinal delgada, que requirió resección y anastomosis. El segundo caso, remitido a la consulta por sospecha de fistula intestinal secundaria a exposición de la malla. Fue llevado a exploración quirúrgica, evidenciando la prótesis plegada y no integrada a la pared abdominal, con un cuadro de reacción a cuerpo extraño de larga data, sin compromiso intestinal.

Conclusiones: En ambos casos se presume reacción a la prótesis y lesión de los componentes de la pared, como factores de riesgo para exposición de la malla.

03 - ID722

Comportamiento de curvas de aprendizaje en residencias quirúrgicas de una Facultad de Medicina y factores que influyen en la adquisición de la habilidad

Felipe Zapata Uribe; Sebastián Sierra Sierra; Michael Stiven Ferraro Yali; José Bareño Silva
Universidad CES, Medellín
pipe.zu77@gmail.com

Introducción: En 2020 presentamos la experiencia en 5 ejercicios de FLS con 5 residentes de cirugía general. Ahora, ampliamos la muestra a 4 especialidades y buscamos diferencias entre ellas.

Métodos: Se evaluaron los progresos de residentes de cuatro especialidades quirúrgicas de la Universidad CES de manera prospectiva y comparativa, utilizando 30 repeticiones para 5 tareas descritas por el FLS, entre junio 2021 a mayo 2022. Se midió el tiempo de cada una de las tareas, analizando los resultados para detectar el número de procedimientos en los que se logra aplanar el porcentaje de aprendizaje, así como el tiempo promedio de desempeño. Se compararon entre las

residencias, entre los residentes y se analizaron algunas variables. Se utilizó paquete libre Jamovi.

Resultados: Se evaluaron 14 residentes de primer año, divididos en 3 grupos. Todos estuvieron por encima del 70 % de la curva de aprendizaje. El tiempo promedio general en segundos fue: 171 (DE: 39) transferencia, 189,7 (DE: 40,6) corte, 72,5 (DE: 22,7) ligadura, 204,5 (DE: 60,1) nudo extracorpóreo y 273,5 (DE: 87) nudo Intracorpóreo. Entre los grupos de residencias hubo diferencia significativa con una $p < 0.001$, siendo los principales factores la continuidad de las prácticas y la carga académica.

Conclusiones: Después de 30 ejercicios, los residentes aplanan la curva de aprendizaje por encima del 70 %. La falta de continuidad de la práctica y la carga asistencial afecta su desempeño.

03 - ID956

Consecuencias del diagnóstico tardío del trauma esplénico: revisión de caso

Jesús José Dueñas Orejuela; Carolina María Rodríguez Vargas; Diego Fernando Veloza Pachón; Jorge David Prieto Delgado

Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.;
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
jtduormd@gmail.com

Introducción: El trauma toracoabdominal es una patología frecuente en nuestro medio. Por tanto el abordaje inicial desde el servicio de urgencias hace que el manejo oportuno marque la pauta de evolución del paciente.

Métodos: Se describe el caso clínico de un paciente masculino de 72 años, quien ingresa remitido directamente a UCI institucional, con aparente diagnóstico de SCASST, con manejo anti isquémico inicial. Al reinterrogatorio en el servicio de UCI evidencia dolor posterior a trauma cerrado por caída desde bicicleta, con deterioro clínico agudo por lo que solicitan angioTAC de tórax y abdomen y valoración por nuestro servicio. Se valora paciente con abdomen agudo, se revisan imágenes con hemotórax izquierdo y trauma esplénico grado V, por lo que se pasa a toracostomía cerrada y laparotomía de urgencia.

Resultados: Como hallazgo intraoperatorio, se evidencia hemotórax de 1100 ml, por lo que se realiza toracotomía anterolateral izquierda, con laceración pulmonar de lóbulo inferior la cual se rafió sin complicaciones. Como hallazgo en laparotomía se encontró disrupción completa del bazo con compromiso del hilio por lo que se hizo esplenectomía, revisión sistemática de cavidad, limpieza y cierre de pared abdominal.

Conclusiones: El abordaje inicial del trauma tiene que ser óptimo, por que el impacto del retraso o el diagnóstico equivoco del mismo, se asocia a alta morbimortalidad.

03 - ID1024

Consecuencias inesperadas de no operar una hernia inguinal

Jenifer Andrea Cagua Colmenares; William Hernando Salamanca Chaparro; Catalina Castañeda Motta
Hospital de La Samaritana, Bogotá, D.C.
jenifer.cagua201@gmail.com

Introducción: La hernia inguinal es una patología frecuente cuyo manejo definitivo es la cirugía. Su prevalencia aumenta con la edad y las complicaciones incluyen perforación, sepsis y muerte con porcentajes de presentación variables en la literatura disponible. Sin embargo, se describe el compromiso intestinal del borde antimesentérico (hernia de Richter) como causa de perforación espontánea con comunicación enterocutánea.

Métodos: Paciente femenina de 91 años, con dolor inguinal de 2 días de evolución, asociado a signos inflamatorios locales y masa no reductible que posteriormente presenta perforación espontánea a piel con salida de abundante materia fecal por este defecto. Se realizó laparotomía exploratoria, con hallazgos de hernia inguinal derecha con perforación de borde antimesentérico de íleon distal a 3 cm de la válvula y ciego que se comunican con defecto de 4 por 5 cm en piel de región inguinal y cambios cutáneos dados por bordes necróticos laterales y edema generalizado. Se realiza hemicolectomía derecha e ileostomía con herniorrafia inguinal ipsilateral con tensión.

Resultados: La fístula enterocutánea secundaria

a hernia inguinal encarcerada es una complicación poco frecuente, de la que no se tiene reportada incidencia en la literatura actual.

Conclusiones: No obstante, aunque sea un hallazgo atípico se considera de interés como punto de partida para concientizar de la importancia de evitar desenlaces poco favorables por medio de resolución programada de las hernias inguinales y de los abordajes quirúrgicos descritos.

03 - ID692

Coristoma pancreático como causa de intususcepción y sangrado gastrointestinal

Valentina Patiño Pérez; Hanier Hernán Agudelo Ledezma; Alexei Bernardo Rojas Díaz
Universidad del Cauca; Hospital Universitario San José, Popayán
valentinapp@unicauca.edu.co

Introducción: La intususcepción es el deslizamiento de un segmento intestinal hacia dentro de uno adyacente, provocando obstrucción, inflamación e isquemia. En adultos representa el 5 % de los casos de invaginación y supone el 1-5 % de las obstrucciones intestinales, usualmente son secundarias a la presencia de lesiones intraluminales (benignas o malignas) o iatrogénicas.

Métodos: Paciente masculino de 39 años, con antecedente de gastritis crónica, presenta 3 meses de dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo, intermitente, que aumentó en intensidad, asociado a melenas y rectorragia. Al examen físico estable hemodinámicamente, leve dolor a la palpación en cuadrante superior izquierdo, sin irritación peritoneal y con tacto rectal positivo para melenas. En paraclínicos de ingreso sin respuesta inflamatoria y hemoglobina normal, endoscopia de vías digestivas altas y colonoscopia sin hallazgos anormales; por persistencia del dolor abdominal se solicitó ecografía hepatobiliar que evidenció signo de diana compatible con intususcepción, confirmada por tomografía abdominal.

Resultados: El paciente fue llevado a laparoscopia donde encontraron en íleon proximal, invaginación intestinal con sensación de masa intraluminal, se realizó resección de segmento

y anastomosis latero-lateral. La biopsia reportó lipoma submucoso con foco de páncreas ectópico.

Conclusiones: Las invaginaciones intestinales en adultos son infrecuentes y menos probables con tejido pancreático ectópico; este último con incidencia de 0,2 % en series de laparotomías y del 0,5-3,7 % en autopsias. La mayoría son asintomáticos, pero en ocasiones puede presentarse con dolor abdominal, vómito y hemorragias gastrointestinales. Sin embargo la obstrucción o la invaginación es extremadamente rara.

03 - ID1027

¿Cuándo se requiere esplenectomía con fines diagnósticos?

Laura Isabel Narváez Sierra; William Hernando Salamanca Chaparro; Oscar Luis Padrón Pardo; Cristian Camilo Páez Cancelado; Isabel Cristina Brito Rojas

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
lauranarvaezsierra@hotmail.com

Introducción: La esplenectomía con fines diagnósticos puede ser llevada a cabo en casos específicos como anemias hemolíticas hereditarias, citopenias autoinmunes o esplenomegalia sintomática. El uso de la esplenectomía como enfoque diagnóstico rara vez se ha descrito, ya que rara vez se realiza. Según la literatura la esplenectomía ha sido útil incluso hasta en un 95 % de los casos, lo que llevó a un diagnóstico, principalmente de neoplasias malignas de células B.

Métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente con esplenomegalia en estudio por hiperesplenismo y sospecha de linfoma con biopsia de médula ósea. Descartada ha presentado esplenomegalia y dos infartos esplénicos, pancitopenia asociada.

Resultados: No existen contraindicaciones absolutas para realizar una esplenectomía. Sin embargo, hay consideraciones especiales que deben tenerse en cuenta antes de realizar una esplenectomía, especialmente en pacientes con esplenomegalia o hipertensión de la vena porta.

Conclusiones: Este caso clínico presenta una esplenectomía diagnóstica y así mismo la

revisión de la literatura de las indicaciones, contraindicaciones y técnicas para realizar una esplenectomía.

03 - ID451

Diseción de ganglio pélvico lateral después de quimiorradiación neoadyuvante en cáncer de recto con metástasis en ganglio ilíaco interno sin metástasis en ganglios regionales

Oswal Steven Delgado Realpe; Mauricio Pedraza Ciro; Javier Alejandro Carrera Siachoque; Rafael García Duperly

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

oswaldelgador@hotmail.com

Introducción: La escisión mesorrectal total con disección de los ganglios pélvicos laterales se realizó de forma rutinaria en tumores rectales T3 clínicos bajos por debajo del reflejo peritoneal.

Métodos: Paciente masculino de 45 años de edad presentaba adenocarcinoma rectal de 4 cm del margen anal. La resonancia magnética pélvica reveló un tumor rectal bajo que colindaba con la fascia mesorrectal en la parte anterior, los esfínteres anales no estaban afectados y los ganglios ilíacos derechos aumentados de tamaño confluentes. Después del tratamiento neoadyuvante, se observó una disminución del tamaño de la lesión rectal y de los ganglios ilíacos derechos a intervalos. El paciente fue sometido a disección de ganglios pélvicos laterales.

Resultados: La histopatología reveló un adenocarcinoma rectal con un ganglio linfático ilíaco interno derecho positivo para afectación tumoral. El margen de resección circunferencial fue de 4,0 mm. El paciente se encuentra actualmente en el cuarto ciclo de quimioterapia adyuvante. La quimiorradiación preoperatoria no pudo erradicar por completo la metástasis del ganglio pélvico lateral. Por lo tanto, se debe considerar la disección de los ganglios linfáticos pélvicos laterales si se sospecha metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos laterales incluso después de la terapia neoadyuvante.

Conclusiones: A diferencia de la TME, la realización de una linfadenectomía lateral de rutina en la cirugía de cáncer de recto varía según

la ubicación geográfica. Los informes de países asiáticos y nuestra práctica en nuestra institución muestran que se puede realizar de manera segura. Esto podría mejorar los resultados oncológicos de los pacientes, especialmente si se combina con quimiorradioterapia neoadyuvante.

03 - ID737

Diverticulitis colónica complicada en paciente joven: reporte de caso

Camila Andrea Pimiento Sanabria; César Alfonso Labastida Moreno

E.S.E. Hospital Regional de San Gil; Universidad de Santander - UDES

camilapimientos@gmail.com

Introducción: La enfermedad diverticular se ha considerado una enfermedad rara en pacientes menores de 30 años. Sin embargo estudios recientes han informado una mayor prevalencia de diverticulitis en estos pacientes hasta un 20 % en la que predominan factores como la obesidad, sexo masculino y etnia con una tendencia más agresiva y una alta tasa de recurrencia.

Métodos: Presentación de reporte de caso y revisión de la literatura

Resultados: El propósito de presentar este caso es concientizar acerca de la importancia de hacer un diagnóstico correcto de diverticulitis aguda en adultos jóvenes siendo el primer paso para ello incluirla entre las posibilidades diagnósticas.

Conclusiones: Este caso es uno de gran interés, tratándose de un paciente con una entidad poco frecuente en su grupo etario, que pone de manifiesto la baja conciencia de enfermedad diverticular en pacientes jóvenes, resaltando la importancia de tener un diagnóstico precoz y tomar las respectivas medidas terapéuticas con el fin de disminuir la morbimortalidad y complicaciones.

03 - ID676

Diverticulitis yeyuno-ileal perforada: una causa poco frecuente de abdomen agudo

Diego Fernando León Sierra; Pablo García Echeverri
Hospital de la Policía, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional de Colombia

dfleons87@gmail.com

Introducción: La diverticulitis del intestino delgado es una entidad muy poco frecuente que se origina a partir de falsos divertículos adquiridos y puede ser una causa de dolor abdominal agudo. Presentamos un caso de diverticulitis yeyuno-ileal perforada que requirió manejo quirúrgico de urgencia.

Métodos: Mujer de 81 años con antecedente de diabetes mellitus, diverticulosis colónica y cáncer papilar de tiroides que ingresa a urgencias por dolor abdominal periumbilical de moderada intensidad que se reproduce a la palpación sin signos de irritación peritoneal, exámenes complementarios cuadro hemático sin leucocitosis y TAC de abdomen que evidenció enfermedad diverticular del yeyuno con cambios inflamatorios asociados y cámara de neumoperitoneo subfrénica; por lo que se decide llevar a cirugía realizando liberación del plastrón inflamatorio, resección del asa yeyunal comprometida por el divertículo perforado y anastomosis termino-terminal a mano. Evolución posoperatoria satisfactoria, inicio de vía oral a las 72 horas y egreso a los 7 días del posoperatorio.

Resultados: Los divertículos yeyuno-iliales son falsos divertículos, en su mayoría ubicados en el yeyuno proximal, que pueden estar asociados a la presencia de divertículos en otros segmentos del tubo digestivo. La inflamación y perforación es su principal complicación. En casos de diverticulitis leve no perforada se puede dar manejo conservador; sin embargo, en casos de perforación esta indicada la exploración quirúrgica ya sea abierta o laparoscópica con resección y anastomosis evitando el síndrome de intestino corto.

Conclusiones: La diverticulitis yeyuno-ileal perforada es una causa de abdomen agudo infrecuente en nuestro medio. El tratamiento de elección es la resección y anastomosis.

03 - ID906

Divertículo de Meckel perforado como causa de abdomen agudo quirúrgico

Emily Johanna Hernández Aguilar; Osvaldo Barraza Leones; Fausto Andrés Palmeth Puello
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

emijoha1111@hotmail.com

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) constituye la anomalía congénita más frecuente del tracto digestivo y su origen es la persistencia del conducto onfalomensentérico.

Métodos: Masculino de 35 años sin antecedentes con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor abdominal en fosa iliaca derecha que generaliza y aumenta en intensidad, asociado a flatos y deposiciones escasas. Al examen físico, irritación peritoneal y masa palpable en fosa iliaca derecha. Paraclínicos con leucocitosis y neutrofilia. Paciente con abdomen agudo, sospecha de apendicitis motivado para cirugía urgente.

Resultados: Acceso a cavidad por línea media, drenaje de peritonitis localizada, apéndice normal y masa ocupante de espacio en ciego por lo que se realiza hemicolectomía derecha con técnica de Barcelona. Evolución satisfactoria con medidas de soporte, egresó sin dolor, tolerando vía oral y canalizando flatos. Histopatología reporta divertículo de Meckel perforado. Negativo para malignidad.

Conclusiones: El DM sigue la regla de los 2: ocurre en el 2 % de la población, antes de los 2 años, relación hombre/mujer 2:1, localización a 2 pies (60 cm) de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico, mide 2 cm de diámetro y 2 pulgadas de longitud, puede contener 2 tipos de tejido ectópico (gástrico y pancreático). Puede complicarse con sangrado, obstrucción intestinal, diverticulitis y perforación (debido a una úlcera péptica), con cuadro clínico indistinguible de otras causas de abdomen agudo. El manejo consiste en intervención quirúrgica inmediata con resección del divertículo o el segmento de íleon que lo aloja o resección intestinal segmentaria en caso de hemorragia en íleon adyacente.

03 - ID846

Dolor lumbar como manifestación atípica de apendicitis aguda complicada con absceso retroperitoneal. Reporte de caso y revisión de la literatura

Luisa Fernanda Trujillo Guerrero; Juan Carlos Vallejo Soto; Pablo Andrés García Barón

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
luisafe.trujillo@urosario.edu.co

Introducción: La apendicitis representa la principal causa de abdomen quirúrgico en urgencias. El amplio rango de manifestaciones clínicas obliga a realizar un adecuado abordaje clínico para establecer una sospecha diagnóstica. Esta patología se asocia a múltiples complicaciones intraabdominales y requiere manejo quirúrgico urgente.

Materiales: Reporte de caso de lumbalgia secundaria a apendicitis complicada con absceso retroperitoneal manejado en un hospital de IV nivel en Bogotá D.C., Colombia.

Resultados: Presentamos un caso de un paciente de 45 años sin antecedentes de importancia, que ingresa por cuadro de dolor en región lumbar, asociado a signos de respuesta inflamatoria sistémica, se realiza tomografía de abdomen que documenta colección retroperitoneal derecha que compromete el polo inferior del riñón derecho, y se encuentra en íntimo contacto con el ciego, por lo que es llevado a laparoscopia exploratoria con hallazgos de apendicitis aguda perforada hacia retroperitoneo con colección purulenta de aproximadamente 300 cc que disecaba hasta el espacio perirrenal, con fecalito libre en retroperitoneo. Se realizó apendicectomía y drenaje de colección retroperitoneal por laparoscopia.

Conclusiones: El absceso retroperitoneal representa una complicación muy inusual de la apendicitis aguda. Su presentación atípica representa un reto diagnóstico. La laparoscopia representa un abordaje adecuado para estos pacientes y permite un adecuado control del foco infeccioso.

03 - ID838

Drainage of an abdominal wall collection by intraoperative ultrasonography-guided surgery using a handheld ultrasound probe in a low-income health center: a case report

Darit Alfonso Molinares Pérez; Hernando Enrique Thorne Vélez; Steven William Vergara Angulo; Manuela Jaramillo Vásquez; Judith Ramírez; Natalia

María Gómez Cadavid
Hospital General de Barranquilla
darit30@gmail.com

Introduction: The drainage of an abdominal wall collection can be simple when the conditions are favorable. It can be performed percutaneously with or without imaging guidance or it can be performed openly. The intraoperatively identification of a collection in the abdominal wall can be complex if the patient has a recent surgery, prosthetic mesh placement or suspicion of other intra-abdominal inflammatory processes as differential diagnosis.

Methods: We present the case of a 67-year-old morbid obese patient with a BMI of 41 with a history of an eventoplasty with component separation technique and placement of sublay polypropylene prosthetic mesh who presented 15 days later with inflammatory changes of the surgical wound in the midline, without being able to clinically identify areas of fluctuation suggestive of collection.

Results: An incision was made over the previous surgical scar, dissected by planes until accessing a non-fluctuant, indurated area, macroscopically tissue suggestive of aponeurosis versus fibrosis was found. Given the findings, we proceed to use intraoperative ultrasonography guided-surgery (IOUS) with a Butterfly iQ+ handheld probe (Butterfly Network Technologies) with a convex preset. The probe was positioned longitudinally and transversely identifying an anechoic thick-walled image with posterior acoustic shadow, with multiple septa in its interior, reason for which an organized and complex collection is interpreted intraoperatively. It is decided to advance the dissection with ultrasound navigation to access the collection full of purulent liquid of approximately 200 cc, which is drained without complications. The patient completes intravenous antibiotic therapy for 7 days and resolves its symptoms without major complications.

Conclusions: We present an innovative way to use a handheld ultrasound to perform IOUS in order to rule out secondary diagnoses, such as contained eviscerations and bowel interposition that may result in preventable intraoperative

complications. The combination of ultrasound and surgery is a growing art, since these devices were previously used exclusively by radiologists.

03 - ID894

Duplicación apendicular: ¿Qué debe saber el cirujano general?

Andrés Felipe Ávila Forero; José Luis Espinoza Bautista; Cristian Camilo Páez Cancelado
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
andru.filip02@gmail.com

Introducción: La duplicación apendicular es una rara anomalía congénita de gran relevancia médico legal presentando baja incidencia con mayor prevalencia en hombres. La mayoría de casos se diagnostican incidentalmente durante cirugía o en revisiones post mortem y ocasionalmente en imágenes diagnósticas. Abordamos este caso por su relevancia epidemiológica.

Métodos: Paciente femenina de 40 años ingresa a urgencias por cuadro de dolor abdominal inespecífico de 2 días de evolución. Cuenta con ecografía de abdomen normal y la tomografía abdominal contrastada no confirma patología apendicular. Por exacerbación del dolor se realiza laparoscopia diagnóstica encontrándose líquido libre en pelvis con apéndice sano. Durante la exploración se lesiona el apéndice por lo que concluye en apendicectomía, con posterior egreso. Reingresa a urgencias 2 meses después por dolor abdominal difuso, tomografía abdominal con evidencia de cambios posquirúrgicos, debuta con abdomen agudo por lo que se realiza laparoscopia diagnóstica evidenciando peritonitis purulenta de 4 cuadrantes con apéndice cecal perforado en la base, muñón apendicular de localización usual con hemolock. Reporte histopatológico de los 2 especímenes enviados en apendicectomías confirmando 2 apéndices vermiformes. Ambulatoriamente se realiza colonoscopia evidenciando en ciego presencia de 2 ostium apendiculares.

Resultados: Esta entidad presenta una baja incidencia de 0,004 % con una mediana de edad de presentación de 20 años. Existe baja asociación con otras malformaciones congénitas

como ano imperforado, duplicación intestinal y malformaciones genitourinarias.

Conclusiones: No existe asociación directa entre factores que pudieran predecir o advertir la existencia de un apéndice doble. Las imágenes diagnósticas presentan baja sensibilidad para la detección de este tipo de malformación.

03 - ID867

Edema por re-expansión pulmonar: una realidad subestimada

Camilo Levi Acuña Pinzón; Jefferson Fabián Nieves Condo; Claudia Isabela Gómez Salgado; Salvador Narváz Fernández

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, México; Universidad del Valle, Cali
camilolevi@hotmail.com

Introducción: Desde el primer reporte por Pinault et al. en 1853, el edema por re-expansión pulmonar (REPE) se ha reconocido como una posible complicación, con tasas de incidencia bajas (0,9 %) pero potencialmente mortal.

Métodos: Paciente masculino de 57 años con antecedente de adenocarcinoma de recto. Consulta por cuadro de obstrucción intestinal. Se lleva a laparotomía, durante procedimiento, anestesiología coloca catéter venoso central subclavio de forma exitosa al décimo intento. En el segundo día postquirúrgico presenta desaturación con radiografía de tórax de control con neumotórax. Se decide colocación de sonda endopleural conectado a sello de agua con mala evolución posterior requiriendo intubación oro-traqueal y fallecimiento 12 horas después.

Resultados: Se han reportado tasas de mortalidad de hasta 42 % al desarrollarse REPE. Los factores de riesgo son colapso crónico (mayor a 3 días), derrame pleural asociado, edad menor a 40 años, diabetes, neumotórax mayor a 30 %, drenaje de más de 1,5 litros a la colocación, expansión pulmonar menor a 10 minutos y el uso de presión negativa en el drenaje. El incremento de la permeabilidad capilar pulmonar, liberación de mediadores pro-inflamatorios durante la re-expansión o disminución de la actividad del surfactante son

teorías propuestas en la patogénesis. Casi todos los REPE son ipsilaterales al neumotórax, pero se han descrito casos contralaterales o bilaterales. No existe una recomendación universal sobre el tratamiento y múltiples propuestas sobre el drenaje. Cuando se utilizar ventilación mecánica invasiva se ha recomendado PEEP bajos, sin embargo, la ventilación mecánica no es tan útil como se esperaría.

Conclusiones: REPE es una complicación subestimada por su infrecuencia, pero mortal.

03 - ID505

Erosión de malla protésica hacia el colon: reporte de un caso

Erika Osorio Sierra; Daniel Felipe Herrera Orrego; Katherine Romero Moreno; Juliana Lucía Molina Valencia; Ricardo Leonel Arroyave Zuluaga; Sandra Beatriz López Tamayo; David Alejandro Mejía Toro
Universidad de Antioquia; Hospital San Vicente Fundación, Medellín
eriosorio@gmail.com

Introducción: Una de las complicaciones más temidas del uso de mallas sintéticas intraperitoneales en la corrección de hernias es el desarrollo de fístulas enterocutáneas, entidad que genera alta morbimortalidad. Uno de los mecanismos asociados es la migración de la malla al tracto gastrointestinal.

Métodos: Paciente femenina de 63 años con antecedente de eventrorrafia con malla por hernia ventral infraumbilical en 2004 que consultó por salida de secreción fétida por la cicatriz quirúrgica y dolor abdominal. Se realiza TAC contrastada de abdomen que evidencia fístula colcutánea del ciego hacia la pared abdominal, y una colonoscopia que evidencia erosión de la malla hacia la luz del ciego. Se decide llevar a corrección quirúrgica previa optimización de estado nutricional.

Resultados: Se realizó demolición abdominal con resección de trayectos fistulosos, resección de segmentos de yeyuno e íleon comprometidos, hemicolectomía derecha y anastomosis íleo-transversa y de intestino delgado, fue dejada con abdomen abierto con sistema de presión negativa

como cierre temporal, con posterior cierre de piel previo al alta con intención de reconstrucción de la pared abdominal de forma diferida.

Conclusiones: La fístula enterocutánea secundaria al uso de malla tiene una incidencia menor a 2 %. En caso de erosión de la malla hacia el tracto gastrointestinal, son pocos los casos reportados a nivel mundial y su incidencia es desconocida. Se presentó el caso de una paciente que fue llevada de forma exitosa a corrección quirúrgica de la fístula para posterior reconstrucción de pared abdominal diferida.

03 - ID541

Evisceración transvaginal espontánea en paciente con antecedente de histerectomía: Reporte de caso y revisión de la literatura

Nicolás Granados Casallas; Olga Isabel Restrepo Castro; Marcos Castillo Zamora; María Paula Gamboa Bernal

Universidad de La Sabana, Chía
nicolasgrca@unisabana.edu.co

Introducción: La evisceración vaginal es la extrusión del contenido intraperitoneal a través de un defecto total o parcial en las paredes vaginales, más frecuente en pacientes postmenopáusicas y asociado a realización de cirugías ginecológicas, con una edad media de presentación de 64 años y tiempo medio de evisceración de aproximadamente 20 meses posterior a cirugía. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de evisceración vaginal espontánea en paciente con antecedentes quirúrgicos de histerectomía vaginal, y hacer una revisión de la literatura sobre los principales factores de riesgo asociados a la patología.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 74 años, múltipara, con antecedente de histerectomía vaginal en 2012 y sacroespinocolpopexia con colocación de cinta transobturadora más colporrafia anterior en 2014. En la valoración genital se identifican asas intestinales protruyendo con signos de isquemia a través de defecto en cúpula vaginal de aproximadamente 4 centímetros. Se realiza resección de intestino delgado y anastomosis término-terminal, con

posterior cierre de defecto por vía abdominal. Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos PubMed y Scielo para artículos publicados en inglés y español de los últimos 20 años.

Resultados: Se identificaron 16 títulos que cumplieron con los criterios de selección de evisceración vaginal o dehiscencia de la cúpula vaginal. Los resultados de la revisión muestran factores de riesgo comunes.

Conclusiones: La evisceración vaginal por dehiscencia de la cúpula vaginal es una patología poco prevalente. Se necesitan más estudios para determinar con mayor precisión los factores de riesgo asociados.

03 - ID802

Fístula arterio-portal traumática: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Francisco Javier Forero Cárdenas; Santiago Gómez; Alejandro Gutiérrez Hernández; David Alejandro Mejía Toro

Universidad de Antioquia, Medellín
francisco.foreroc@udea.edu.co

Introducción: Las fístulas arterio-portales (FAP) se refieren a un complejo grupo de fístulas que surge de una comunicación anómala entre la arteria esplénica y la vena porta. Con una presentación variable, pueden ser adquiridas o congénitas, siendo el trauma penetrante la etiología más común. La incidencia es baja, sin embargo con el aumento del trauma sumado al mejoramiento de las técnicas de diagnóstico en imágenes diagnósticas su diagnóstico es cada vez más frecuente, mejorando la supervivencia y morbilidad de los pacientes con trauma hepático.

Métodos: Paciente masculino con 3 heridas por arma de fuego a nivel toracoabdominal derecho. Llevado a cirugía en tercer nivel de atención realizándole toracotomía anterolateral derecha y laparotomía encontrando lesiones en segmento VIII que se manejan con hepatorrafía. Queda laparostomizado. Posteriormente presentó choque séptico multifoco y fístula biliar manejada con stent. Con TAC de abdomen indicado por deterioro hemodinámico que documentó fístula

arterio-portal con pseudoaneurisma de rama de segmentos posteriores de la arteria hepática derecha.

Resultados: Manejo endovascular de fístula arterioportal y pseudoaneurisma con coils, gelfoam e histoacryl con respuesta adecuada a pesar de sobreinfección secundaria.

Conclusiones: Las complicaciones vasculares secundarias a trauma hepático son raras. Requieren un diagnóstico oportuno para evitar complicaciones. La TAC de abdomen es uno de los métodos con mejor rendimiento para su diagnóstico y el manejo endovascular ideal para su tratamiento.

03 - ID817

Fístula colocolútea como complicación de enfermedad diverticular y manejo quirúrgico: reporte de caso y revisión de la literatura

Alfredo Oñate Araujo; David Leonardo Sánchez García; Laura Camila Mesa Daza; Gabriel Trujillo Sterling

Clínica Chía

araujoonatea@gmail.com

Introducción: La enfermedad diverticular se define como una alteración de la pared colónica caracterizada por la herniación de las capas que componen la pared del intestino a través de la capa muscular. Los divertículos se pueden clasificar en 2 tipos: divertículos verdaderos y pseudodivertículos. En la última década la prevalencia de la enfermedad diverticular ha crecido, aumentando de esta forma las complicaciones propias de la enfermedad como abscesos y fístulas.

Métodos: Se realizó una búsqueda de artículos en relación con enfermedad diverticular y fístulas colo-cutáneas en la base de datos Pubmed sin límite de tiempo, ni de idiomas, correlacionándolo con el reporte de caso.

Resultados: Se describe el caso de un paciente de 35 años de edad quien refiere antecedente de enfermedad diverticular de diagnóstico extrahospitalario y tiempo de evolución de 7 años. Se confirmó el proceso inflamatorio de los divertículos y la mucosa del colon sigmoide vía TAC, además con hallazgo de fístula colocolútea.

Posterior manejo quirúrgico con colectomía parcial del colon en su porción sigmoidea, resección del trayecto fistuloso y reconstrucción de la pared abdominal, con postoperatorio mediato adecuada evolución clínica y control postoperatorio satisfactorio.

Conclusiones: La enfermedad diverticular tiene una alta prevalencia en los países occidentales. La diverticulitis es más prevalente en pacientes jóvenes como en el paciente descrito. Su adecuada clasificación y el establecimiento del manejo médico en primera instancia y su progresión al tratamiento farmacológico y quirúrgico pertinente son pilares básicos para disminuir la mortalidad y las complicaciones como las fístulas colocolúteas.

03 - ID444

Gastrectomía en dos tiempos por sangrado gastrointestinal en pacientes con cáncer gástrico

Jorge Isaac Vargas Rodríguez; Angie Carolina Riscanevo Bobadilla; Laura Isabel Narváez Sierra; Melanie Alejandra Pérez; Greissy Natalia Fernández

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.

jota.vargas@gmail.com

Introducción: El sangrado gastrointestinal, es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con cáncer gástrico; en el tratamiento para sangrado activo se encuentra el manejo con fármacos hemostáticos, terapia endoscópica y embolización emergente. Si así no se logra controlar el sangrado, los pacientes deben ser llevados a gastrectomía de emergencia para control del daño, recuperación fisiológica y ofrecer manejo definitivo diferido. Sus indicaciones son controvertidas por alto riesgo quirúrgico y beneficio de supervivencia.

Métodos: Se presentan dos pacientes con antecedente de cáncer gástrico y sangrado gastrointestinal, que fueron a control endoscópico y angiográfico sin adecuada respuesta, por lo que se realiza gastrectomía de emergencia para control de sangrado y, posterior a estabilización, en un segundo tiempo se realizó anastomosis como estrategia de reconstrucción intestinal.

Resultados: Debido a la alta morbimortalidad en pacientes con enfermedad oncológica con esperanza de vida limitada, se debe implementar intervenciones guiadas por metas, que permitan la resucitación hemodinámica, el control del sangrado y el reparo diferido. A través de estos casos, se describen criterios en los que estaría indicada la gastrectomía de urgencia en dos tiempos para control del sangrado.

Conclusiones: La cirugía de control de daños en enfermedades no traumáticas abdominales, dirigida a pacientes con cáncer gástrico y sangrado gastrointestinal que no responde a manejo médico ni percutáneo, requirieron gastrectomía en dos tiempos. Su aplicabilidad permite crear un puente para manejo definitivo, permitiendo anastomosis como estrategia diferida de reconstrucción intestinal y mejorando los resultados a corto y largo plazo.

03 - ID685

Gossypiboma, un hallazgo camuflado en la cirugía general: A propósito de un caso

Dánel Rubén Yarig Blanco Guerrero; Laura Cristina Arce Polanía; David Guillermo Gómez Garnica; Jeimy Carvajal; William Sánchez Maldonado

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
danelrubenblanco@hotmail.com

Introducción: El gossypiboma es una lesión en forma de masa debido a una compresa quirúrgica a base de algodón retenida de forma accidental rodeada por una reacción a cuerpo extraño. La incidencia es desconocida ya que existe un subreporte en la literatura debido a las implicaciones médico-legales que esta conlleva. Las manifestaciones clínicas suelen presentarse entre las 12 semanas iniciales, aunque algunos casos pueden ser asintomáticos por años.

Métodos: Se presenta el diagnóstico clínico, imagenológico y quirúrgico de un gossypiboma en una mujer joven 4 años después de la intervención quirúrgica primaria.

Resultados: Paciente de 35 años ingresa con antecedente de masa ovárica derecha en 2018 que fue llevada a apendicectomía y

salpingooforectomía derecha con patología que reportó teratoma quístico maduro. Se encontraba en estudios por aparición de nueva masa. Se lleva paciente a laparotomía exploratoria con hallazgos de masa quística de 20 x 15 cm adherida firmemente a pared abdominal y visceral con resección completa de la masa, compatible con gossypiboma. La compresa quirúrgica constituye el objeto más frecuentemente encontrado debido a su uso, tamaño y estructura amorfa entre los cuerpos extraños retenidos en cavidad abdominal. Algunos autores reportan serias complicaciones como: obstrucción intestinal, sepsis secundaria a formación de fístulas intestinales, perforaciones, abscesos o, en casos severos, la muerte.

Conclusiones: Existen medidas de prevención durante el procedimiento quirúrgico para mitigar la presentación del gossypiboma. Su manejo es netamente quirúrgico y es recomendado en todos los casos con el fin de evitar complicaciones.

03 - ID687

Hallazgo de tuberculosis intestinal en paciente inmunosuprimido: reporte de caso

Daniel Rivera Castrillón; Luis Felipe Cabrera Vargas; Ricardo Villareal; Brandon Steven Aparicio Blanco; Valery Moreno Sánchez; Luisa Fernanda Carvajal Vera; Andreina Mariana Márquez Cedeño

Los Cobos Medical Center, Bogotá, D.C.; Universidad El Bosque
driveraca@unbosque.edu.co

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada principalmente por el *Mycobacterium tuberculosis*. Esta enfermedad se manifiesta un 20 % a nivel extrapulmonar y la presentación intestinal se manifiesta cerca de un 3-5 %. Por otro lado, la patología también puede ser dada por microorganismos no tuberculosos de los cuales el *Mycobacterium avium* es el más común.

Métodos: Paciente masculino, quien consulta a nuestra institución por síntomas constitucionales, además de presencia de dispepsia, epigastralgia, hematemesis y melena. Con antecedente de sida con mala adherencia al tratamiento. Se comienza un manejo inicial con inhibidor de bomba de

protones y se solicita endoscopia de vías digestivas altas. Llama la atención a nivel duodenal múltiples nódulos blanquecinos de pequeño tamaño, lo cual presenta la sospecha de una tuberculosis extrapulmonar causado por *Mycobacterium avium*.

Resultados: La tuberculosis extrapulmonar se presenta en el 20 % de los pacientes con esta enfermedad y su localización más común es a nivel de la válvula ileocecal en un 90 % y a nivel duodenal tan solo en un 1-6 %. La infección por *Mycobacterium avium* principal es por clínica y además endoscópica por presencia de pequeños nódulos blanquecinos o exudados, como se evidenció en nuestro paciente.

Conclusiones: La tuberculosis intestinal es una patología poco frecuente y menos esperada cuando se trata de microorganismos y localizaciones que no son comunes. Por eso se debe tener claro cuál es la presentación típica de la entidad, sospechar en pacientes con algún tipo de inmunosupresión y tener claro las características en la endoscopia que nos pueden llevar al diagnóstico.

03 - ID958

Hemorragia de vías digestivas bajas secundario a divertículo yeyunal: Reporte de un caso

Edissoon Alberto Acuña; Mariana Eusse Bencardino
Hospital de San José, Bogotá, D.C.
edissoon7785@hotmail.com

Introducción: Presentamos el caso de un paciente masculino de 51 años de edad sin antecedentes de importancia que asiste a servicio de urgencias del hospital de San José por presentar cuadro de hemorragia de vías digestivas bajas sin lograr identificar el sitio de sangrado evidente en colonoscopia y esofagoduodenoscopia u otros hallazgos de importancia.

Métodos: Reporte de caso.

Resultados: Los divertículos yeyunoileales a excepción del divertículo de Meckel, son más susceptibles a sangrado dado su característica de ser pseudodivertículos. Es importante el uso de diferentes ayudas diagnósticas pre e intraquirúrgicas como la enteroscopia/

panendoscopia intraoperatoria, angiografía mesentérica selectiva, estudio gammagráfico con eritrocitos marcados con Tc99m, TAC de abdomen y pelvis, fibrogastroscofia, colonosopia total.

Conclusiones: La enfermedad diverticular yeyunal a pesar de ser una patología poco frecuente y menor aún sus complicaciones asociadas, es de vital importancia su sospecha diagnóstica así como sus métodos de identificación para obtener un desenlace quirúrgico exitoso.

03 - ID836

Hernia de Amyand en paciente con herniorrafia ipsilateral previa: un reto diagnóstico

Jhordan Guzmán Cortes; Santiago Triana Reyes; Laura Valentina Hernández Rojas; Germán Eduardo Rueda Merchán; Lilian Andrea Soler Bonilla
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.

jhordanguzman@gmail.com

Introducción: La hernia de Amyand es una patología caracterizada por presencia del apéndice vermiforme dentro del saco herniario, con una incidencia de 0,28-1 %; sin embargo, sumado a la presencia de apendicitis aguda, resulta aún más infrecuente, aproximadamente del 0,07-0,13 %, impactando en la morbilidad de los pacientes. No hay reportes de caso con herniorrafia previa, suponiendo un gran reto diagnóstico.

Métodos: Se revisa historia clínica del HUCSR, con previo consentimiento informado, autorizando el uso de datos personales. Se realiza una revisión exhaustiva sobre reportes de caso relacionados con hernia de Amyand con apendicitis aguda, con antecedente de herniorrafia ipsilateral. Se presenta una paciente femenina de 59 años, con previa herniorrafia inguinal derecha con colocación de malla. Ingresa por dolor de intensidad severa en región inguinal derecha, con aparente hernia femoral encarcelada con elevación de marcadores inflamatorios.

Resultados: Inicialmente llevada a herniorrafia femoral, requiriendo ampliación a hemicolectomía derecha más anastomosis intestinal tras hallazgo de hernia femoral con contenido de apéndice

vermiforme y ciego perforados, asociado a adenopatías, con cultivos negativos y reporte histopatológico que confirma diagnóstico apendicular. Paciente con posoperatorio satisfactorio, se realizan controles en lo que continúa adecuada evolución.

Conclusiones: Corresponde a una patología sumamente infrecuente, aún más asociado a perforación apendicular y antecedente quirúrgico, por lo que dada su epidemiología, el diagnóstico es tardío como en este caso, llevando a realización de hemicolectomía tras hallazgo de perforación cecal. El objetivo de esta revisión radica en las posibilidades diagnósticas que facilitarían un diagnóstico temprano, asociado a disminución en las complicaciones y el tiempo hospitalario posoperatorio.

03 - ID516

Hernia de Bochdalek complicada en el posparto: reporte de un caso

Claudia Milena Orozco Chamorro; Lizeth Angelica Agredo Luna; Maria Camila Romo Fajardo; Roger Orlando Bonilla Rosas; Marco Antonio Medina Ortega

Clínica La Estancia, Popayán
cmorozco@unicauca.edu.co

Introducción: Las hernias diafrágicas asintomáticas del adulto son inusuales puesto que debutan en el período neonatal. En el embarazo pueden complicarse, siendo una situación incluso fatal caracterizada por un estrangulamiento visceral secundario a un incremento de la presión intra-abdominal.

Métodos: Primigesta de 21 años, 36,2 semanas, con epigastralgia, sensación de masa epigástrica y náuseas. Se documentó inadecuado bienestar fetal y requirió cesárea. Con evolución tórpida, náuseas, emesis, intolerancia a la vía oral, epigastralgia, taquipnea y desaturación. Radiología de tórax reportó neumotórax izquierdo y gran efecto de masa que desplazaba el mediastino hacia la derecha por lo que requirió toracostomía, sin mejoría. RMN de tórax con cámara de aire en tórax izquierdo con sospecha de hernia diafrágica. Intraoperatoriamente con hernia diafrágica

tipo Bochdalek izquierda de aproximadamente 15 x 8 cm que permitía el paso del estómago, colon derecho y omento. Requirió sistema VAC en cavidad abdominal y toracoscopia para drenaje de empiema. Manejo en UCI con mejoría y egreso a los 20 días posparto.

Resultados: Las mujeres con hernias diafrágicas pueden permanecer asintomáticas hasta el desarrollo del embarazo, parto o puerperio. Las complicaciones resultantes en una fase aguda pueden ser mortales para el binomio madre e hijo si no se diagnostica oportunamente.

Conclusiones: Se debe sospechar la presencia de hernia diafrágica en el embarazo o posparto ante la presencia de síntomas respiratorios que están asociados a neumotórax y síntomas gastrointestinales. El diagnóstico suele ser difícil, pero un tratamiento oportuno reduce significativamente la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

03 - ID1012

Hernia de Morgagni como causa de obstrucción intestinal en paciente adulto mayor. Reporte de caso

Freddy Mauricio Quintero Álvarez; Gabriel Alonso Angarita Gómez; David Andrés Quintero Álvarez
Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga
freddyquintero05@gmail.com

Introducción: El diafragma es una estructura muscular que divide el tórax del abdomen. Durante su desarrollo se pueden generar defectos que llevan a formación de hernias congénitas, las cuales pueden llevar a complicaciones como la obstrucción intestinal. Presentamos el caso de una adulta mayor que se presentó con obstrucción intestinal secundaria a Hernia de Morgagni.

Métodos: Se realizó revisión de la historia clínica con registro de estudios diagnósticos y procedimientos terapéuticos realizados previa autorización de la paciente y su familia. Se realizó revisión exhaustiva de la literatura disponible acerca de la patología en las principales bases de datos.

Resultados: Paciente adulta mayor cursando con obstrucción intestinal en quien se identifica una hernia diafragmática como causa del cuadro obstructivo en radiografía de tórax. Se realizó abordaje laparoscópico confirmando defecto diafragmático con contenido herniario dado por colon transverso, estómago y omento mayor, con cierre primario del defecto. Adecuado resultado postoperatorio inmediato. Se sospechó recidiva durante seguimiento imagenológico. Se realizó toracoscopia con identificación de remanente de saco herniario, destechado por toracotomía. Evolución favorable con egreso hospitalario.

Conclusiones: La hernia de Morgagni es una entidad poco frecuente, predominantemente en la infancia. Sin embargo, este y otros reportes de casos evidencian la presencia de la misma en pacientes adultos que debutan con síntomas de obstrucción intestinal. Es importante saber que la mortalidad y la morbilidad operatoria son bajas, especialmente en las reparaciones electivas. Sin embargo, en pacientes sintomáticos se recomienda la intervención quirúrgica precoz para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida, como la obstrucción o la estrangulación.

03 - ID392

Hernia de Spiegel deslizada y obstruida. Reporte de un caso

Rafael Eduardo Arraut Gámez; Laura Victoria Valencia Zapata; Jesús David Gómez Barrios; Hernando Enrique Thorne Vélez; Pedro Antonio Plaza Ricardo; David Raúl Cerra Ortegón

Hospital General de Barranquilla; Universidad Libre - seccional Barranquilla; Universidad Cooperativa de Colombia.

reag14@hotmail.com

Introducción: La hernia de Spiegel hace referencia a un defecto en la pared anterior del abdomen a nivel de la línea semilunar. La incidencia registrada varía del 0,1 al 2 %, con una ligera predisposición en las mujeres. Generalmente, localizadas a nivel infraumbilical, con lateralidad izquierda, de diámetro pequeño que suelen medir de 1 a 2 cm, y tienden a desarrollarse en personas de 40 a 80 años. La hernia de Spiegel

requiere reparación quirúrgica para prevenir el estrangulamiento, mientras que aquellos que presentan complicaciones necesitan cirugía inmediata.

Métodos: Paciente masculino de 78 años, que cursa con una masa localizada en cuadrante inferior izquierdo infra umbilical, indurada, eritematosa, irreductible, asociado a dolor, irritación peritoneal y obstrucción intestinal.

Resultados: Se ejecutó laparotomía exploratoria, observando hernia de Spiegel deslizada, encarcelada, conteniendo vejiga y sigmoide necrótico en su saco, con perforación libre y peritonitis fecal localizada. Se realizó sigmoidectomía y colostomía tipo Hartmann, se redujo el contenido sano del saco y se reparó el defecto con prolene, para aproximar el oblicuo interno y el transverso del abdomen a la vaina del recto.

Conclusiones: Las hernias deslizantes de Spiegel son inusuales. Se recomienda una reparación libre de tensión con malla. Sin embargo, en casos de necrosis o peritonitis donde el uso de malla puede no ser aconsejable, el cierre primario con sutura sintética no absorbible puede ser una alternativa aceptable.

03 - ID683

Hernia diafragmática derecha secundaria a trauma cerrado de abdomen. Abordaje por toracoscopia y laparoscopia

María Alejandra Arteaga Oviedo; Julio Alexander Ruiz Ruiz; Manuela Giraldo Arteaga; Víctor Alfonso Ruano Enríquez; Mario Fernando López Mora

Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto

doctoraleja@gmail.com

Introducción: La lesión diafragmática es poco común y representa el 1 % de todas las lesiones traumáticas. La incidencia de la lesión diafragmática es de 0,46 %; el 33 % son secundarias a trauma cerrado y son tres veces más frecuentes del lado izquierdo.

Métodos: Presentación de caso clínico de un paciente de 35 años de edad con antecedente previo de trauma cerrado de abdomen que no requirió

atención médica. Ingresa a urgencias con dolor abdominal asociado a vómito; por sospecha clínica se realiza tomografía contrastada de abdomen que informa hernia diafragmática derecha, se realiza abordaje por toracoscopia y laparoscopia con evolución postoperatoria adecuada.

Resultados: Paciente con hernia diafragmática derecha con compromiso de epiplón y colon transverso, y hemotórax derecho por trombosis de epiplón. Se realiza abordaje toracoscópico con omentectomía parcial y reducción de colon a cavidad abdominal por laparoscopia, no requirió resección intestinal, y se realizó manejo de hemotórax con tubo de toracostomía con evolución postoperatoria adecuada.

Conclusiones: Se debe mantener una alta sospecha diagnóstica para realizar un diagnóstico temprano y prevenir la estrangulación de los órganos abdominales herniados. El método diagnóstico imagenológico más usado es la tomografía y permite, teniendo en cuenta el estado del paciente, determinar el abordaje quirúrgico más adecuado, preferiblemente mínimamente invasivo.

03 - ID434

Hernia diafragmática postraumática y rafia primaria: manejo simplificado

Ana Milena Murgas Acevedo; Juliana Andrea Giraldo Cifuentes; Christian Camilo Trilleras Berrío; Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Edgar Gutiérrez; Alexander Fernando Fernández Arrieta

Universidad de Cartagena

anamurgasacevedo@gmail.com

Introducción: Las hernias diafragmáticas traumáticas son poco frecuentes con alta morbimortalidad, secundarias a traumatismos toracoabdominales cerrados o penetrantes, comunes en nuestro medio. Su diagnóstico es difícil, requiere de alta sospecha y confirmación con TAC, que detecta la presencia de otras lesiones acompañantes. En fase aguda su reparación es inmediata por abordaje abdominal y/o torácico, dependiendo de la localización de la hernia, lesiones acompañantes y estado hemodinámico.

En las derechas se recomienda el abordaje torácico por la dificultad que representa la presencia del hígado.

Métodos: Se trata de paciente femenina de 64 años de edad, quien ingresa por presencia de hernia diafragmática derecha en tercio inferior del pulmón derecho.

Resultados: Paciente con antecedente de HACP en hemitórax derecho, ahora con diagnóstico de hernia diafragmática derecha con gran contenido de asas intestinales, epiplón y raíz del meso en tercio inferior del pulmón. Es llevada a corrección por toracoscopia más laparoscopia, encuentran defecto en hemidiafragma derecho de 4 cm con adherencias en tórax y abdomen; realizan lisis más decorticación pulmonar más reducción de asas intestinales y epiplón, y cierre del defecto diafragmático en 2 planos, con puntos colchoneros y continuos cruzados con prolene 1-0, colocación de malla de prolene fijada con Securestrack. Es trasladada al servicio de UCI, completa recuperación con buena evolución e imagenología satisfactoria, por lo cual dan alta al 9 día POP.

Conclusiones: Las hernias diafragmáticas son lesiones de difícil diagnóstico con una alta morbimortalidad, por lo cual la sospecha clínica, confirmación y reparación definitiva deben tener una alta prioridad.

03 - ID590

Hernia diafragmática traumática de presentación tardía: la importancia de descartar lesiones en el cuadro agudo. A propósito de un caso

Leonel Felipe Mateus Acuña; Juan Camilo Arboleda Mera; Víctor Manuel Lazo Santafé; Santiago Castaño Castellanos; Jhordan Guzmán Cortes

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.

felipematteusacu@gmail.com

Introducción: Las hernias diafragmáticas postraumáticas son un reto de identificación y diagnóstico, siendo el trauma penetrante de tórax su principal causa, razón por la que se apoya el uso de toracoscopia/laparoscopia en trauma

penetrante toracoabdominal con el objetivo de descartar lesiones diafragmáticas, evitando de esta manera secuelas y morbimortalidad.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 31 años con antecedente de trauma por herida corto punzante en región toracoabdominal izquierda hace 4 años. No antecedentes quirúrgicos abdominales. Ingresó en el contexto de obstrucción intestinal secundario a hernia diafragmática posterolateral izquierda con evidencia de grasa peritoneal y asa gruesa en su interior condicionando zona de transición.

Resultados: Paciente llevado a laparotomía en la cual se realiza omentectomía parcial, reducción de contenido de hernia diafragmática hacia cavidad abdominal con previa segmentectomía del lóbulo inferior izquierdo más frenorrafia por toracotomía anterolateral. Paciente presenta adecuada evolución postoperatoria y recibe egreso 6 días del procedimiento quirúrgico con adecuado retorno a la vida diaria.

Conclusiones: Existe una amplia relación entre la hernia diafragmática traumática y el trauma penetrante toracoabdominal. Al ser una entidad de difícil diagnóstico en cuadros agudos, se recomienda el uso de toracoscopia / laparoscopia diagnóstica para una adecuada evaluación diafragmática siendo el mejor abordaje de tratamiento con el fin de evitar presentación tardías de hernias diafragmáticas traumáticas previas al desarrollo de complicaciones.

03 - ID781

Hernia inguinoescrotal gigante: un caso infrecuente para los cirujanos generales

Rolando Medina Rojas; David Felipe Muñoz Pérez; Juan David Saavedra Henao

Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva; Clínica Avidanti

Rolandomedina@hotmail.com

Introducción: Las hernias de la pared abdominal afectan entre el 10 al 15 % de la población mundial, siendo hasta el 60 % hernias inguinales. Las hernias inguinales gigantes son poco comunes pero con una gran carga de enfermedad para el

paciente debido a sus posibles complicaciones tales como limitaciones funcionales de los miembros inferiores, procesos de obstrucción intestinal, lesiones dermatológicas como dermatitis o úlceras.

Materiales: Presentamos el caso clínico de un paciente con una hernia inguinoescrotal gigante derecha.

Resultados: Se presenta el caso de un paciente de 51 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo II, proveniente de zona rural aislada. Ingresó por cuadro clínico de cuatro días de evolución consistente con quemadura escrotal por metal caliente, relacionada a una hernia inguinoescrotal derecha gigante que se extendía hasta el tercio distal del muslo ipsilateral, la cual estaba encarcelada sin signos de estrangulamiento. El paciente es llevado a intervención quirúrgica por cirugía general para herniorrafia inguinal y urología para orquiepididimectomía y escrotoplastia. Por adecuada evolución clínica se da de alta al 5to día posoperatorio.

Conclusiones: La hernia inguinal gigante es una patología rara y su diagnóstico se realiza cuando alcanza un punto distal a la mitad del muslo en bipedestación. El cirujano general está llamado a conocer el abanico de opciones que existen en caso de enfrentarse a estos pacientes, lo cual ayuda a reducir la elevada morbimortalidad y altas tasas de recurrencia.

03 - ID659

Hernia interna transmesosigmoidea: Reporte de un caso

Laura Botero Ángel; Andrés Eduardo Marín Castro; María Camila Jaramillo Guzmán; Daniela Rosa Flórez Filomeno

Universidad CES; Clínica Las Vegas, Medellín
laboteroan@uces.edu.co

Introducción: Las hernias internas son una protrusión de una víscera a través del peritoneo o mesenterio hacia un compartimiento de la cavidad abdominal o pélvica. Son la causa del 0,5 % - 4,1 % de las obstrucciones intestinales con una tasa de mortalidad mayor al 50%. Para su diagnóstico, la tomografía computada de abdomen tiene un

rol de alta importancia ya que su presentación clínica es muy ambigua. Las hernias internas del mesocolon sigmoides son poco comunes llegando a tener una incidencia de hasta 6 %. Estas se dividen en intersigmoideas, transigmoideas e intersigmoideas.

Métodos: Paciente que se presenta con dolor abdominal súbito en hipogastrio y distensión abdominal que se enfoca como síndrome coronario por lo que recibe fibrinólisis en su lugar de atención primaria. Posterior a esto ingresa a nuestra institución con aumento de la distensión abdominal y choque hipovolémico. Reporte de angiogramografía de abdomen sin signos de isquemia, perforación u obstrucción, sólo líquido ascítico. Posteriormente se decide intervenir quirúrgicamente evidenciando isquemia transmural de la totalidad del intestino delgado debido a un defecto en el mesocolon del colon sigmoides de menos de 1 cm por el cual se había herniado el intestino delgado.

Resultados: El paciente fallece pocas horas después de cirugía.

Conclusiones: Las hernias internas son una emergencia quirúrgica por su alta posibilidad de producir estrangulación e isquemia. Su sospecha y diagnóstico oportuno son claves para evitar desenlaces fatales.

03 - ID430

Hernia vesical inguinal: un hallazgo incidental

Natalia María Gómez Cadavid; Jesús David Gómez Barrios; Paula de León; Darit Alfonso Molinares Pérez; Rafael Eduardo Arraut Gámez

Hospital General de Barranquilla
natalia_1380@hotmail.com

Introducción: La presencia de hernia vesical inguinal es una entidad poco frecuente, que ronda entre el 1 – 4 %, sin embargo, puede llegar a una incidencia de hasta 10 % en pacientes masculinos, obesos, y mayores de 50 años. La mayoría de los pacientes cursan de forma asintomática y representa un hallazgo intraoperatorio, con complicaciones que van desde infecciones del tracto urinario, uropatía obstructiva e incluso cistectomía.

Métodos: Paciente de 66 años de edad que ingresa por cuadro de 12 horas de evolución, con ausencia de deposiciones, dolor intenso abdominal y dolor a la palpación en región inguinal izquierda. Se lleva a laparotomía exploratoria en contexto de obstrucción intestinal y se evidencia hernia inguinal izquierda con contenido de asa de intestino delgado con perforación y vejiga con necrosis de un segmento de la pared posterior; contaminación fecal de la cavidad.

Resultados: Se lleva paciente a laparotomía exploratoria, con evidencia de obstrucción intestinal condicionada por hernia inguinal izquierda; contiene asa delgada perforada a la cual se le hace reparación con rafia primaria previo desbridamiento de bordes y sutura en dos planos con puntos de Lembert. Se encontró además necrosis de parte de la pared posterior de la vejiga, la cual se reseca y se hace cistorrafia en dos planos. Lavado de cavidad y laparostomía para second look en el cual se evidencia cavidad limpia y se cierra pared abdominal.

Conclusiones: Las hernias inguinales son una patología común en nuestro medio, su contenido de forma más frecuente son las asas delgadas; sin embargo, hay excepciones como la expuesta donde hay herniación de otras estructuras. Es labor del cirujano general tener un enfoque amplio y la capacidad de resolver problemas intraoperatorios en ausencia de un equipo multidisciplinario.

03 - ID813

Hipertensión abdominal y síndrome compartimental. Una propuesta de manejo

Jairo González; Manuel Alejandro Giraldo Pinto
Universidad del Valle, Cali
jairogqui@hotmail.com

Introducción: En el presente documento se encuentra el protocolo de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hipertensión abdominal y síndrome compartimental abdominal.

Métodos: Se realizó de forma secuencial, inicia por una revisión narrativa o de las publicaciones de integración evidencial existentes sobre el tema. Posteriormente realizamos la generación y listado de los términos generales a que dio

lugar la respectiva revisión bibliográfica general, acompañado de sinonimias para cada término, así como la posterior homologación a términos MESH. Con los artículos revisados, se propuso dividir la información en diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Los resultados se definen en cuatro grupos: términos de fisiopatología, factores de riesgo, clasificación y medición de hipertensión abdominal (cómo y a quién). En cuanto al tratamiento, se realizó una división en acciones tempranas, medias y tardías. Con los resultados, proponemos un algoritmo para la detección y el manejo de esta patología.

Conclusiones: La hipertensión abdominal y el síndrome compartimental abdominal es una patología poco pensada por los cirujanos que tiene repercusiones en múltiples sistemas del paciente, por lo que es importante reconocerla y tratarla. Aquí se presenta un algoritmo de manejo.

03 - ID569

Íleo biliar tratado por abordaje mínimamente invasivo: reporte de caso

Brayan Andrés Buitrago Maldonado; Lucas Gómez Ibáñez; Víctor Manuel Lazo Santafé

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
andres513j@gmail.com

Introducción: El íleo biliar es una obstrucción intestinal por efecto de un cálculo biliar que migra anómalamente al tracto gastrointestinal por medio de una fístula colecisto-entérica. Es una complicación infrecuente de la colelitiasis, cercana al 0,3-0,5 %.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente joven, con 2 días de dolor abdominal y emesis; con antecedente de colelitiasis. Ingresó deshidratada, con distensión abdominal y dolor difuso. Ecografía abdominal con colecistitis crónica. Radiografía abdominal con niveles hidroaéreos escasos. Se inicia manejo médico del cuadro obstructivo, sin obtener mejoría, con empeoramiento de síntomas y deterioro de función renal por lo cual se decide realizar laparoscopia diagnóstica.

Resultados: Se identifica área de transición en yeyuno distal condicionada por cálculo biliar de

3 x 3x 2 cm, con edema y distensión de las asas proximales. Se observó vesícula biliar escleroatrófica intrahepática, la cual no se interviene. Se amplía incisión de puerto en hipocondrio izquierdo, se realiza enterolitotomía y cierre de la enterotomía con PDS. Paciente evoluciona satisfactoriamente, recobrando tránsito intestinal y egresa al tercer día postoperatorio. En el seguimiento al año, ha permanecido asintomática y está a espera de programación de colecistectomía.

Conclusiones: El íleo biliar es una complicación de la colelitiasis. Suele presentarse como una obstrucción intestinal de etiología indeterminada. El tratamiento es quirúrgico y puede (o no) realizarse el manejo de la fístula colecistoentérica en el mismo tiempo o diferirse. En nuestro caso se realiza el tratamiento de la obstrucción por abordaje mínimamente invasivo logrando una recuperación satisfactoria en las primeras 72 horas post-procedimiento y con ausencia de síntomas al año de seguimiento.

03 - ID442

Íleo biliar: una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Presentación de 2 casos

Andrea del Pilar Betancourt Arias; Nicolás Escobar Arias; Laura Valentina Llanos Luengas

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.

abetancourt@hospitalinfantildesanjose.org.co

Introducción: El íleo biliar es una complicación rara y poco frecuente de la colelitiasis; incidencia de 0,3-0,5 %, prevalente en mujeres mayores de 65 años. Causa el 1-4 % de obstrucciones intestinales, con hallazgos como la tríada de Mordor y la tríada de Rigler ayudan al diagnóstico. Presenta mortalidad de 12-27 % y morbilidad de 50 %. El manejo es quirúrgico para resolución de la obstrucción.

Métodos: Presentación de dos casos tratados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Infantil Universitario de San José.

Resultados: Caso 1: Paciente femenina de 71 años, múltiples comorbilidades, dolor abdominal y emesis. Radiografía de abdomen con patrón

obstructivo, inicio de manejo médico, tomografía de abdomen con hallazgos de neumobilia, cálculo en íleon proximal y dilatación de asas intestinales. Laparotomía resolviendo la obstrucción con enterotomía y extracción de cálculo.

Caso 2: Paciente masculino de 53 años, sin antecedentes, dolor abdominal y ausencia de deposiciones, radiografía de abdomen con neumobilia, tomografía de abdomen con dilatación de asas yeyunales, neumobilia e imagen de cálculo intraluminal. Laparotomía con enterotomía, extracción de cálculo y plastrón vesicular.

Conclusiones: El íleo biliar es infrecuente, con clínica variable, con factores de riesgo que requieren alta sospecha diagnóstica y manejo quirúrgico oportuno. Se reportan dos casos clínicos con hallazgos imagenológicos típicos, manejo quirúrgico oportuno y evolución satisfactoria.

03 - ID759

Íleo biliar: Una causa poco frecuente de obstrucción intestinal

Isabel Cristina Brito Rojas; Angela Cristina Ríos Cadavid; Mónica Carolina Gómez González; Guillermo Andrés Torres Cuellar; Sandra Milena Ruiz Gómez; Camilo Andrés Bedoya Motta
Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, D.C.
iscibriro@hotmail.com

Introducción: El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. En alrededor del 50 % de los pacientes se diagnostica de manera intraoperatoria y en ese momento el cirujano se enfrenta a diferentes opciones quirúrgicas para resolver esta patología. La opción de manejo varía desde la enterotomía con extracción del cálculo hasta la enterotomía y la colecistectomía en el mismo tiempo quirúrgico.

Métodos: Describimos el caso de una paciente de 74 años de edad con cuadro clínico de obstrucción intestinal sin respuesta al manejo médico quien fue llevada a procedimiento quirúrgico documentando íleo biliar manejado con enterotomía y extracción del cálculo. La paciente presentó una adecuada evolución posoperatoria y un pronto egreso sin complicaciones.

Resultados: El íleo biliar es una patología poco común que se desencadena a causa de la presencia de un cálculo impactado en el lumen del tracto gastrointestinal. Su incidencia en la población general es menor del 3 % con una mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación con el sexo masculino. Gran parte de los casos de íleo biliar son diagnosticados durante el procedimiento quirúrgico y es en ese momento donde se determina la conducta a seguir.

Conclusiones: El íleo biliar es una patología poco común que afecta principalmente a la población mayor. El diagnóstico oportuno es indispensable para el desenlace de los pacientes. La decisión en el manejo dependerá de la experiencia del cirujano y de los recursos que tenga a su mano.

03 - ID777

Intususcepción yeyuno-yeyunal como causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos: abordaje laparoscópico

María Alejandra Arteaga Oviedo; Víctor Alfonso Ruano Enríquez; Manuela Giraldo Arteaga
Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto
doctoraleja@gmail.com

Introducción: La obstrucción intestinal representa el 20% de las causas quirúrgicas de urgencias por dolor abdominal. Se clasifica en aguda y crónica, funcional o mecánica y completa o incompleta. Los síntomas característicos son dolor abdominal, vómito y obstipación. Su diagnóstico se realiza mediante radiografía y tomografía de abdomen contrastada que caracteriza la severidad y potenciales etiologías de la obstrucción. La intususcepción es rara en adultos, representando el 1 a 5 % de las causas de obstrucción mecánica intestinal. El diagnóstico se establece con tomografía contrastada de abdomen con la imagen característica de diana y el manejo es quirúrgico para prevenir complicaciones.

Materiales: Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 23 años con cuadro clínico de dos días de evolución consistente en dolor epigástrico asociado a múltiples episodios

de emesis por lo cual se sospecha cuadro de pancreatitis aguda. Ante el resultado de amilasa negativa se realiza tomografía contrastada de abdomen que informa invaginación yeyuno-yeyunal a nivel de la cola del páncreas y se lleva a abordaje laparoscópico.

Resultados: Debido a la sospecha clínica y el diagnóstico temprano con tomografía de la intususcepción, se llevó a manejo quirúrgico por laparoscopia con adecuada evolución clínica y sin complicaciones siendo dada de alta al día siguiente.

Conclusiones: La intususcepción es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos. La sospecha clínica y su diagnóstico temprano por tomografía llevan a un adecuado abordaje, con una pronta recuperación, alta hospitalaria y prevenir complicaciones que impactan en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

03 - ID458

Invaginación como causa de obstrucción en un paciente con síndrome de Peutz-Jeghers: reporte de caso

Carmen Milena Socarrás Galeano; Laura Valentina Llanos Luengas

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.

cmsocarras@fucsalud.edu.co

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers se caracteriza por ser autosómico dominante, con un afrecuencia de 1 en 100.000 nacimientos, y por presentar pólipos hamartomatosos gastrointestinales y pigmentación mucocutánea. Tiene manifestaciones dependiendo del tamaño de los mismos como sangrado e intususcepción llevando a cuadros de obstrucción intestinal. Es de presentación muy poco frecuente.

Métodos: Presentación de caso clínico tratado en Servicio de Cirugía General del Hospital Infantil Universitario de San José.

Resultados: Paciente femenina de 24 años, antecedente de Peutz-Jeghers y colectomía total. Ingresa por dolor abdominal, ausencia de flatos y deposiciones. Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos, tomografía con hallazgos de

obstrucción intestinal secundario a intususcepción yeyuno-yeyunal. Laparotomía donde se resuelven tres invaginaciones condicionadas por pólipos pediculados, mediante resección con sutura mecánica y reporte de patología benigno.

Conclusiones: Las lesiones intestinales son la principal causa de morbilidad en paciente con síndrome de Peutz-Jeghers, siendo la intususcepción una fuente importante de mortalidad. Los pacientes con poliposis tienen un riesgo 15 veces mayor de neoplasias malignas. Las múltiples laparotomías se asocian a mayor riesgo e ineficacia lo que lleva a considerar manejo quirúrgico solo ante una complicación. Existen diferentes técnicas de resección según los hallazgos intraoperatorios.

03 - ID957

Isquemia cecal aislada como presentación clínica de fibrilación auricular de novo en paciente anciano

Jesús José Dueñas Orejuela; Leonardo Andrés Garcés Patiño; Paola Andrea Arce Peña

Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
jtduormd@gmail.com

Introducción: La isquemia mesentérica es una patología con una alta morbimortalidad, por tanto el diagnóstico oportuno es el principal factor que afectará el desenlace y la evolución del paciente, por lo que el abordaje desde el interrogatorio así como la adecuada valoración de imágenes y laboratorios juega un papel importante en el manejo de esta patología.

Métodos: Se describe el caso clínico de un paciente de 86 años, quien ingresa por cuadro de dolor abdominal de 6 horas de evolución de alta intensidad, incapacitante, asociado a múltiples episodios de deposiciones líquidas. Al examen físico el paciente se encuentra distendido sin francos signos de irritación peritoneal, química sanguínea con acidemia mixta e hiperlactatemia, con EKG de ingreso francamente arrítmico sugestivo de fibrilación auricular, por lo que se decide paso a laparotomía.

Resultados: Paciente llevado a laparotomía, con hallazgo de isquemia irreversible de todo el ciego, porción distal de íleon y proximal del colon ascendente, por lo que se realiza hemicolectomía derecha. Paciente con adecuada evolución postoperatoria. Se inicia estudio de arritmia cardiaca, con evidencia clara de fibrilación auricular.

Conclusiones: El enfoque inicial del paciente con dolor abdominal debe ser un enfoque integral en el que se tengan en cuenta todos los hallazgos clínicos, paraclínicos e imagenológicos que nos den una aproximación diagnóstica certera para así brindar un manejo oportuno.

03 - ID800

Isquemia mesentérica aguda: el éxito de un diagnóstico oportuno

Alberto Federico García Marín; Nathalia Cruz Albán; Isabella Caicedo Holguín; Camilo José Salazar
Fundacion Valle del Lili, Cali; Universidad ICESI; Universidad del Valle
alberto.garcia@correounivalle.edu.co

Introducción: La isquemia mesentérica aguda es una patología quirúrgica con altas tasas de mortalidad de hasta 80 %. La incidencia de isquemia intestinal irreversible se debe en parte a un diagnóstico tardío.

Métodos: Se describe el caso de una paciente con isquemia mesentérica. Se cuenta con el consentimiento de la paciente.

Resultados: Se analiza el caso de una paciente femenina de 61 años con antecedente de tabaquismo, quien consulta por cuadro clínico de 2 horas de evolución de dolor abdominal agudo, difuso, de intensidad 10/10. Se realiza TAC de abdomen que evidencia isquemia de asas de yeyuno, que sugiere probable origen venoso y estenosis crítica del ostium de la arteria mesentérica superior. Se realiza terapia endovascular para angioplastia más stent en la arteria mesentérica superior. Posteriormente, es llevada a laparoscopia exploratoria, en donde se evidencia congestión venosa e isquemia intestinal, con evidencia de movimientos peristálticos muy activos. En la segunda laparoscopia se evidencia

edema intestinal sin isquemia. Por este motivo se da manejo conservador con infusión de heparina. La paciente presenta adecuada evolución postoperatoria y es dada de alta a los 7 días. No presenta complicaciones en el control a los 6 meses.

Conclusiones: Un diagnóstico y tratamiento oportuno son determinantes para disminuir la tasa de morbi-mortalidad en los pacientes con isquemia mesentérica, evitando maniobras invasivas como la resección intestinal. En este reporte de caso, se pretende describir la experiencia de un diagnóstico oportuno y el éxito del manejo conservador.

03 - ID799

Left buttockectomy with sciatic nerve preservation as an approach to the management of non-metastatic low-grade fusocellular/myxoid liposarcoma: A case report

Darit Alfonso Molinares Pérez; María Juliana Daniela Hernández Ferreira; Juanita Martínez Villacre; Daniela Cuadrado; Iván Mariño Lozano; Sandra Esperanza Díaz Casas
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.
darit30@gmail.com

Introduction: Pelvic sarcomas are a group of tumors whose management is widely variable depending on their location and the complexity of their relationship with surrounding structures. Those tumors of gluteal appearance represent a rare entity where the main curative option is surgical resection which can end up being a real challenge depending on the involvement of vital structures, combined or not with adjuvant radiotherapy.

Methods: We present the case of a 75-year-old patient who presents with a lesion of progressive growth in the left buttock of 1 year of onset associated with limitation for walking. A left hip MRI was performed documenting a lesion with dimensions of 11 x 6.5 cm without nonspecific diffusion restriction, suggestive of myxoma or synovial sarcoma. A trucut needle biopsy with ultrasound guidance of the gluteal lesion was performed, documenting a low grade fusocellular

and myxoid mesenchymal neoplasm with atypia, which in first instance favors a low grade liposarcoma.

Results: A surgical resection is scheduled. A longitudinal ellipse incision access was made in the left buttock, a tumor lesion dependent on the left gluteus maximus muscle was identified so we proceed to perform a left glutectomy with dissection and preservation of the sciatic nerve, two Blake drains were positioned, local flap was carved and was faced with polyglactin 910 and skin closure with skin staples.

Conclusions: The therapeutic endpoints to highlight in this type of tumors are R0 resection margins, disease-free survival and its relationship with the extent and progression of the disease. One study report that tumor grade is one of the factors with the greatest impact on disease-free survival and describes a 3- and 5-year recurrence-free survival of 33.2% and 58.6%, respectively.

03 - ID456

Linfangiectasia intestinal primaria en un paciente adulto: enfoque clínico, reporte de caso y revisión de la literatura

Jorge Isaac Vargas Rodríguez; Angie Carolina Riscanevo Bobadilla; Mayra Angélica Hernández Peñuela; José Luis Espinosa; Laura Lucía Escobar Ávila

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
jota.vargas@gmail.com

Introducción: La linfangiectasia intestinal primaria es un trastorno poco frecuente del intestino que forma parte de las gastroenteropatías exudativas descrita por primera vez en 1961; Las manifestaciones comienzan antes de los 30 años en el 90 % de los casos, a menudo en la infancia. Se caracteriza por la obstrucción del drenaje linfático del intestino delgado con dilatación secundaria de los vasos linfáticos, causando distorsión de la arquitectura de las vellosidades intestinales. La historia natural de la enfermedad es muy variable dependiendo de la afectación del intestino ya sea generalizada o localizada, provocando enteropatía con pérdida de proteínas y es una de las causas de

hemorragia gastrointestinal oculta. El diagnóstico depende del examen clínico y los hallazgos histológicos.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 23 años en estudio de anemia crónica refractaria, con requerimientos de soporte transfusional cada 2 semanas y múltiples hospitalizaciones, en quien se diagnostica como causa del síndrome anémico la linfangiectasia intestinal primaria con inmunohistoquímica, negativa para linfoma. Requirió manejo quirúrgico con resección intestinal segmentaria con resolución de sus síntomas.

Resultados: Aunque la linfangiectasia intestinal primaria suele ser manejada de forma conservadora con dieta baja en grasas, sustitución de triglicéridos de cadena media y tratamiento con somatostatina para reducir el flujo linfático intestinal.

Conclusiones: Puede debutar como sangrado gastrointestinal oculto, el cual puede resultar en desafío diagnóstico y terapéutico, requiriendo resección quirúrgica.

03 - ID495

Malformaciones intestinales múltiples en el adulto. ¿Son hallazgos frecuentes?

Sergio Camilo Ayala Pérez; Gina Marcela Carrillo Herrera

Hospital Universitario Infantil de San José, Bogotá, D.C.

camilo.ayala.md@gmail.com

Introducción: Las malformaciones del tracto gastrointestinal incluyen atresias o estenosis, duplicaciones, malposiciones o deformidades anatómicas, siendo más frecuentes en la infancia y poco común en el adulto. Son de presentación única, pudiendo alterar órganos o sistemas y constituir síndromes que condicionan su pronóstico. Las duplicaciones intestinales representan el 0,2 % de las deformidades presentes desde la lengua hasta el recto; pueden ser únicas o múltiples (15 %). La malrotación intestinal es una alteración en la rotación y fijación del intestino al regresar a la cavidad abdominal durante el desarrollo (menor

de 1 %), siendo el 90 % detectadas en la infancia. El divertículo de Meckel es la malformación gastrointestinal congénita más frecuente y la asociación de estas anormalidades es excepcional.

Métodos: Paciente masculino de 44 años con antecedente de ano imperforado, quien consulta con dolor abdominal y emesis por obstrucción intestinal documentado por clínica e imágenes.

Resultados: Se realiza manejo quirúrgico con el hallazgo intraoperatorio de múltiples malformaciones asociadas (malrotación intestinal, duplicación intestinal y divertículo de Meckel) en quien se realizó resección intestinal con diverticulectomía. La reconstitución intestinal se logra; sin embargo la asociación de estas condiciona un mal pronóstico.

Conclusiones: En la infancia el tratamiento de estas malformaciones es quirúrgico y conservador en el adulto. La vascularización compartida hace inviable la escisión quirúrgica, lo que condiciona un mal pronóstico de estos pacientes. Son hallazgos poco frecuentes que representan un reto quirúrgico.

03 - ID429

Malla abdominal con infección crónica: Reporte de caso

Natalia María Gómez Cadavid; Jesús David Gómez Barrios; Paula de León; Rafael Eduardo Arraut Gámez

Hospital General de Barranquilla
natalia_1380@hotmail.com

Introducción: La reparación de hernias es probablemente el procedimiento más común para un cirujano general. Alrededor del 80 % incluyen la colocación de malla en alguna de sus técnicas, lo que ha disminuido la incidencia de las recidivas, pero aparecen otras complicaciones asociadas al uso de prótesis, que se estiman entre un 2 - 36 % de los pacientes intervenidos

Métodos: Paciente de 45 años de edad, con antecedente de laparotomía exploratoria hace 10 años, posterior eventración con corrección y colocación de malla hace 3 años, que hace 4 meses se expone en la piel con secreción purulenta persistente, con laboratorios que muestran

respuesta inflamatoria presente. Se lleva al paciente a cirugía, resección de malla y reconstrucción de cavidad abdominal con cierre primario sin tensión.

Resultados: Se practica resección de la malla en su totalidad, con especimen que incluye piel y fascia, se evidencia adherencias firmes de asas intestinales delgadas a pared abdominal sin evidencia de fistulas. Se confeccionan colgajos y se cierra defecto de pared abdominal con músculos rectos y sutura no absorbible tipo prolene 1. El paciente egresó de forma satisfactoria de la institución.

Conclusiones: El uso de mallas para reparación de defectos abdominales es cada vez mas común en nuestro medio. Sin embargo en ocasiones pueden aparecer complicaciones asociadas a su uso que varían desde la técnica y el material utilizado, formación de fistulas, infección del sitio quirúrgico o, en el caso que se reportó, la presencia de una herida crónica. Todo esto conlleva a una reintervención del paciente que termina con el retiro completo del material protésico, que deja consigo un defecto abdominal, retador para el equipo quirúrgico.

03 - ID626

Manejo endoscópico exitoso de síndrome biliar obstructivo y pancreatitis aguda por migración de áscaris lumbricoides a la vía biliar

Víctor Manuel Lazo Santafé; Rhanda Almania Gandur; María Alejandra Carreño Rojas; Natalia Álvarez Peñaloza; María Victoria Fontalvo Leyton
Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C.

vlazo12@hotmail.com

Introducción: Los áscaris son los helmintos más comunes en el tracto gastrointestinal humano. La migración de parásitos adultos a la vía biliar puede causar irritación y resultar en un cólico biliar debido al espasmo del esfínter de Oddi, llegando en ocasiones a causar obstrucción biliar parcial o incluso pancreatitis aguda cuando se produce migración al conducto pancreático.

Métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente con cuadro de síndrome biliar obstructivo y pancreatitis por helmintos, inicialmente

tratada con manejo antihelmíntico con posterior requerimiento de CPRE para extracción directa del parásito y colecistectomía laparoscópica para resolución de los síntomas.

Resultados: Los estudios previos como la ultrasonografía de abdomen evidenció colelitiasis con colecistitis y pancreatitis aguda con colección peripancreática, la CRNM mostró helmintos en el interior de la vía biliar común. Con lo que se inicia manejo médico, y seguidamente, la CPRE arrojó obstrucción de la vía biliar por áscaris, la cual resuelve y finalmente el paciente es llevado a colecistectomía laparoscópica.

Conclusiones: El síndrome biliar por helmintos se produce por migración de gusanos adultos de áscaris a la vía biliar. El diagnóstico se sospecha por clínica; se presenta generalmente con dolor intenso en hipocondrio derecho y epigastrio que puede acompañarse de náusea, vómito y tinte icterico. Como antecedente puede estar la eliminación de áscaris en heces o vómito. Se confirma el diagnóstico con la CPRE. Más del 90 % de pacientes responden al tratamiento conservador. Sin embargo, un pequeño porcentaje requerirá complementar el manejo con intervenciones quirúrgicas.

03 - ID445

Manejo laparoscópico vs. abierto de absceso hepático por espina de pescado: reporte de caso

Tatiana Barragán; Marcela Hoyos; Kevin Núñez; Jimmy Gaitán

Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué; Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.

tatianabarraganb@hotmail.com

Introducción: El absceso hepático es una entidad infrecuente, que se presenta de 2 a 3 casos por cada 100.000 habitantes, con mayor prevalencia en países del tercer mundo. Su diagnóstico se basa en la clínica e imágenes y su tratamiento, dependiendo del tamaño, puede ser con manejo antibiótico o quirúrgico. Los abscesos hepáticos secundarios a un cuerpo extraño son casos excepcionales de difícil diagnóstico y potencialmente mortales.

Métodos: Se presentan dos casos de pacientes con absceso hepático secundario a cuerpo extraño por

espina de pescado, manejados en dos instituciones de la ciudad de Ibagué, uno con abordaje abierto y otro laparoscópico, por el mismo cirujano, con evolución satisfactoria tras el manejo quirúrgico.

Resultados: En ambos casos se evidencia el reto clínico y la importancia del complemento imagenológico para hacer un manejo oportuno. Se comparan los resultados obtenidos tanto por cirugía abierta como en el abordaje mínimamente invasivo, con la completa resolución de la sintomatología y excelentes resultados.

Conclusiones: La migración de cuerpos extraños desde el tracto gastrointestinal al hígado es una causa rara de absceso hepático, que se debería sospechar en adultos mayores con fracaso del tratamiento y recurrencia, ya que el diagnóstico precoz es un desafío

03 - ID987

Manejo quirúrgico de hernia lumbar derecha sin antecedente quirúrgico

Alfonso Cruz; Carolina Padua; Laura Peña González; Anny Cárdenas; Jenifer Andrea Cagua Colmenares; Juan Camilo Sánchez

Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, D.C.; Universidad de La Sabana; Pontificia Universidad Javeriana

cxsamaria@gmail.com

Introducción: Las eventraciones lumbares son una condición poco frecuente principalmente por la anatomía y relación dinámica de los músculos de la pared abdominal en ausencia de componente fascial. Dentro de los tipos de hernias lumbares, la tipo intraparietal es la más frecuente y llama la atención que, a pesar de conservar el plano muscular del oblicuo externo, los síntomas no son menores.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 72 años, sin antecedentes traumáticos, con una hernia L4W2 derecha de 2 años de evolución, con aumento de los síntomas y limitación de la calidad de vida. Remitido con una imagen que mostró una hernia de 130 mm AP x 91 mm CC.

Resultados: Se llevó a cirugía evidenciando la presencia de una hernia lumbar subcostal derecha intraparietal que respetaba el plano del oblicuo

externo, con un defecto de 7 cm por el cual protruí el saco herniario conteniendo el borde inferior del segmento VI hepático, parte de la cara entérica del colon transversal, asas delgadas y epiplón, sin evidencia de complicación. Se documentó íntima relación con la pleura parietal sin plano de clivaje. Se realizó cierre del defecto con fijación al último arco costal y una malla sobre el plano del oblicuo interno y transversal abdominal, con posterior reforzamiento del plano del oblicuo externo.

Conclusiones: A pesar de no ser una condición muy frecuente, el conocimiento apropiado de las relaciones anatómicas y dinámica muscular permite la correcta corrección quirúrgica.

03 - ID558

Manejo quirúrgico de la lesión de Dieulafoy refractaria a manejo endoscópico

Diego Fernando León Sierra; Juliana Patricia Correa González; Pablo García Echeverri

Universidad Nacional de Colombia; Hospital de la Policía, Bogotá, D.C.

dfleons87@gmail.com

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de sangrado digestivo alto masivo que puede poner en riesgo la vida del paciente. A continuación, presentamos el caso de una paciente que requirió manejo quirúrgico vía abierta.

Métodos: Paciente femenina de 66 años con antecedente de estenosis aórtica con reemplazo valvular aórtico biológico, historia de sangrado digestivo alto con endoscopia que evidencia lesión vascular tipo Dieulafoy en el cuerpo gástrico (sospecha de síndrome de Heyde), con manejo endoscópico múltiple y reingreso a urgencias con sangrado anemizante con compromiso hemodinámico, por lo cual se opta por manejo quirúrgico realizando cuña gástrica sobre la curvatura mayor logrando reseca la lesión en su totalidad. Paciente presenta evolución posoperatoria satisfactoria sin nuevos episodios de resangrado.

Resultados: La lesión de Dieulafoy es un vaso arterial de calibre anormalmente dilatado que protuye a través de un defecto submucoso,

la gran mayoría se ubican en el estómago. Se presenta como hemorragia gastrointestinal masiva requiriendo más de una endoscopia para su adecuado diagnóstico y control del sangrado con una tasa de éxito cercana al 90 %. El manejo quirúrgico se reserva para el 5 % de los casos refractarios al manejo endoscópico o embolización por arteriografía, realizando ligadura del vaso aberrante, resección segmentaria o gastrectomía.

Conclusiones: La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de sangrado digestivo alto, siendo su presentación muchas veces dramática y comprometiendo la vida del paciente. La gran mayoría responden al manejo endoscópico y solo el 5 % van a requerir manejo quirúrgico abierto o laparoscópico.

03 - ID475

Mediastinitis ascendente secundaria a síndrome de Boerhaave

Andrés Villada Duque; Katherine Guevara Hernández; Natalia Bobadilla Mejía; Jorge Iván Marín Uribe

Universidad de Caldas, Manizales

anvillada@yahoo.com

Introducción: La ruptura esofágica espontánea presenta una incidencia de 3/1 millón de personas, corresponde aproximadamente al 15 % del total de casos y se asocia a una alta mortalidad, alcanzando hasta 90 % en manejo quirúrgico a las 48 horas.

Métodos: Paciente de 31 años, sin antecedentes, con dolor precordial súbito, asociado a disnea y enfisema subcutáneo. Ingresó al servicio de urgencias hemodinámicamente estable, llevado a tomografía de tórax evidenciando derrame pleural bilateral con imagen retrocardíaca e infracarinal compatible con colección. Se realiza toracostomía bilateral con hallazgo de líquido serohemático, prueba de azul de metileno positiva a través de tubos de toracostomía. Ante sospecha de lesión de vías digestivas, se realiza EVDA evidenciando lesión de 3 cm de los 38 - 41 cm del esófago distal. Es llevado a manejo quirúrgico 48 horas posterior al ingreso encontrando mediastinitis ascendente necrotizante con choque séptico secundario, se realiza cirugía de control de daños

con esofagectomía distal en sitio de perforación e implante de sistema de presión negativa en tórax con técnica endovac y antibioticoterapia de amplio espectro. Posteriores lavados logran el control del proceso y una buena evolución clínica. Finalmente, manejo definitivo con realización de ascenso gástrico.

Resultados: El abordaje inicial determina los desenlaces clínicos. Este caso se manejó con cirugía de control de daños asociada a terapia de presión negativa con endovac y antibioticoterapia, lo que condujo a mejores resultados clínicos.

Conclusiones: Esta entidad requiere repuesta rápida para el control del proceso infeccioso, conocimiento de la entidad y evolución, asociado al uso de antibióticos y tecnología para permitir un desenlace óptimo.

03 - ID438

Mesotelioma peritoneal benigno diagnóstico y tratamiento por laparoscopia en abdomen agudo: reporte de caso

David Raúl Cerra Ortigón; Rafael Eduardo Arraut Gámez; Ana María Garcés Pérez; Alejandro Alfonso Bedoya Rinaldi; Silvia Fernanda Anaya Meza; Hernando Enrique Thorne Vélez

Hospital General de Barranquilla; Universidad Libre - seccional Barranquilla
daxt91@gmail.com

Introducción: Los mesoteliomas peritoneales benignos son una rara entidad clínico-patológica, con una incidencia anual extremadamente baja que se caracteriza por una neo-proliferación de células epiteliales y mesenquimales del mesotelio.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 40 años, natural de Barranquilla, Colombia, con antecedente de apendicectomía, histerectomía y ooforectomía izquierda. Ingresa con cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, asociado a emesis, leucocitosis, y ecografía normal, quien es llevada a laparoscopia diagnóstica en el contexto de abdomen agudo. Se realiza tratamiento quirúrgico exitoso, confirmándose mesotelioma peritoneal benigno por histopatología.

Resultados: Histopatología que demuestra formación quística benigna de revestimiento

mesotelial simple con contenido mucinoso. Células positivas para calretinina, antígeno epitelial de membrana (EMA) y citoqueratina.

Conclusiones: Las neoplasias peritoneales son entidades poco frecuentes y de difícil diagnóstico. El mesotelioma peritoneal benigno puede presentar síntomas tales como dolor abdominal o masa palpable. Aparece más comúnmente en mujeres en edad reproductiva y puede estar asociado a patologías inflamatorias pélvicas, así como a cirugía abdominal previa como en el caso presentado. Es rara la presentación en el contexto de abdomen agudo por lo que la decisión de intervenciones debe estar fundamentada en criterios clínicos e imagenológicos. El mesotelioma peritoneal benigno es una neoplasia con una incidencia extremadamente baja, no suele presentarse en el contexto de abdomen agudo por lo que requiere de una alta sospecha para hacer un diagnóstico diferencial. La laparoscopia demuestra ser una técnica factible para su diagnóstico y tratamiento.

03 - ID717

Neoplasia mucinosa de bajo grado asociada a un adenoma túbulo-veloso del apéndice: reporte de caso

Ronald Yesid Tobar Bonilla; Liceth Johana Rojas Guzmán; Leonardo González Cárdenas; Paula Sofía Guatibonza Vargas

Hospital Santa Clara, Bogotá, D.C.; Universidad Nacional de Colombia; Universidad El Bosque
rytb@hotmail.com

Introducción: Las neoplasias apendiculares son patologías infrecuentes, generalmente documentadas por estudio histológico. Existen pocos reportes que documenten dos tipos diferentes de neoplasia en la misma pieza quirúrgica lo que hace particular este caso.

Métodos: Paciente femenina de 69 años, ingresa a urgencias con hallazgo incidental en resonancia magnética sugestivo de neoplasia apendicular. Examen físico con dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha e hirsutismo, refiriendo pérdida no intencional de peso. Paraclínicos sin leucocitosis, tomografía abdominal normal y colonoscopia reportando orificio apendicular edematoso.

Se realiza apendicectomía laparoscópica identificando tumor apendicular de 1,5 cm de diámetro. La patología reporta neoplasia mucinosa de bajo grado asociada a adenoma túbulo-velloso sin displasia de alto grado. La paciente egresa al 2do día postoperatorio, sin complicaciones.

Resultados: El adenoma túbulo-velloso apendicular es una entidad poco frecuente, al igual que la neoplasia mucinosa de bajo grado (menor a 0,02 % y 0,9 % respectivamente). Su clínica comúnmente es de apendicitis aguda, el manejo suele limitarse a la apendicectomía y el diagnóstico se confirma posteriormente por histología. Nuestro caso particularmente no se presenta con clínica sugestiva de apendicitis, sino que cuenta con reporte imagenológico incidental de la lesión, lo que permite realizar estudios previos a la apendicectomía, la cual se realizó una vez descartada la extensión tumoral.

Conclusiones: Las neoplasias apendiculares son patologías de baja prevalencia. Su manifestación clínica generalmente es de apendicitis aguda y su diagnóstico se realiza por histología en cuyo reporte es bastante infrecuente encontrar dos tipos diferentes de neoplasias en una misma pieza quirúrgica.

03 - ID991

Neumomediastino espontáneo. Reporte de caso

Camila Fernanda Rosas Morales; Juan José Rubio Avilez; Laura Covelli; Andrés Guillermo Torres
Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, D.C.;
Universidad del Rosario
camila.rosas@urosario.edu.co

Introducción: El enfisema mediastínico espontáneo (síndrome de Hamman) es una condición rara, que suele ser benigna y no recurrente. Se asocia con presiones intraalveolares transitoriamente elevadas. Puede ocurrir debido a un traumatismo cerrado o penetrante en el tórax, vómitos fuertes y procedimientos médicos. Esta condición rara vez conduce a complicaciones.

Métodos: Paciente masculino de 20 años con antecedente de consumo frecuente de marihuana, consulta por cuadro clínico de 2 días de evolución

consistente en dolor precordial asociado a disnea y un episodio emético autoinducido. Al examen físico presenta tensión arterial de 119/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 Lpm, saturación de 90 % sin oxígeno suplementario, y temperatura de 36,2 °C; presencia de enfisema subcutáneo en cuello sin otras alteraciones. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, glóbulos blancos 22,83, neutrófilos 18.140, linfocitos 2520, hemoglobina 17,9, hematocrito 52,3, plaquetas 293.000. Radiografía de tórax en límites normales. TAC de tórax y cuello con abundante aire disecando las estructuras mediastinales, extendiéndose a los tejidos blandos profundos del cuello y los huecos axilares. EVDA en límites normales. Recibió tratamiento con ampicilina sulbactam, fluconazol y oxígeno por cánula nasal.

Resultados: Al tercer día de hospitalización, adecuada evolución clínica, se considera paciente con neumomediastino espontáneo. Se da egreso médico con signos de alarma.

Conclusiones: El neumomediastino espontáneo es una entidad relativamente infrecuente de buen pronóstico. Se presenta con mayor prevalencia en niños y adolescentes. Sin embargo, es importante familiarizarse con su cuadro clínico y factores desencadenantes para considerarlo como un diagnóstico diferencial. Su tratamiento es principalmente sintomático y vigilancia médica. Su seguimiento puede ser clínico.

03 - ID786

Obstrucción intestinal como presentación atípica de hernia diafragmática derecha crónica encarcelada por herida por arma cortopunzante. Reporte de caso y revisión de la literatura

Angela Cristina Ríos Cadavid; Andrea Carolina Castillo Barbosa; Mayra Angélica Hernández Peñuela; Anyelia Penagos Penagos; Alisson García Bermúdez; Juan Carlos Vallejo Soto; Laura Carolina Camacho Delgado; Oscar Julián Suescún Fajardo
Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, D.C.
angela.rios@urosario.edu.co

Introducción: Las hernias diafragmáticas son una rara consecuencia del trauma toracoabdominal,

con una incidencia de 0,8-1,6 %, siendo más frecuentes del lado izquierdo (69 %). Hasta 20 % de pacientes con trauma toracoabdominal penetrante presentan lesiones diafragmáticas en la laparoscopia. Sin embargo, hasta 68 % cuentan con radiografía de tórax normal al ingreso.

Métodos: Reporte de caso de un paciente con obstrucción intestinal secundaria a hernia diafragmática derecha postraumática en un centro de referencia de trauma de III nivel en Bogotá D.C., Colombia.

Resultados: Se reporta el caso de un paciente de 55 años con antecedente de herida cortopunzante toracoabdominal derecha hace 15 años con requerimiento de toracostomía y toracotomía, con cuadro de 6 días de obstrucción intestinal, radiografía de abdomen con patrón obstructivo y radiografía de tórax con asas intestinales en hemitórax derecho. Es llevado a laparotomía exploratoria con lesión diafragmática de 3 cm, saco herniario conteniendo íleon distal y colon ascendente isquémicos. Se realizó hemicolectomía derecha y sutura de lesión diafragmática.

Conclusiones: Las hernias diafragmáticas postraumáticas son entidades clínicas poco frecuentes, especialmente del lado derecho, y se asocian a múltiples complicaciones. La dificultad en el diagnóstico imagenológico requiere una evaluación quirúrgica de la integridad diafragmática para determinar lesiones inadvertidas, sin importar la lateralidad del trauma inicial.

03 - ID1017

Obstrucción intestinal como presentación rara de sepsis de origen abdominal por absceso de epiplón mayor secundario a cuerpo extraño (espina de pescado). Reporte de caso y revisión de la literatura

Juan Carlos Vallejo Soto; Jorge Luis Turizo Farías
Universidad del Rosario; Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.
juanc.vallejo@urosario.edu.co

Introducción: Las infecciones intraabdominales son la causa más frecuente de abdomen agudo en el servicio de urgencias. La presencia de cuerpos

extraños en tracto gastrointestinal puede asociarse con al desarrollo de infecciones, y procesos cicatriciales crónicos por resolución espontánea de perforaciones inadvertidas previas.

Métodos: Reporte de caso de un paciente con obstrucción intestinal secundaria a sepsis abdominal por absceso de epiplón mayor por cuerpo extraño manejado en un hospital de IV nivel en Bogotá D.C., Colombia

Resultados: Se reporta el caso de un paciente de 69 años que ingresa con clínica de 4 días de evolución consistente en obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico. Se realiza TAC de abdomen que documenta colección a nivel de epiplón mayor asociado a presencia de cuerpo extraño hiperdenso. Es llevado a laparotomía exploratoria con hallazgos de absceso en epiplón mayor secundario a espina de pescado, el cual se encuentra perforado hacia cavidad abdominal con peritonitis purulenta, sin evidencia de perforaciones a lo largo del tracto gastrointestinal.

Conclusiones: Los abscesos de epiplón mayor son entidades clínicas poco frecuentes que pueden asociarse con complicaciones y morbimortalidad, al generar una respuesta inflamatoria secundaria a peritonitis. Entre las causas de estos abscesos es importante descartar la presencia de cuerpos extraños.

03 - ID758

Obstrucción intestinal por tuberculosis diseminada simulando neoplasia colorrectal: reporte de un caso

Pedro Alexander Guerrero Serrano; David Alexander Avellaneda del Portillo; Oswal Steven Delgado Realpe; Harold Enrique Betancourt Santos
Hospital de Engativá; Universidad Nacional de Colombia
p.guerrero19@hotmail.com

Introducción: La tuberculosis abdominal sigue siendo un reto diagnóstico, representando el 10 % como única manifestación extrapulmonar, pudiendo ser de tipo intestinal, peritoneal o ganglionar.

Métodos: Paciente de 34 años reconsultante por dolor abdominal subagudo y síndrome

constitucional, prueba VIH negativa, tomografía de abdomen con engrosamiento de paredes del ciego sugestivo de compromiso neoplásico. Evolución tórpida con abdomen agudo, llevado a laparotomía exploratoria con masa de ciego perforada contenida, necrosis del colon ascendente y obstrucciones de asa delgada multipunto por implantes peritoneales y en serosa sugestivos de carcinomatosis peritoneal. Requirió resecciones intestinales segmentarias, se realizó cirugía de control de daños por inestabilidad hemodinámica, manejo en cuidado intensivo y nuevo procedimiento en 48 horas requiriendo nueva resección intestinal, cierre del muñón largo de colon e ileostomía terminal. Evolución tórpida, con choque séptico, estudios de esputo diagnostican tuberculosis pulmonar, progresión a falla multiorgánica y posterior fallecimiento. Se realizó revisión de estudio histopatológico confirmando tuberculosis intestinal y peritoneal.

Resultados: La tuberculosis intestinal debe sospecharse ante síntomas gastrointestinales inespecíficos y fiebre como lo reportado por Giouleme. Así mismo, el compromiso ileocecal es el más frecuente y en menor proporción genera obstrucción intestinal como lo describió Shariff. Sin embargo, en el caso presentado el compromiso fue intestinal, peritoneal y ganglionar, con obstrucción intestinal multipunto, con alta sospecha de origen neoplásico, permitiendo el diagnóstico solo con la patología.

Conclusiones: El compromiso intestinal por tuberculosis es una entidad prevalente con alto grado de severidad que debe conocer el cirujano y en algunos casos es necesario un manejo quirúrgico agresivo con desenlaces no favorables.

03 - ID465

Obstrucción intestinal secundaria a hernia de Bochdalek

Laura Isabel Narváez Sierra; Camilo Alberto Díaz Rincón; María Camila Boneth García

Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C.

lauranarvaezsierra@gmail.com

Introducción: La hernia de Bochdalek es un defecto congénito a nivel diafragmático generado por una alteración en la formación del diafragma posterolateral, al cual se asocian complicaciones pulmonares en neonatos. Sin embargo, la presentación en población adulta es muy rara, dada la sintomatología en edad temprana. Al momento de su diagnóstico, requiere de manejo quirúrgico de urgencia por herniación de vísceras abdominales a cavidad torácica.

Métodos: Les presentamos el caso de un paciente masculino de 50 años, con clínica de obstrucción intestinal, diagnosticado con esta anomalía como hallazgo incidental, quien hasta el momento se encontraba asintomático. Imágenes abdominales con sospecha de hernia hiatal gigante e intraoperatoriamente hallazgo de hernia de Bochdalek con contenido gástrico e intestinal, llevado a cierre primario con posterior resolución de sintomatología, sin requerimiento de resecciones quirúrgicas.

Resultados: La hernia de Bochdalek es una patología congénita, con reconocimiento por la generación de hipertensión pulmonar e hipoplasia pulmonar en la vida neonatal, en algunos pacientes se presenta de manera asintomática hasta edad adulta.

Conclusiones: Por medio de este caso, describimos las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para el cierre del defecto.

03 - ID982

Obstrucción intestinal secundario a intusucepción por linfoma intestinal. Reporte de caso y revisión de la literatura

Jairo Esteban González Apraéz; Alexandra Bastidas Santacruz; Andrés Felipe Pinto; Isabella Torres de la Cuadra

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C.; Pontificia Universidad Javeriana

jgonzalez.05@hotmail.com

Introducción: La intususcepción se presenta principalmente en pacientes pediátricos donde se asocia a causas funcionales, y en menor frecuencia en pacientes adultos donde se relaciona con causas

estructurales que comprometen la pared del tracto gastrointestinal. Ocurre en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, su presentación clínica es variable y dependerá de la etiología subyacente, por lo que representa un reto diagnóstico.

Métodos: Paciente de 71 años quien ingresó por urgencias por dolor abdominal de intensidad moderada, asociada a náuseas y emesis, por lo que se consideró cursando con obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico por lo que se inició manejo médico. La paciente venía en estudio por hematología por la sospecha de síndrome linfoproliferativo extra ganglionar, se realizó tomografía de abdomen con evidencia de intususcepción que condicionaba obstrucción intestinal.

Resultados: Se llevo a laparotomía exploratoria identificando hallazgos descritos en la imagen. Se realizó ilectomía del segmento con la intususcepción la cual se envió a patología que reportó linfoma B de células del manto. Finalmente, el paciente resolvió cuadro de obstrucción intestinal y se inició manejo con quimioterapia dándose egreso.

Conclusiones: La obstrucción intestinal es una patología común en cirugía general, usualmente causada por adherencias intrabdominales. Cuando el paciente no tiene antecedente quirúrgico las causas más comunes son hernias de la pared y neoplasias por lo cual está indicado el manejo quirúrgico con lo que se resuelve el cuadro agudo. De aquí la importancia y el rol del cirujano general en el seguimiento de pacientes oncológicos para actuar de manera rápida y oportuna.

03 - ID443

Obstrucción intestinal secundario a remanente del conducto onfalomesentérico: A propósito de un caso y revisión de la literatura

Tatiana Barragán; David Guillermo Gómez Garnica; Álvaro Javier Bayona Daza
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
tatianabarraganb@hotmail.com

Introducción: La circulación vitelina es la principal fuente de nutrición para el feto, conformado por la arteria y vena vitelinas y el conducto onfalomesentérico, el cual corresponde

a una conexión estructural entre el intestino primitivo y el saco vitelino. Estas estructuras se obliteran a la novena semana de gestación, pero una falla en este proceso puede resultar en diferentes anomalías, como el divertículo de Meckel u otras formas menos comunes como fístulas, banda fibrosa que comunica el íleon al ombligo y quistes. Todos pueden condicionar complicaciones como obstrucción intestinal o hernias.

Métodos: Se presenta un caso infrecuente de un paciente adulto joven sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos con un cuadro de obstrucción intestinal secundario a un quiste de remanente del conducto onfalomesentérico que condicionó una hernia interna.

Resultados: Se llevó el paciente a laparoscopia y posterior laparotomía logrando una adecuada disección del quiste y la corrección de la hernia, con adecuados resultados posoperatorios.

Conclusiones: Los remanentes del conducto onfalomesentérico en adultos es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, la cual se debe tener presente en obstrucciones mecánicas con abdomenes sin antecedentes quirúrgicos. El diagnóstico y manejo se basa en la intervención quirúrgica con resolución total del cuadro.

03 - ID746

Pancreatitis aguda por ascaridiasis invasiva: Una etiología olvidada prevalente en nuestro medio

Pedro Alexander Guerrero Serrano; Santiago Alonso Camacho Correa; Harold Enrique Betancourt Santos
Hospital de Engativá; Universidad Nacional de Colombia
p.guerrero19@hotmail.com

Introducción: La helmintiasis más frecuente del tracto gastrointestinal es causada por áscaris lumbricoides, pudiendo invadir el conducto biliar o el pancreático y ser la causa de complicaciones como la obstrucción biliar y pancreatitis aguda.

Métodos: Paciente femenina de 57 años procedente de comunidad indígena que consultó por dolor abdominal epigástrico y emesis. Se documentó pancreatitis aguda por clínica y amilasa elevada, perfil hepático con hiperbilirrubinemia

directa, virus hepatotropos negativos, colangiografía documentó colédoco de 11 mm con defecto lineal de 2 mm sugestivo de coledocolitiasis, llevada a colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) que confirmó obstrucción biliar por ascariasis invasiva extrayendo seis áscaris provenientes de la papila duodenal y un cadáver de áscaris de 8 mm en la vía biliar. Evolución a la mejoría, con resolución de pancreatitis, se dio manejo antiparasitario y posterior egreso.

Resultados: La ascariasis invasiva es frecuente en población vulnerable, como nuestra paciente procedente de una comunidad indígena. Es poco frecuente la obstrucción biliar por áscaris, la cual está descrita sólo en reportes de caso como los de Echeverría y Castaño, donde la ecografía fue el estudio diagnóstico de elección, contrario al caso presentado donde se requirió de la colangiografía. El manejo definitivo se hizo con CPRE más extracción de parásitos, como en el caso presentado.

Conclusiones: La pancreatitis aguda por áscaris es una etiología infrecuente y olvidada en el enfoque actual del paciente con obstrucción biliar que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial en nuestro medio, especialmente en población vulnerable.

03 - ID585

Paniculitis mesentérica: Causa poco frecuente de dolor abdominal recurrente. Reporte de caso

David Fernando Semanate Betancourt; Henry Armando Giraldo Salazar; Michael Zapata Palomino; José Ignacio Guerra; Martha Isabel Moreno Lasprilla
Universidad del Valle, Cali; Fundación Hospital San José de Buga
David.semanate@correounivalle.edu.co

Introducción: La paniculitis mesentérica es una entidad rara con una prevalencia real desconocida. Se estima el 0,6 % como hallazgo incidental en estudios tomográficos. Posee amplia gama de síntomas, siendo más frecuente en hombres. Su etiología no está esclarecida; se asocia a trauma o cirugía abdominal, condiciones

inmunoreumatológicas, cáncer, entre otros.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura más relevante del tema y se comparó con el caso descrito.

Resultados: Paciente masculino de 40 años, hipertenso y diabético, quien en un período de 5 meses consultó en cuatro oportunidades refiriendo dolor abdominal de diferentes características. Se abordó con distintos diagnósticos, sometido a múltiples estudios y tratamientos en las diferentes hospitalizaciones con mejoría parcial y temporal que lo llevaba a reconsultar. En su último ingreso contó con reporte de inflamación aguda y crónica en biopsia de mesocolon transversal, además de hallazgo de paniculitis mesentérica migratoria en evaluación retrospectiva de tomografías realizadas. Se indicó manejo con prednisona 40 mg día por 3 meses y posterior destete, actualmente en curso.

Conclusiones: Cerca del 10 al 15 % de casos son asintomáticos. La presencia de dolor abdominal es muy variable; entre un 30 % a 70 %, los hallazgos de laboratorio son inespecíficos y los imagenológicos pueden ser incidentales. El diagnóstico definitivo se realiza por patología y su tratamiento no está estandarizado; se reportan períodos cortos de esteroides. Dado su infrecuencia y el rendimiento de los estudios, este continúa siendo un diagnóstico de descarte, y en muchos casos se llega a él luego de múltiples intervenciones no exitosas.

03 - ID598

Paraganglioma aorto-iliaco: Reporte de caso

Lina Marcela Rodríguez; Felipe Girón Arango; Carlos Eduardo Rey Chaves; David Venegas; Ricardo Elías Núñez Rocha; Juan David Hernández; Ricardo Manuel Nassar Bechara
Universidad de los Andes, Bogotá, D.C.; Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad del Rosario; Pontificia Universidad Javeriana
linamrodriguez@gmail.com

Introducción: El paraganglioma y el feocromocitoma son enfermedades poco frecuentes que afectan a unos 1,5-9 pacientes por millón. Los síntomas más frecuentes son cefalea, hipertensión y diaforesis; sin embargo, pueden presentarse palpitaciones o taquicardia. La

malignidad no es frecuente, y cuando se sospecha, debe realizarse una tomografía por emisión de positrones (PET-CT). La cirugía es el tratamiento de referencia, con tasas aceptables de morbilidad y mortalidad.

Métodos: Una mujer de 33 años acude a la consulta privada con síntomas de larga duración consistentes en astenia, adinamia y sensación de masas palpables en el cuello. Debido a su historia clínica y a los hallazgos de imagen, se obtuvieron metanefrinas en orina, mostrando valores elevados de adrenalina 6,69 (mcg/24 horas), noradrenalina 130,09 (mcg/24 horas), dopamina 262,59 (mcg/24 horas). Se realizó PET para identificar masas hipermetabólicas en otras localizaciones, encontrando masas carotídeas bilaterales y una lesión nodular anterior a la bifurcación aortoiliaca, probablemente maligna. Se realizó resección tumoral retroperitoneal laparoscópica por un cirujano laparoscópico y metabólico, con hallazgos intraoperatorios de una masa vascularizada (30 x 25 mm), estrechamente relacionada con la bifurcación aortoiliaca izquierda y líquido peritoneal.

Resultados: Los paragangliomas son tumores raros que frecuentemente producen catecolaminas con síntomas variados. El diagnóstico requiere la historia del paciente, estudios de laboratorio incluyendo niveles de metanefrinas en orina de 24 horas y en plasma. Son necesarias pruebas de imagen como TC, RM y PET. Es necesario el manejo perioperatorio, y la cirugía es la base del tratamiento en pacientes con enfermedad localizada. La enfermedad metastásica tiene una mortalidad del 50 % a los 5 años y requiere un enfoque diferente.

Conclusiones: El paraganglioma es una entidad rara y compleja que requiere un abordaje multidisciplinario.

03 - ID584

Perforación estercoral recto-sigmoidea por fecaloma en paciente con enfermedad diverticular complicada: Reporte de caso

Juan Paulo Serrano Pastrana; Andrea Estefanía Quijano Mantilla; Ricardo Bravo González; Juan Daniel Serrano Lizarazo; Nathalia García

Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL,
Bucaramanga
jpserran@uis.edu.co

Introducción: La perforación estercoral es una entidad extremadamente rara y altamente mortal de la que se conocen menos de 200 casos reportados a nivel mundial. En el presente reporte se realizará revisión de la literatura y se presentará un caso clínico que ilustra la patología.

Métodos: Se trata de una paciente femenina de edad media, con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial, obesidad mórbida, enfermedad diverticular y síndrome de Cushing exógeno, quien cursó con sepsis de origen abdominal secundaria a perforación estercoral.

Resultados: Se optó por manejo quirúrgico, con hallazgo intraoperatorio de pelviperitonitis fecal secundaria a fecaloma sigmoideo. Perforación estercoral de 12 cm y absceso adyacente en íleon medio con compromiso parietal intestinal de 14 cm. Se realiza drenaje de fecaloma en área de perforación sigmoidea con lavado en cavidad. Posteriormente se realiza sigmoidectomía con cierre de muñón distal y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda más resección ileal con anastomosis.

Conclusiones: Es importante tener dentro de nuestros diagnósticos diferenciales ésta patología por su alta tasa de mortalidad, independientemente de la edad y comorbilidades de nuestros pacientes. Se plantea que ante la sospecha diagnóstica la toma de exámenes complementarios no debe retrasar la realización de laparotomía exploratoria. Este caso en particular representó un reto diagnóstico ya que la presentación de esta enfermedad es infrecuente, la edad de la paciente se encontraba fuera del rango característico y el motivo de consulta inicial no atendió a sintomatología gastrointestinal. Así mismo, la alta carga de comorbilidades sumaron un riesgo de mortalidad adicional, planteando también un reto terapéutico.

03 - ID941

Previendo la enfermedad tromboembólica venosa

Helio Fernando Espinosa Cadavid; Natalia Yandy

León; Delio Felipe Martínez Blanco; Cristian Jhoan Gallego López; Julián Camilo González Collazos
Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”
E.S.E., Cali; Universidad del Valle
heliocadavid@gmail.com

Introducción: La enfermedad tromboembólica venosa es la primer causa de muerte prevenible dentro del ámbito hospitalario. Representa una elevada carga de morbilidad, es la tercera enfermedad vascular más importante después del infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular. Se reconoce el trauma y el acto quirúrgico como un importante factor de riesgo. El objetivo fue determinar la estrategia más eficaz para prevenirla en pacientes quirúrgicos.

Métodos: Revisión narrativa efectuando búsqueda de estudios descriptivos y revisiones sistemáticas en bases de datos Embase, Cochrane, Medline y Pubmed.

Resultados: Se destacan los resultados de Spyropoulos et al., en donde se analizaron datos de 15.156 pacientes para determinar la incidencia acumulada de TEV desde el ingreso hasta 3 meses y de Rattan et al., en el que evalúan la carga oculta de TEV posterior al trauma, incluyendo 5.151.617 pacientes. Se concluye que existen veinte factores de riesgo ponderados los cuales se incluyen en la escala de Caprini que se adapta a un modelo de paciente quirúrgico, validado desde entonces en múltiples cohortes separadas. Se implementó la estratificación obligatoria del riesgo de TEV utilizando el sistema de clasificación Caprini, realizando profilaxis mecánica y/o farmacológica con diferente duración según lo indique el nivel de riesgo.

Conclusiones: La incidencia de TVP disminuyó en 84 %, de 1,9 % a 0,3 % ($p < 0.01$), incidencia de embolias pulmonares se redujo en 55 %, de 1,1 % a 0,5 % ($p < 0,01$). Los resultados de TEV ajustados al riesgo disminuyeron constantemente desde una razón de probabilidades de 3,41 a 0,94 ($p < 0.05$).

03 - ID583

Proyectil alojado en luz intestinal como hallazgo intraoperatorio en manejo de trauma penetrante abdominal posterior

Jesús José Dueñas Orejuela; Johan Sebastián Merchán Cepeda; María Sofía Labrador Morales; Jorge David Prieto Delgado
Hospital Universitario San José, Bogotá, D.C.;
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
jtduormd@gmail.com

Introducción: El trauma penetrante secundario a herida por proyectil de arma de fuego (HPAF) es una patología frecuente en nuestro medio. El abordaje diagnóstico inicial, nos permite una aproximación inicial a las posibles lesiones asociadas. Sin embargo el manejo intraoperatorio presenta grandes retos dependiente de la trayectoria de la lesión.

Métodos: Se describe el caso de un paciente de 22 años manejado por el servicio de cirugía general y urgencias del Hospital San José, desde el ingreso, evaluación diagnóstica hasta hallazgos y manejo intraoperatorio.

Resultados: Se detallan hallazgos intraoperatorios, de lesión intestinal delgada y renal compleja por trayectoria del proyectil.

Conclusiones: En el contexto del paciente con HPAF abdominal posterior, pese a la estabilidad hemodinámica del paciente, la adecuada evaluación diagnóstica inicial nos brinda una aproximación a la posibilidad de las lesiones, lo que permite un rápido accionar y así una optimización de procesos para mejores resultados terapéuticos.

03 - ID831

Pseudoquiste esplénico espontáneo: Un reporte de caso

William Hernando Salamanca Chaparro; Angie Carolina Riscanevo Bobadilla; Paulo Andrés Saavedra; Juliana Castillo

Clínica Colombia, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria Sanitas

whsalamancach@Fundación Universitaria Sanitas.edu.co

Introducción: Los quistes esplénicos son entidades anatómicas y clínicas poco frecuentes, con una incidencia aproximada de 0,07 %. Se clasifican como quistes esplénicos primarios o secundarios: los quistes primarios contienen

revestimiento epitelial y se subdividen en quistes parasitarios y no parasitarios según su etiología y los secundarios suelen ser el resultado de un traumatismo abdominal y no poseen revestimiento epitelial en la luz quística. Por lo general, son asintomáticos y se pueden encontrar de manera incidental durante estudios de imagen o en la laparotomía. Los síntomas están relacionados con el tamaño de los quistes.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 23 años con dolor abdominal intermitente de varios meses de evolución, sin antecedentes de trauma. Durante estudios con hallazgos de pseudoquiste esplénico gigante, quien fue tratada quirúrgicamente mediante esplenectomía total por laparoscopia sin complicaciones quirúrgicas y con una adecuada evolución postoperatoria.

Resultados: El manejo de los quistes esplénicos continúa evolucionando y el tratamiento óptimo de los pacientes con quistes esplénicos no parasitarios es controvertido, ya que se prefiere una técnica de preservación del bazo con métodos mínimamente invasivos como la esplenectomía por laparoscopia.

Conclusiones: El diagnóstico de quiste esplénico se realiza mediante estudios imagenológicos y se confirma con el análisis histopatológico para determinar el tipo, ya sea que el quiste sea verdadero o falso. La esplenectomía total, ya sea por técnica abierta o laparoscópica, es el tratamiento de elección, especialmente si el quiste es grande y se extiende hacia el hilio, para evitar la recurrencia y las complicaciones.

03 - ID920

¿Qué tan eficiente es el trasplante fecal en infecciones por *Clostridium difficile*?

Karen Juliette García García; Carlos Alberto Lozano De Ávila; Nayib De Jesús Zurita Medrano; Vanessa Duque Atencio; Juan José Alzamora Pérez; Valentina Porto Eljaiek

Universidad del Sinú – seccional Cartagena
karenchis.juliette92@gmail.com

Introducción: La microbiota intestinal sana lo constituye aquel grupo de microorganismos que participan en el adecuado control metabólico del huésped, indispensables para generar resistencia

ante las infecciones. Se busca investigar de qué manera el trasplante de materia fecal toma auge con el fin de ser terapéutica en la infección por *Clostridium difficile*. Es así como el pensamiento de que las bacterias son dañinas se empieza a tornar ambiguo y se considera que son las especies más subvaloradas del ser humano y que podrían traer beneficios costoefectivos, buena respuesta terapéutica, disminuir la estancia hospitalaria y permitir ampliar el manejo en una patología recurrente.

Métodos: Para el siguiente enfoque se empleó la búsqueda de la literatura utilizando los siguientes términos DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings) y demás bases de datos.

Resultados: Respuesta favorable de más del 80 % en paciente con infección por *Clostridium difficile* ha ampliado el panorama en cuanto a opciones de tratamiento en esta enfermedad.

Conclusiones: Realmente hoy por hoy podemos ver que el trasplante de materia fecal pudiera contraer beneficios no solo costoefectivos sino disminución de la morbimortalidad en cuanto a infecciones digestivas, además de ser considerada como una medida que disminuirá los reingresos, así como la estancia hospitalaria mediante este procedimiento terapéutico, validado con evidencia científica, es así como se abre el panorama de investigación en infección por *Clostridium difficile*.

03 - ID620

Quiste de colédoco en adulto: Reporte de caso

Víctor Ruano Flórez; Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Brigitte Dayana García; Asdrubal Miranda
Universidad de Cartagena; Hospital Universitario del Caribe, Cartagena
dr.ruano flores@gmail.com

Introducción: Se trata de una malformación congénita rara de la vía biliar. La mayoría se diagnostican durante la infancia y la adolescencia, con incidencia mayor en países asiáticos y predomina en el sexo femenino.

Métodos: Paciente de 30 años consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor abdominal localizado en epigastrio,

irradiado a hipocondrio derecho, persistente, asociado a náuseas, emesis y coluria. Al examen físico de ingreso se encuentra con ictericia en escleras, y dolor a la palpación en epigastrio.

Resultados: Ecografía de abdomen con hallazgo de imagen anecogénica quística a nivel del hilio hepático que mide unos 70 x 43 mm para un volumen aproximado de 78 cc. La colangioresonancia muestra dilatación quística en el colédoco respetando su porción distal intrapancreática compatible con quiste de colédoco de tipo Todani IA. A nivel de perfil hepático con hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, transaminasas elevadas, fosfatasa alcalina y GGT elevada. En cirugía se realiza resección de quiste, seccionando a nivel del hepático común, el cual se encuentra dilatado, y reconstrucción en Y de Roux. Paciente con evolución clínica favorable a quien se dio egreso al quinto día.

Conclusiones: El diagnóstico y manejo temprano de esta entidad en adultos ayuda a prevenir serias complicaciones, como colangitis, ruptura del quiste, cirrosis y hasta colangiocarcinoma

03 - ID440

Reconstrucción intestinal luego de falla anastomótica de Y de Roux

Diego Felipe González Patiño; Hugo Alberto Cómbita Rojas; Andrea Marcela Sandoval Reina; Laura Alejandra Narváez Díaz; Diego Andrés Onzaga Villalba; Paula Andrea Moreno Moreno
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
difgonzalezpa@unal.edu.co

Introducción: La reconstrucción bilioentérica con asas yeyunales es una opción frecuentemente usada. Una de las complicaciones técnicas más importantes de la derivación en Y de Roux es la fuga anastomótica, la cual aumenta la morbimortalidad debido a sepsis abdominal secundaria.

Métodos: Paciente de 69 años en postoperatorio de reconstrucción biliodigestiva en Y de Roux por quiste de colédoco (Todani 1), remitida por dolor y colecciones intraabdominales. Se registra malnutrición y fuga anastomótica yeyuno-yeyunal con requerimiento de resección de anastomosis y 20 cm de yeyuno, resultando en estomas para asa

biliar y asa distal, y yeyunostomía por sonda del asa proximal. Tiempos quirúrgicos adicionales para remodelación de estomas. Cursa con múltiples procesos infecciosos abdominales y asociados a catéter parenteral. Al completar recuperación nutricional se somete a nueva reconstrucción en Y con cierre de estomas. Evolución subsecuente favorable.

Resultados: Muchas de las series de reconstrucción biliodigestiva se enfocan en la falla hepático-enteral o porto-enteral, por lo que la literatura aplicable proviene generalmente de series en cirugía bariátrica (0,5-5,6 %) asociadas a problemas de engrapadoras o isquemia tisular, por inflamación en el área de sección. El manejo de esta complicación requiere un abordaje multidisciplinario encabezado por cirujanos expertos.

Conclusiones: La reconstrucción en Y de Roux luego de falla anastomótica es posible y segura para pacientes seleccionados, luego de una adecuada repleción nutricional y resolución de los cuadros infecciosos.

03 - ID1023

Reparo de hernia hiatal paraesofágica y modificaciones en la actualidad

Laura Isabel Narváez Sierra; Camilo Alberto Díaz Rincón; Tania Guerra
Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C.
lauranarvaezsierra@hotmail.com

Introducción: La hernia hiatal paraesofágica que representa solo el 5 % de todas las hernias hiatales, puede provocar complicaciones potencialmente mortales, como obstrucción, dilatación aguda, perforación, o sangrado de la mucosa gástrica. La causa de los defectos hiatales está relacionada con el aumento de la presión intraabdominal que provoca un gradiente de presión transdiafragmática entre las cavidades torácica y abdominal en la unión gastroesofágica.

Métodos: El propósito de este trabajo es hacer un repaso del estado actual de la indicación de cirugía, con técnicas que incluyen resección del saco herniario, procedimiento de alargamiento

esofágico, reparación crural, y procedimiento antirreflujo adicional.

Resultados: La reparación laparoscópica ha demostrado ser mejor en comparación con la reparación abierta convencional con respecto a la estancia hospitalaria, el tiempo de recuperación y la disminución.

Conclusiones: Con el fin de mejorar la eficacia de este procedimiento, exponemos las diferentes modificaciones que han surgido, como la realización de una funduplicatura y el uso de un recubrimiento de malla absorbible para reforzar la cruroplastia.

03 - ID544

Retos en cirugía por complicaciones de múltiples fistulas secundarias a bypass gástrico

Danny Alexander Murillo Rodríguez; William Hernando Salamanca Chaparro; Luis Alejandro Velandia; Jaime Andrés Muskus García
Clínica Medical
dannymurillo0708@hotmail.com

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux es una técnica segura, eficiente y ampliamente utilizada en cirugía bariátrica. Sin embargo una cirugía que es electiva puede tener complicaciones con una alta tasa de morbimortalidad. Se presentara el reporte de un caso clínico de un paciente con múltiples complicaciones infecciosas y gastrointestinales, dado por dehiscencia de anastomosis esofago-gastrica, fistulas gastro y entero-atmosférica, bacteriemias y sangrados digestivos secundarios a más de 30 intervenciones extra institucionales por bypass gástrico laparoscópico fallido.

Métodos: Documentar mediante un reporte de caso clínico pautas de tratamiento desde la experiencia de una entidad presentada en la Clínica Medical.

Resultados: Se plantearon y cumplieron las metas propuestas al ingreso del paciente a nuestra institución, llevándolo a la restauración de su estado renal, la ausencia de signos inflamatorios sistémicos, normalización de su perfil hepático y mejoría de su estado nutricional, realizando satisfactoriamente la restitución del tracto

gastrointestinal mediante cirugía de demolición más anastomosis esofago-yeyunal y yeyuno-yeyunal en Y de Roux más gastrectomía subtotal.

Conclusiones: El manejo quirúrgico en nuestro paciente significó todo un reto dada las múltiples intervenciones y complicaciones presentadas en el transcurso de 11 meses. Sin embargo consideramos que el éxito de la cirugía radica en decidir el momento indicado para llevar al paciente a quirófano, resultado del manejo multidisciplinario realizado en nuestra institución.

03 - ID688

Salmonelosis con perforación intestinal: Reporte de casos

Laura Cristina Arce Polanía; Dánel Rubén Yarig Blanco Guerrero; David Guillermo Gómez Garnica; William Sánchez Maldonado
Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.; Universidad Militar Nueva Granada
lauraarcepolanía29@gmail.com

Introducción: La fiebre tifoidea es causada por la Salmonella typhi, una bacteria que se transmite vía fecal-oral que sigue siendo endémica en países en vía de desarrollo sin adecuadas normativas sanitarias de agua potable. El tratamiento médico antimicrobiano temprano en la mayoría de los casos es suficiente para su control. Sin embargo entre el 1-3 % de los pacientes pueden progresar a una perforación intestinal, una temida complicación con impacto en la mortalidad de los pacientes.

Métodos: Se presentan dos casos de salmonelosis con perforación intestinal que requirieron manejo quirúrgico con resultado exitoso.

Resultados: La perforación intestinal se presenta en la segunda y tercera semana de enfermedad con impacto en la morbilidad y mortalidad. Entre los factores que pueden llevar a la perforación intestinal se encuentran el uso de medicinas tradicionales, genética del hospedero y los factores de virulencia de las cepas circulantes. Las complicaciones postoperatorias más comunes de la perforación intestinal son la infección del sitio operatorio, fístula intestinal, obstrucción intestinal, absceso intraabdominal o empiema.

Conclusiones: Las medidas tomadas en la perforación intestinal incluyen el manejo preoperatorio antimicrobiano adecuado y la cirugía temprana con el fin del control del foco infeccioso y evitar las complicaciones asociadas.

03 - ID806

Sepsis biliar secundaria a fístula colecistocutánea como complicación rara de colecistostomía: reporte de un caso y revisión de la literatura

Juan Carlos Vallejo Soto; Luisa Fernanda Trujillo Guerrero; Pablo Andrés García Barón; Dínimo José Bolívar Sáenz

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C.; Universidad del Rosario
juanc.vallejo@urosario.edu.co

Introducción: La colecistostomía es una alternativa en pacientes con alto riesgo quirúrgico, permitiendo controlar el foco infeccioso biliar, minimizando los riesgos de una colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, éste procedimiento puede estar asociado con complicaciones, incluyendo síntomas biliares recurrentes, episodios de pancreatitis a repetición y sepsis de origen biliar.

Métodos: Reporte de caso de una paciente con fístula colecistocutánea secundaria a colecistostomía, manejada en un hospital de IV nivel en Bogotá D.C., Colombia.

Resultados: Se reporta el caso de una paciente de 65 años, múltiples comorbilidades cardiovasculares, con muy alto riesgo quirúrgico, que ingresa en contexto de colelitiasis con colecistitis, llevada a colecistectomía por laparoscopia con requerimiento de conversión a laparotomía. Sin poder realizar disección adecuada por compromiso inflamatorio, se decide realizar colecistostomía. A los 4 meses la paciente reingresa en contexto de sepsis biliar secundaria a fístula colecistocutánea documentada en colangiografía, por lo que es llevada a colecistectomía abierta de forma exitosa logrando resolución del cuadro clínico.

Conclusiones: La fístula colecistocutánea es una entidad clínica muy rara asociada a

colecistostomía. A pesar de que la colecistostomía es una alternativa de manejo en pacientes con colecistitis aguda con alto riesgo quirúrgico o en casos de compromiso inflamatorio en quienes no sea posible realizar colecistectomía, se asocia a complicaciones y morbilidad postoperatoria.

03 - ID712

Síndrome Asia: a propósito de un caso

Leonardo José Lora Acuña; Juan Carlos Bonilla

Centro Médico Imbanaco, Cali; Pontificia Universidad Javeriana Cali
ljllooraa@javerianacali.edu.co

Introducción: Se presenta el caso de paciente con complicación cutánea por reacción a adyuvantes (prótesis mamaria en paciente mastectomizada).

Métodos: Paciente de 63 años que ingresa al servicio con previo manejo extrahospitalario de terapia conservadora de la mama izquierda (cuadrantectomía más muestreo axilar [no convencional] más radioterapia adyuvante) por carcinoma ductal infiltrante, luminal A. Con enfermedad residual que requirió nueva cuadrantectomía más ganglio centinela, el cual resultó comprometido por metástasis, por lo que se realiza vaciamiento axilar, y posterior hormonoterapia con inhibidor de la aromatasa (anastrozol), el cual se suspende a los 3 años de seguimiento por recaída local, realizándose mastectomía total con resultado de un carcinoma ductal infiltrante GH2, con invasión perineural, sin invasión vascular. 0/18 ganglios. Lesión Luminal A. Se realiza rotación de IA a exemestano, por 5 años. Posteriormente, presenta lesión dérmica eritematosa sobre elevada en el colgajo, superior y medial, no pruriginosa. La biopsia evidencia dermatitis perivascular superficial, persistente y refractaria a múltiples tratamientos por dermatología. IHQ descarta infiltración por carcinoma. Dos años después, dada refractariedad, se decide en conjunto con la paciente el retiro de las prótesis, las cuales estaban encapsuladas, y lipoinjerto, con seroma periprotésico de características inflamatorias. La paciente presenta mejoría de las lesiones cutáneas, sin nueva recaída tumoral ni de las lesiones dérmicas en los controles.

Actualmente paciente con 76 años, presenta recaída a distancia en mediastino, en manejo con palbociclib más letrozol, con enfermedad estable.

Resultados: El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes reúne un conjunto de alteraciones resultado de la respuesta inmune exagerada ante adyuvantes, en este caso prótesis mamaria, posterior a reconstrucción mamaria posterior a mastectomía en el contexto oncológico.

Conclusiones: En el caso de síndrome Asia secundario a prótesis mamaria, el tratamiento es el retiro de las mismas.

03 - ID548

Síndrome de Lemmel como diagnóstico diferencial del síndrome biliar obstructivo. A propósito de una serie de casos y revisión de la literatura

Julián Jiménez Moreno; Andrea del Pilar Betancourt Arias; Carmen Milena Socarrás Galeano; Carlos Alberto Gubbay Páez; Laura Daniela Junco Parga
Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, D.C.; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
julian_jimo@hotmail.com

Introducción: La ictericia es un signo clínico con una gran variedad de entidades medias y quirúrgicas relacionadas, lo que conlleva a diferentes estrategias terapéuticas, ante lo cual se vuelve vital un adecuado enfoque inicial con el fin de determinar la causa y por ende el tratamiento adecuado. Se presenta una serie de tres casos de pacientes con síndrome biliar obstructivo, con hallazgo de divertículo yuxtapapilar o también conocido como síndrome de Lemmel como agente causal. Dada la baja incidencia de este tipo de patologías y de literatura médica limitada al respecto, se realiza una revisión de la literatura.

Métodos: Se realiza una revisión de tres casos documentados del síndrome de Lemmel y su tratamiento.

Resultados: Se presentan tres casos de mujeres con síndrome biliar obstructivo secundario a la compresión de la vía biliar por el divertículo, debido a coledocolitiasis en dos de los tres casos,

que requirió manejo endoscópico, y solo uno con manejo quirúrgico por los antecedentes del paciente.

Conclusiones: Se presenta de manera clara las diferentes alteraciones y el abordaje diagnóstico con su respectivo tratamiento como una manera clara del enfoque de pacientes con síndrome biliar obstructivo secundario a una patología poco frecuente.

03 - ID522

Síndrome de ligamento arcuato medio. Revisión crítica en la era de la cirugía laparoscópica

Juan Carlos Barriga; Angie Carolina Riscanevo Bobadilla; Juan Agustín Varela Pardo; Guillermo Bretón
Clínica Reina Sofía, Bogotá, D.C.
juancbarriga2@yahoo.com

Introducción: El síndrome del ligamento arcuato medio en una entidad anatómica y clínica caracterizada por la compresión directa del tronco celíaco por el ligamento arcuato medio formado por fibras tendinosas de las cruras diafragmáticas, que forman el arco ventral del hiato aórtico. Clínicamente se ha caracterizado por la tríada de dolor abdominal posprandial, pérdida de peso gradual secundario a ingesta deficiente de alimentos y al examen físico, soplo epigástrico que aumenta con la espiración. Los avances en el diagnóstico por imagen, como la tomografía con reconstrucción tridimensional, la resonancia magnética y la ecografía doppler que mide las velocidades del flujo sanguíneo al final de la inspiración y al final de la espiración en el tronco celíaco han permitido caracterizar mejor esta enfermedad. Desde el punto de vista fisiológico, un aumento de la velocidad espiratoria es un parámetro diagnóstico de síndrome de ligamento arcuato.

Métodos: El tratamiento se realiza principalmente mediante la liberación del ligamento arcuato medio, la extirpación del plexo nervioso abdominal y/o la reconstrucción vascular selectiva. Presentamos el caso de una mujer de 56 años con una historia de 1 año de dolor abdominal crónico asociado a pérdida de peso, que fue llevada

la liberación laparoscópica del tronco celíaco con sección total el ligamento arcuato medio con mejoría parcial de los síntomas.

Resultados: El mecanismo fisiopatológico es controvertido, la gravedad de los síntomas es variable y la respuesta impredecible al tratamiento lo que lo convierte en un desafío diagnóstico y terapéutico.

Conclusiones: Realizamos una revisión crítica de la literatura, enfatizando en los mecanismos patogénicos y las opciones terapéuticas.

03 - ID543

Síndrome de Rapunzel asociado a perforación intestinal. Revisión de un caso clínico

Sebastián Ruiz; Ivette C. Jiménez Lafourie; Jhon A. Peralta

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.
sebastianruizgutierrez@gmail.com

Introducción: Los tricobezoars son la forma de presentación más frecuente en niñas jóvenes y adolescentes, los cuales se asocian a tricofagia y/o tricotilomanía. El síndrome de Rapunzel, descrito por Vaughan en 1968, se define como la extensión del bezoar hasta intestino delgado donde se pinta de amarillo por la bilis y excepcionalmente al intestino grueso, que puede llevar a múltiples complicaciones.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 12 años con cuadro de 2 meses de evolución, reporte de ecografía de abdomen que reporta adenitis mesentérica, y con persistencia de síntomas a pesar de manejo médico. Reporte de TAC de abdomen que sugiere bezoar.

Resultados: Se realiza EVDA confirmando diagnóstico. Se realiza laparotomía supraumbilical y gastrotomía donde se encuentra tricobezoar impactado en antro gástrico con extensión a duodeno y úlcera contenida a 5 cm del ligamento de Treitz. Se indicó nutrición parenteral durante postoperatorio y manejo multidisciplinario con Psiquiatría y Pediatría durante hospitalización.

Conclusiones: Es fundamental sospechar el Síndrome de Rapunzel en la población pediátrica, a pesar de ser poco común, y así mismo, siempre

descartar las complicaciones, considerando la perforación intestinal como la principal, por medio de revisión sistemática de la cavidad para así evitar reintervención y prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes.

03 - ID842

Síndrome de Valentino: reporte de caso

Sebastián Bohórquez Garnica; Rafael Eduardo Romero Figueroa

Universidad del Sinú - Seccional Cartagena
sbohorquez2@hotmail.com

Introducción: El dolor abdominal es un cuadro florido que puede estar presente en distintas patologías de origen gastrointestinal.

Método: Se describe el caso de una paciente de 66 años que acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de dolor abdominal, de predominio en la fosa ilíaca derecha, con francos signos de irritación peritoneal. Se sospechó un proceso apendicular. Fue llevado a manejo quirúrgico con un abordaje por línea media supra e infra umbilical. Se documentó abundante líquido libre en cavidad, un apéndice sin cambios inflamatorios; por ello fue necesario evaluar la cavidad abdominal de forma exhaustiva y se encontró una perforación gástrica causante del cuadro clínico de abdomen agudo. Esta presentación clínica es conocida como síndrome de valentino y debe considerarse como un diagnóstico diferencial en los paciente con dolor abdominal, principalmente en los pacientes con irritación peritoneal de corta evolución.

Resultados: Paciente con evolución clínica satisfactoria y egreso hospitalario.

Conclusiones: El síndrome de Valentino es una causa de dolor abdominal poco frecuente, con alto riesgo de complicaciones y debe considerarse como un diagnóstico diferencial en los dolores abdominales de la fosa ilíaca derecha, principalmente en los pacientes con cuadros clínicos atípicos, con signos clínicos tempranos de peritonitis. Y debe ser tomado en consideración a la hora de evaluar un paciente en el servicio de urgencias, y mayormente a la hora de encontrar un hallazgo intraoperatorio de un apéndice sano.

03 - ID661

Sobreviviendo al trauma cardíaco

Ana Milena Murgas Acevedo; Juliana Andrea Giraldo Cifuentes; Christian Camilo Trilleras Berrío; Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Leidy Stefany Rizo Sánchez; Lubian Andrés Zapata Echeverry; Alexander Fernández; Edgar Gutiérrez

Hospital Universitario del Caribe, Cartagena; Universidad de Cartagena
anamurgasacevedo@gmail.com

Introducción: Las heridas cardíacas son lesiones infrecuentes en el trauma torácico. Sin embargo acarrear una alta morbilidad especialmente aquellas ocasionadas por armas de fuego.

Métodos: Se trata de un paciente masculino de 40 años, sin antecedentes patológicos, quien ingresa por herida por proyectil de balinera (automóvil) a nivel precordial, sin repercusiones hemodinámicas y durante estancia hallazgo de proyectil intracardíaco.

Resultados: Paciente quien consulta por trauma penetrante (balín) a nivel de hemitórax izquierdo con sensación de disnea y dolor secundario. Ingresa sin inestabilidad clínica, al examen físico presenta herida en 6 EIC con LMC izquierda, asociada a disminución de ruidos respiratorios en base pulmonar ipsilateral, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. Se realiza radiografía de tórax en la que se observa obliteración del ángulo costofrénico izquierdo, por lo que se lleva a toracostomía cerrada con drenaje de 80 cc hemático y realización de ecografía pericárdica, la cual se encuentra normal. Durante hospitalización se realiza TAC de tórax dado persistencia drenaje serohemático e hipoventilación izquierda encontrando cuerpo extraño en músculo cardíaco sobre topografía del VD por lo que se decide ecocardiograma TT, sin evidencia de trastornos de la motilidad. Valorado por cirugía de tórax quienes consideraron nueva imagen para evaluar migración de proyectil, descartando dicho evento, por lo que teniendo en cuenta estabilidad hemodinámica, no daño estructural o funcional miocárdico se decide manejo no operatorio y seguimiento.

Conclusiones: Las heridas precordiales deben estudiarse y tratarse con base a protocolos bien

establecidos pero individualizando a cada paciente, de acuerdo a su estado clínico y a las lesiones encontradas durante la valoración integral.

03 - ID835

Taponamiento cardíaco por hipotiroidismo: reporte de un caso

Juliana Andrea Giraldo Cifuentes; Ana Milena Murgas Acevedo; Christian Camilo Trilleras Berrío; Katherine Lizeth Muñoz Murillo; Luis Gerardo Angel Ussa

Universidad de Cartagena
julianita1114@hotmail.com

Introducción: El derrame pericárdico secundario a hipotiroidismo es una patología infrecuente, siendo aún más rara la manifestación como taponamiento cardíaco, con una alta mortalidad si no se diagnostica y se maneja rápidamente. Está muy relacionado con el tiempo de evolución y severidad del hipotiroidismo. Generalmente la tríada de Beck y el pulso paradójico están ausentes, dificultando su diagnóstico inicial, simulando una falla cardíaca descompensada. El manejo se realiza con pericardiocentesis inmediata y luego sustitución hormonal gradual para evitar posibles descompensaciones cardíacas

Métodos: Se trata de un paciente masculino de 41 años, hipotiroideo, quien ingresa por dolor retroesternal, palpitaciones y anasarca

Resultados: Paciente con antecedente de hipotiroidismo, quien consulta con cuadro de 3 días de evolución de dolor retroesternal, edema generalizado, palpitaciones y cifras tensionales elevadas. Se encuentra en anasarca, con ingurgitación yugular; crépitos bibasales, hepatomegalia no dolorosa, diagnostican falla cardíaca descompensada y realizan ecocardiograma que muestra derrame pericárdico con signos de taponamiento cardíaco. Es llevado a pericardiocentesis ecoguiada para descompresión y estudio de líquido, y al día siguiente se realiza biopsia de pericardio por toracoscopia. Reporte de líquido negativo para tuberculosis, y biopsia negativa para malignidad o granulomas. Estudios de serología y enfermedades autoinmunes negativos. TSH de ingreso mayor de 75 UI/ml por lo cual se

inicia manejo para mixedema, con resolución de edemas y del taponamiento cardíaco, por lo cual es dado de alta a los 13 días postquirúrgicos.

Conclusiones: El taponamiento cardíaco secundario a mixedema es infrecuente, de síntomas inespecíficos, que requiere de una alta sospecha para su diagnóstico y tratamiento temprano, generando así un impacto en la alta mortalidad asociada.

03 - ID935

Técnica de control de contaminación de pared abdominal con la férula de látex en estoma

Angélica María Delgado Quintero; Mónica Alejandra Solís Velasco; Julián Camilo González Collazos; César Andrés Garzón; Mauricio Zuluaga Zuluaga

Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., Cali; Universidad del Valle; Pontificia Universidad Javeriana, Cali
angelica_2088@hotmail.com

Introducción: Se presenta el caso de una paciente femenina de 64 años con obesidad mórbida, con antecedente de cáncer de recto, que tenía una colostomía y se presentó con una hernia parostomal corregida. Sin embargo tuvo dehiscencia en la corrección con complicaciones infecciosas en el tejido celular subcutáneo. Fue manejada con técnica de condón de látex suturado a nivel de la fascia, y con colocación de vac comercial y barrera de ostomía, lo que permitió aislar de manera satisfactoria durante dos semanas las heces de la paciente y lograr el control de la infección.

Métodos: Se tomó registro de la historia clínica electrónica de la paciente y registro imagenológico de la cirugía.

Resultados: Se obtuvieron resultados satisfactorios postquirúrgicos en la paciente, a pesar de que tuvo que ser reintervenida en una segunda oportunidad por la misma complicación infecciosa.

Conclusiones: Se plantea una nueva técnica de ferulización para aislar el estoma y controlar la contaminación severa de la pared abdominal de manera satisfactoria.

03 - ID682

Terapia endoscópica de presión negativa para el manejo de fugas anastomóticas del tracto digestivo. Serie de casos

María Camila Romo Fajardo; Braulio Giovanni Velásquez Cuasquén; William Oswaldo Romo Romero

Hospital Susana Lopez de Valencia, Popayán
macarf04@hotmail.com

Introducción: Las fugas anastomóticas del tracto digestivo como resultado de complicaciones posquirúrgicas pueden llegar a ser mortales. Se han descrito diferentes alternativas de tratamiento, y en los últimos años la terapia endoscópica de presión negativa se ha convertido en un método innovador, seguro y confiable, con grandes beneficios para los pacientes.

Métodos: Presentamos cinco casos de pacientes.

1. Fuga de anastomosis esófago-yeyuno secundario a gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux por adenocarcinoma gástrico. 2. Fuga en sutura mecánica gástrica post- antrectomía y reconstrucción con gastroyeyunostomía en Y de Roux por úlcera duodenal perforada. 3. Fuga de anastomosis esofagogástrica cervical producto de ascenso gástrico retroesternal por atresia esofágica. 4. Fuga de anastomosis duodeno-yeyunal secundaria a derivación realizada por herida traumática compleja a nivel del Treitz. 5. Fuga en anastomosis colo-rectal, en paciente con antecedente de enfermedad de Hirschprung y descenso colónico tipo Duhamel.

Resultados: Todos los pacientes fueron manejados con terapia endoscópica de presión negativa y recambios en promedio cada 72 horas. El tiempo de la terapia fue variable en cada caso. Todos con adecuado control de la infección y resolución de las fistulas.

Conclusiones: La terapia endoscópica de presión negativa es un método seguro y eficaz para el tratamiento de fistulas post-quirúrgicas a nivel del tracto digestivo. Ofrece una menor tasa de complicaciones, morbilidad y tiempo de estancia hospitalaria.

03 - ID455

Teratoma mesentérico: Reporte de caso y revisión de la literatura

Jorge Isaac Vargas; Paulo Andrés Saavedra; Mayra Angélica Hernández Peñuela; Angie Carolina Riscanevo Bobadilla; Diana Milena Muñetones Buitrago

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C.
jota.vargas@gmail.com

Introducción: Los teratomas son neoplasias que surgen a partir de células germinales pluripotenciales, derivan de dos o más capas de células germinales (ectodermo, endodermo y mesodermo). Se clasifican en tumores maduros (quisticos o sólidos), que contienen tejidos bien diferenciados, o como tumores inmaduros, que contienen estructuras inmaduras y embrionarias. Su localización más frecuente son las gónadas femeninas y masculinas. La ubicación mesentérica es infrecuente y se han descrito aproximadamente 40 casos en la literatura mundial. Dentro del abordaje diagnóstico y terapéutico, se emplea la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear para caracterizar la lesión, evaluar la extensión intraabdominal y la relación con otras estructuras. El diagnóstico debe confirmarse mediante el examen histopatológico.

Métodos: Presentamos el caso de una paciente femenina de 56 años con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda en remisión. Durante estudios de seguimiento, se presenta el hallazgo incidental en tomografía de abdomen de lesión abdominopélvica de contenido líquido y graso, bien definida. Se realizaron estudios de extensión con marcadores tumorales los cuales fueron negativos. Alta sospecha clínica e imagenológica de teratoma, por lo que fue llevada a resección de la lesión; El examen histopatológico confirmó el diagnóstico de teratoma quístico maduro del mesenterio.

Resultados: El teratoma mesentérico es una entidad clínica rara y debe ser considerado como uno de los diagnósticos diferenciales de masa abdominal con efecto compresivo.

Conclusiones: El diagnóstico se basa principalmente en el examen clínico y en los

hallazgos imagenológicos. La escisión quirúrgica temprana es el pilar del tratamiento.

03 - ID436

Trauma de duodeno y rafia primaria: menos es más

Juliana Andrea Giraldo Cifuentes; Ana Milena Murgas Acevedo; Christian Camilo Trilleras Berrío; Katherine Lizeth Muñoz Murillo

Universidad de Cartagena
juligici@gmail.com

Introducción: El trauma de duodeno es infrecuente, generalmente secundario a heridas penetrantes, asociado a heridas vasculares y órganos adyacentes.

Métodos: Se trata de paciente de 28 años de edad, quien ingresa a urgencias con HPAF en región toracoabdominal izquierda con radiografía que evidencia proyectil en pelvis derecha, al ingreso con inestabilidad hemodinámica respondedor a LEV, con hematemesis y signos de irritación peritoneal. Se motiva para laparotomía exploratoria donde se evidencia hematoma expansivo en zona II de retroperitoneo derecho, herida mayor al 20 % de la cava inferior, herida en diafragma, trauma hepático grado III, trauma gástrico grado II, trauma de duodeno grado III, trauma de intestino delgado grado II, trauma de colon grado II, con realización de rafia primaria de todas las lesiones y cierre de pared abdominal. Se traslada a UCI donde completa reanimación, buena evolución postoperatoria y se da alta al 5° día.

Resultados: La recomendación inicial es el reparo primario, pero dependerá de la porción afectada y compromiso sobre el complejo pancreatoduodenal, ya que en las lesiones severas e inestabilidad hemodinámica se debe optar por cirugía de control de daños, y una vez corregido el rombo de la muerte se determina la cirugía definitiva. Es necesario tener en cuenta que el riesgo de fístulas siempre estará presente, pero su incidencia será menor en el reparo primario, independientemente del grado de la lesión.

Conclusiones: Cuando hablamos de trauma penetrante de duodeno en control de daños, menos

es mejor, y el reparo primario de las lesiones siempre será la primera opción

03 - ID960

Trauma esplénico cerrado: falla del manejo no operatorio

Marcelo Ramírez Barrios; Carlos Cruz Gómez; Sandra Moreno; Katty Carolina Cuadrado Nieves
Hospital Serena del Mar, Cartagena
maraba1982@hotmail.com

Introducción: El manejo no operatorio del trauma esplénico cerrado se relaciona con su severidad, presencia de heridas asociadas, fallas diagnósticas o tratamientos inadecuados. Las lesiones olvidadas o los diagnósticos tardíos llevan por sí mismos altas tasas de morbimortalidad. Los criterios para decidir qué pacientes pueden ser manejados sin cirugía sigue siendo materia de debate.

Métodos: El objetivo de este caso clínico fue describir las características generales, los resultados del manejo no operatorio y explorar los factores asociados a su falla.

Resultados: Paciente de 54 años con antecedentes de enfermedad renal crónica con hemodiálisis - Ingresa con trauma múltiple de tórax y abdomen por accidente de tránsito. Trauma ISS 14 puntos, cursando con hematoma esplénico. La tomografía de abdomen muestra hematoma adyacente al lóbulo hepático izquierdo con un volumen de 950 cc. Leve cantidad de líquido intraabdominal. Hb: 7,1 gr/dl. Se decide manejo expectante del trauma esplénico, transfusión sanguínea y manejo en UCI. Control tomográfico con disminución de tamaño y volumen 300 cc, Hb: 9,3 gr/dl, dado de alta al 6 día de internación. Reingresa a los 6 días, con dolor abdominal. Hb: 6.2 gr/dl, tomografía de abdomen con áreas de laceración, infarto y sangrado con hematoma peri-esplénico, líquido libre en los 4 cuadrantes y peri-hepático por hemoperitoneo (2.500 ml). Es motivado a cirugía de urgencia donde se realiza laparotomía exploradora, esplenectomía total más drenaje de hemoperitoneo.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes con trauma esplénico cerrado, pueden someterse a manejo no operatorio. Es un método seguro y

efectivo. Se reafirma que una de las ventajas del manejo no operatorio es la preservación esplénica. La probabilidad de falla del manejo no operatorio aumenta en pacientes con ISS mayor o igual a 20, con la presencia de hemoperitoneo en la TC de ingreso, y en los grados IV y V de lesión esplénica.

03 - ID703

Tricobezoar gástrico gigante, algo no tan común de encontrar

Edison Ramiro Muñoz Delgado; Dayana Nathalie Díaz Delgado; Sara Fernanda Díaz Villota
Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto
edison548@gmail.com

Introducción: El bezoar es un cuerpo extraño que se acumula en el estómago o en cualquier parte del intestino delgado cuya presentación clínica depende del tamaño y del grado de obstrucción que este genere. Puede estar compuesto por fibras vegetales, pelos, derivados químicos y alimenticios entre otros, causados por patologías psiquiátricas o formándose de manera incidental.

Métodos: Presentamos el caso clínico de una mujer de 19 años, habitante de Pasto, Nariño, con cuadro de dos meses de evolución de dolor abdominal incipiente en epigastrio, asociado a intolerancia progresiva a la vía oral, sensación de masa en epigastrio y pérdida de peso, con reporte en revisión de sistemas de síntomas ansiosos. Al ingreso se toma tomografía de abdomen con evidencia de gran masa intraluminal que ocupa toda la cavidad gástrica sin otras lesiones intraabdominales. Es llevada a laparotomía con extracción de un tricobezoar gástrico gigante de aproximadamente 25 por 8 cm que tomó la forma completa del estómago, con evolución postquirúrgica favorable y posterior egreso con manejo integral por psiquiatría.

Resultados: Paciente con tricobezoar gástrico gigante que debuta inicialmente como síndrome constitucional, que con un manejo quirúrgico adecuado tuvo una curación física completa.

Conclusiones: Los bezoares como causa de obstrucción gastrointestinal son un hallazgo poco frecuente en la práctica clínica, que según su

composición y grado de manifestaciones clínicas varían en su manejo, ya sea este por dilución química, extracción endoscópica y en muy raras ocasiones, como el anterior caso, cirugía abierta.

03 - ID762

Tubo gástrico invertido sin piloroplastia: técnica reconstructiva en cáncer de esófago. Reporte de caso

Luis Carlos Tabares Agreda; Laura Quintero Rojas; Juan Sebastián Martínez Franco; Carlos Manuel López Guzmán

Clínica Nueva El Lago, Bogotá, D.C.

luis.carlostabares07@gmail.com

Introducción: El adenocarcinoma de esófago es una patología de mal pronóstico, con tasa de supervivencia de 20 % a 5 años por sintomatología en estadios avanzados. En este documento se expondrá la importancia de la técnica quirúrgica y los desenlaces.

Métodos: Paciente de 48 años consulta por síntomas constitucionales, emesis y fiebre; EVDA, tomografía toracoabdominal con engrosamiento y estenosis a nivel gastroesofágico, patología de adenocarcinoma moderadamente diferenciado estadio IB, realizando esofagectomía transhiatal, con una resección amplia de esófago por aumento tumoral evidenciado intraoperatorio y reconstrucción en tubo gástrico invertido, con anastomosis cervical sin piloroplastia, sin complicaciones. Postoperatorio favorable, tolerancia a la vía oral y egreso del paciente dos semanas postoperatorias.

Resultados: Se realiza una esofagectomía transhiatal por ubicación tumoral, evitando complicaciones torácicas como lesiones pulmonares. La reconstrucción en tubo gástrico invertido fue la mejor opción quirúrgica dada la elongación gástrica, permitiendo una deglución fisiológica, mayor aclaramiento esofágico y permitiendo menor tensión de la anastomosis, sin realización de piloroplastia evitando dumping y reflujo biliar, ya que los síntomas gastrointestinales mejoran con manejo médico y la función gástrica intrínseca regresa en el 73 % de los pacientes.

Conclusiones: El abordaje transhiatal en adenocarcinoma de la unión gastroesofágica es una opción quirúrgica recomendada, con la reconstrucción en tubo gástrico con la conservación de la arteria gástrica izquierda mejorando la irrigación de la anastomosis esófago gástrica, así como la no realización de piloroplastia dados por la buena respuesta a manejo médico postoperatorio.

03 - ID896

Tumor neuroendocrino del colon transverso: Reporte de caso

Alejandra Catalina Gómez Franco; Cristian Camilo Páez Cancelado; Angela Cristina Ríos Cadavid

Universidad del Rosario; Fundación Universitaria Sanitas; Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, D.C.

ac.gomezf@hotmail.com

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) están definidos como tumores epiteliales con diferenciación predominantemente neuroendocrina debido a la presencia de células neuroendocrinas en la mucosa y submucosa del tracto gastrointestinal. Existen pocos casos en la literatura que documenten lesiones infiltrantes de gran tamaño de origen epitelial colónico metabólicamente activas que debuten con obstrucción intestinal.

Métodos: Mujer de 67 años con obstrucción intestinal maligna y síntomas sistémicos asociados a secreción hormonal tumoral. Presenta una neoplasia infiltrante de gran tamaño en el ángulo esplénico del colon de difícil localización con requerimiento de colectomía del transverso distal, resección multivisceral y colostomía tipo Hartmann. La histología demuestra un tumor organoide poco diferenciado con niveles normales de metanefrinas séricas y en orina.

Resultados: La incidencia de los TNE en el tracto gastrointestinal es de 8,4/100.000 habitantes, representando el 2 % de todas las neoplasias gastrointestinales, siendo el 41,8 % originadas en el íleon, el 27,4 % en el recto y el 8,7 % en el estómago. Las manifestaciones clínicas de esta

patología varían según la ubicación del tumor. Sin embargo, los TNE pueden ser asintomáticos o presentar alteración del ritmo evacuatorio, hematoquecia, sangrado oculto evidente, dolor abdominal y cuadros obstructivos. En lesiones de gran tamaño y de localización compleja, requieren resecciones multiviscerales complejas que implican un reto para el cirujano.

Conclusiones: Si bien los TNE de origen colorrectal son causas inusuales de neoplasias del tracto gastrointestinal comparadas con los adenocarcinomas. Deben incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales de las obstrucciones intestinales malignas. La resección quirúrgica es la piedra angular en su tratamiento.

03 - ID764

Tumor sincrónico de esófago y colon: Un reporte de caso

Sharon Gabriela Molina Vera; Pablo Sergio Mosquera Luna; Julián Andrés Panqueva Ibaqué; David Leonardo Sánchez García

Clínica Oncológica San Diego - CIOSAD
gabrielamolinavera@hotmail.com

Introducción: Los tumores primarios múltiples se describen como la aparición de dos o más neoplasias diferentes.

Métodos: Paciente masculino de 81 años con diagnóstico de cáncer sincrónico de esófago y colon, quien acudió por presentar disfagia de 1 año de evolución, hallando un carcinoma escamocelular de células grandes en zona proximal del esófago y posteriormente encontrando adenocarcinoma bien diferenciado en colon ascendente.

Resultados: Por imposibilidad de tratamiento farmacológico para ambos tumores debido a diferencia histopatológica se abordó el caso quirúrgicamente realizando gastrostomía para garantizar vía de alimentación y por riesgo de obstrucción intestinal, una hemicolectomía derecha e ileostomía continente con fístula mucosa asociadas a colostomía derivativa. Paciente realiza maniobra de Valsalva presentando dehiscencia de la herida con evisceración subsiguiente requiriendo intervención quirúrgica. Sin embargo

se imposibilita cierre primario de la herida dado el edema de asas, necesitando de cuidado crítico y al poco tiempo reintervención por medio de laparotomía exploratoria, realizando drenaje de abscesos retroperitoneales, liberación de bridas en íleon distal, lavado peritoneal, remodelación de ileostomía y cierre de evisceración. Presenta adecuada evolución, en consecuencia se da egreso continuando terapia oncológica para neoplasia esofágica. Requiere hospitalización 30 días después por complicaciones infecciosas pulmonares tipo neumonía, presentando un deterioro clínico progresivo el cual lleva a deterioro de su estado, produciendo un síndrome de descondicionamiento físico, lo que impide dado el estado del paciente, continuar terapia oncológica, por ende se brindan cuidados paliativos en casa, donde fallece 30 días luego del inicio de cuidados.

Conclusiones: El diagnóstico repercutió en la morbilidad por cáncer colónico del paciente.

03 - ID850

Úlcera de Marjolin sobre eventración asociada a fístula enterocutánea

Giovanny Vergara Osorio; Andrea Marisol Ortega Narváez; Jorge Eduardo Buriticá Vélez

Universidad de Caldas; S.E.S. Hospital Universitario de Caldas, Manizales
gioveoroso@hotmail.com

Introducción: La úlcera de Marjolin es la degeneración maligna en cualquier herida crónica, con una incidencia del 1,7 %. El carcinoma de células escamosas es el tipo más común.

Hay poca evidencia actual sobre su manejo por lo que es difícil definir el tratamiento óptimo.

Métodos: Hasta el momento no hay reportes en la literatura de úlceras de Marjolin asociado a eventración y fístula enterocutánea. Presentamos un paciente con antecedente de laparotomía más colostomía hace 20 años, con cierre de la misma a los 12 meses. Poco tiempo después aparece una úlcera sobre la cicatriz. Consultó por crecimiento de la lesión y drenaje de secreción amarilla a través de ésta. Requirió manejo multidisciplinario y se consideró candidato a resección quirúrgica

para tratamiento de la fistula y reconstrucción anatómica y funcional de pared abdominal.

Resultados: Resección en bloque de la lesión con márgenes oncológicos incluyendo trayecto fistuloso, resección intestinal, anastomosis y malla de tracción para cierre dinámico previa aplicación de toxina botulínica. La patología informó carcinoma escamocelular bien diferenciado, ulcerado, con infiltración mural de tejidos blandos y asas intestinales, trayecto fistuloso tumoral focal, márgenes de resección libres de neoplasia. Posterior a cuatro intervenciones con tracción progresiva de la fascia se llevó a cierre primario con separación de componentes.

Conclusiones: Este caso representó un reto para el equipo pues requería el manejo de la fistula y reconstrucción anatómica y funcional de la pared abdominal. Según el éxito obtenido sugerimos manejo en instituciones de alta complejidad por un equipo multidisciplinario que incluya un grupo de alto desempeño en pared abdominal.

03 - ID711

Un cuerpo extraño rectal inesperado

Edison Ramiro Muñoz Delgado; Dayana Nathalie Díaz Delgado

Hospital Universitario Departamental de Nariño,
Pasto

edison548@gmail.com

Introducción: Los cuerpos extraños rectales son relativamente comunes en nuestro medio y pueden ser de lo más variopintos, estos pueden alojarse en el recto de forma intencional, como parte de una agresión sexual o menos frecuente alojarse en esta área por ingesta.

Métodos: Presentamos el caso de un hombre de 51 años que refiere cuadro de 1 día de evolución consistente en introducción intencional de botella con posterior dolor intenso e imposibilidad para su extracción. El paciente ya tenía antecedente hace 4 años de inserción de cuerpo extraño en recto que requirió en aquella ocasión extracción por laparotomía con colostomía la cual posteriormente fue cerrada de forma exitosa. Se toma radiografía de abdomen con evidencia de botella alojada

en sigmoides, al examen físico no presentaba signos de irritación peritoneal y no era posible palparla al tacto rectal. Es llevado a extracción manual con dilatación anal bajo anestesia general logrando extraer de forma completa una botella de licor completa de aproximadamente 20 x 8 cm sin lesiones de colon ni recto, paciente con adecuada recuperación post-quirúrgica por lo cual se dio egreso. Se utilizaron datos de la historia clínica, estudios imagenológicos y hallazgos intraoperatorios.

Resultados: Paciente con cuerpo extraño rectal atípico quien con extracción manual logró una curación completa sin lesiones ni complicaciones mayores.

Conclusiones: Los cuerpos extraños rectales pueden ser de múltiples características que condicionan su dificultad de extracción y complicaciones asociadas. Una correcta identificación de la forma y ubicación son vitales para un correcto manejo de mismo y de sus lesiones secundarias.

03 - ID844

Una vista al pasado: extracción de cuerpo extraño del esófago cervical por cervicotomía. Reporte de caso

David Alejandro Mejía Toro; Álvaro Andrés Gómez Venegas; Santiago Barrantes Moreno

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín
damejiat@hptu.org.co

Introducción: La extracción de cuerpos extraños del tracto gastrointestinal de forma quirúrgica ha caído a un segundo plano desde hace más de 50 años gracias a la aparición de la endoscopia. En este artículo se presenta un paciente con ingesta de su prótesis dental, la cual quedó impactada en el esófago superior y que no pudo ser extraída por endoscopia; dado el alto riesgo de perforación luego de múltiples intentos se llevó a extracción por cervicotomía de forma exitosa.

Materiales: Paciente de 60 años usuario de prótesis dental, con ingesta accidental de la misma, fue llevado a extracción endoscópica sin éxito por impactación en el cricofaríngeo. Por

riesgo de perforación se llevó a cervicotomía anterolateral izquierda, con esofagotomía para extracción manual de la prótesis dental, se realizó esofagorrafia y el paciente fue dado de alta satisfactoriamente al sexto día.

Resultados: A lo largo de la historia se ha dejado de usar la cirugía para la extracción de cuerpos extraños, se realiza una revisión de la literatura con artículos desde 1888 hasta la actualidad describiendo los cambios en las indicaciones quirúrgicas, en la morbilidad y la mortalidad asociada a la ingesta de cuerpos extraños.

Conclusiones: Hoy en día llevar a un paciente a una extracción quirúrgica de un CE ocurre en muy pocas ocasiones. Solo está indicada en casos en que no se pueda extraer por EDS y tenga alto riesgo de perforación o necrosis del esófago o cuando se diagnostica perforación esofágica. Este reporte de caso es importante para mostrar que existen indicación clara para la extracción quirúrgica de cuerpos extraños en vía digestiva.

03 - ID405

VIH relacionado a linfoma difuso de células B grandes de alto grado de localización intestinal

Sofía Alejandra Galvis Garrido; Hugo Andrés Martínez Dorado; Andrés Felipe Olaya Rodríguez; Luis Enrique Torres Londoño

Hospital Cardiovascular de Cundinamarca, Soacha
sagalvisg@unbosque.edu.co

Introducción: Los pacientes con VIH se caracterizan por tener conteos de linfocitos CD4 disminuidos, lo que los hace tener mayor predisposición a enfermedades oportunistas y neoplasias. Una afección primaria localizada en piel es infrecuente en pacientes con DLBCL relacionado a VIH, sin embargo suele manifestarse con una diseminación cutánea nodular o visceral. La presencia de este linfoma en relación al VIH establece el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Métodos: Realizamos el reporte de caso de un paciente con hallazgo de linfoma difuso de células B grandes sin la clínica y las manifestaciones habituales de esta patología, por lo que con este reporte comunicamos los hallazgos clínicos y las

conductas realizadas que se llevaron a cabo en este paciente.

Resultados: Con base a la laparoscopia diagnóstica realizada y con la patología registrada de este procedimiento, el reporte de patología de muestras de intestino delgado y vejiga con hallazgos histológicos y por inmunohistoquímica favorecen el compromiso por linfoma difuso de célula grande, fenotipo B de alto grado.

Conclusiones: El curso inicial con melena no es la manifestación más usual para la sospecha diagnóstica del linfoma difuso de células B grandes. Una buena correlación clínico-patológica lleva a seguir las conductas adecuadas para pensar en esta patología, y que de este modo, finalmente por medio de imágenes diagnósticas se genere el diagnóstico y tratamiento definitivo a tiempo.

03 - ID457

Volvulación recidivante desde sigmoide a transverso. ¿Hasta dónde puede volverse?

David Raúl Cerra Ortegón; Pedro Antonio Plaza Ricardo; Andrés David De León Murillo; Laura Estefanía Aguilera Caro; Iván Javier Rodríguez Acosta; Ana María Ríos Giraldo; Hernando Enrique Thorne Vélez

Hospital General de Barranquilla; Universidad Libre - seccional Barranquilla
daxt91@gmail.com

Introducción: El vólvulo del colon es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. El sitio más frecuente de volvulación es el colon sigmoide. Las volvulaciones de colon transverso son las más raras dentro de este espectro, trayendo altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 51 años, antecedente de sigmoidectomía abierta más anastomosis colosigmoidea 26 años atrás por volvulación de colon sigmoide. Ingresa a urgencias con cuadro de 72 horas compatible con obstrucción intestinal, con signos de irritación peritoneal e imágenes sugestivas de vólvulo colónico. Se realiza laparotomía exploratoria evidenciando volvulación de colon desde la unión recto sigmoidea hasta el ángulo hepático del colon. Se practica devolvulación con

datos de isquemia irreversible por lo que se decide realizar colectomía subtotal desde recto superior hasta colon ascendente y derivar con colostomía.

Resultados: Histopatología con necrosis extensa de colon sin evidencia de lesiones tumorales. Paciente con recuperación postoperatoria satisfactoria y egreso a los 7 días.

Conclusiones: El vólvulo de colon transverso es una entidad infrecuente con pocos casos reportados en la literatura. Así mismo no hay casos reportados de volvulación desde la unión recto-sigmoidea hasta el ángulo hepático del colon en paciente ya intervenido por volvulación. Se considera importante hacer un diagnóstico temprano de esta entidad e intervención según criterios clínicos. La laparotomía exploratoria y colectomía siguen siendo una alternativa eficaz para el abordaje de estos pacientes.

Educación

03 - ID830

Centro de Estudios y Formación Científica en Cirugía General: Experiencia de un grupo de interés en el período 2021-2022

Carolina María Rodríguez Vargas; Derly Liset Gallo Bonilla; Cristian Camilo Bogoya Pérez; Julián Ernesto Canal Forero; Julián Jiménez Moreno
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C.
cmrodriguez2@fucsalud.edu.co

Introducción: Los grupos de interés son la mejor estrategia para empoderar a los médicos en formación que aspiren a convertirse en cirujanos,

a desarrollar habilidades teóricas, prácticas, bioéticas y educativas, ya que pueden ser creados por los propios estudiantes de medicina con el apoyo de residentes y cirujanos.

Métodos: El Centro de Estudios y Formación Científica (CEFC) en Cirugía General es un grupo de interés liderado por un grupo de estudiantes de undécimo semestre de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), con el apoyo de residentes y especialistas en Cirugía General, y conformado por estudiantes de Medicina de noveno a doceavo semestre de Medicina de la FUCS.

Resultados: A la fecha el CEFC en Cirugía General cuenta con una página en la red social Instagram con 1.430 seguidores, mediante la cual se han creado espacios académicos con la participación de conferencistas nacionales e internacionales expertos en diversos temas de interés en Cirugía General a lo largo del período 2021-2022. Con esta estrategia de divulgación y adquisición de conocimiento se han involucrado a los estudiantes en proyectos tales como elaboración de guías y protocolos hospitalarios, así como la creación de literatura que contribuye al desarrollo de conocimiento médico.

Conclusiones: Actualmente existe evidencia que apoya que estos grupos de interés a través de la realización de talleres, seminarios, proyectos de investigación, entre otras actividades, crean profesionales integrales con la capacidad de afrontar dificultades como las que nos encontramos experimentando actualmente con la pandemia COVID-19.

Índice de títulos

Trabajos Libres

Cabeza y cuello

- Abordaje video asistido para tumor de base de lengua ayudado con energía de ultrasonido: Reporte de caso clínico..... 51
- Adenoma ectópico paratiroideo: un reto diagnóstico, a propósito de un caso 51
- Aproximación al cáncer de paratiroides, a propósito de un caso 52
- Asociación entre tiroiditis linfocítica crónica y carcinoma papilar de tiroides: Revisión sistemática y metaanálisis de estudios retrospectivos en especímenes quirúrgicos..... 52
- Asociación entre tiroiditis linfocítica crónica y carcinoma papilar de tiroides: Estudio prospectivo en especímenes quirúrgicos..... 53
- Caracterización del cáncer de tiroides diferenciado, en pacientes atendidos en la I.P.S. Centro Radio Oncológico del Caribe, Cartagena, Colombia..... 53
- Carcinoma odontogénico de células fantasmas. Reporte de un caso y revisión de la literatura..... 54
- Cirugía transoral endoscopia, experiencia en el Hospital de San José, centro de referencia en cirugía de cabeza y cuello 55
- Estenosis subglótica: reto en cualquier escenario. Reporte de 3 casos..... 55
- Experiencia de traqueostomía mediastinal como técnica quirúrgica en pacientes con neoplasias cervicotorácicas extensas, en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia 56
- Índice de masa muscular cervical a nivel de C3 en tomografía de pacientes con cáncer de cabeza y cuello...56

Manejo de metástasis de presentación inusual de un tumor testicular. Reporte de caso 57

Masa cervical gigante: Teratoma inmaduro en adulto, una patología exótica en este grupo etario 57

Cirugía de tórax

- Colocación de marcapasos diafragmático por laparoscopia en niños 58
- Corrección de fistula traqueoesofágica: un reto quirúrgico..... 58
- Factores determinantes de las complicaciones secundarios a la traqueostomía percutánea en pacientes hospitalizados en el Hospital Militar Central..... 59
- Factors associated with early complications of surgical management due to penetrating laryngotracheal trauma in Colombia..... 59
- Hematogiolinfangioma de presentación inusual en mediastino. Reporte de caso 60
- Mediastinitis descendente necrosante: propuesta de irrigación continua del mediastino 60
- Pectus excavatum: experiencia del Hospital Militar Central 2013-2022 61
- Perforación esofágica como causa de mediastinitis aguda manejada medicamente: Reporte de caso 61
- Reconstrucción de fracturas costales paravertebrales: Reporte de caso 62
- Síndrome del opérculo torácico secundario a hipertrofia de los músculos escalenos: Un reporte de caso 62
- Tratamiento quirúrgico de la estenosis traqueal postintubación en el Hospital Universitario Departamental de Nariño: Serie de casos 63

Pared abdominal y hernias

- Abordaje simultáneo vía laparoscópica de hernia inguinal y de Petit. A propósito de un caso..... 63
- Coexistencia de hernia de Garengot y hernia inguinal: Presentación de un caso clínico..... 64
- Comparison of postoperative outcomes between Lichtenstein-type open hernioplasty versus Nyhus-type preperitoneal hernioplasty: a retrospective cohort study in Colombia 64
- Hernia de Amyand izquierda en lactante de 6 meses. 65
- Manejo integral para hernia ventral compleja. Reconstrucción más abdominoplastia en un solo tiempo..... 65
- Manejo quirúrgico de hernia incisional gigante con pérdida de domicilio, asociada a apendicitis complicada en saco herniario: Reporte de caso 66
- Simil-EXIT con cierre primario de la pared abdominal en recién nacido con gastrosquisis 67

Endoscopia quirúrgica

- Uso de endoVAC en el tratamiento de fístula esófago-pericárdica: A propósito de un caso 67

Cirugía gastrointestinal

- ¿Es la gastrectomía total el único tratamiento para los tumores gástricos proximales? 67
- Causa de prolongación del tiempo de espera para cierre de estomas intestinales 68
- Cirugía gastrointestinal neonatal: Experiencia en un centro de salud nivel III..... 69
- Cirugía mínimamente invasiva en cáncer gástrico localmente avanzado: Una experiencia de 8 años en el Nororiente Colombiano..... 69
- Laparoscopic omental patch with or without primary closure for perforated peptic ulcer repair: a multicenter study 70
- Linfadenectomía individualizada con verde de Indocianina en gastrectomía mínimamente invasiva para el tratamiento de cáncer gástrico: Serie de casos 70
- Relación entre los niveles de sodio preoperatorio y la dehiscencia anastomótica en cirugía gastrointestinal 71
- Surgical management for refractory gastroparesia: a comparative study between gastric bypass and pyloroplasty 71

- Validación de predictores de coledocolitiasis con base en lo dispuesto en las guías de manejo americanas (ASGE) y europeas (ESGE) en un hospital público colombiano de IV nivel de atención..... 72

Cirugía bariátrica

- Efecto de la cirugía bariátrica sobre la resistencia a la insulina en pacientes sin diabetes mellitus, a un año de seguimiento, en una Institución de alta complejidad en la ciudad de Bucaramanga 72
- Experience with magnetic liver retraction in morbid obesity vs. laparoscopic common liver retractor in bariatric surgery: A comparative study..... 73
- Microbioma intestinal y cirugía bariátrica 74
- Single-port sleeve gastrectomy magnetic assisted versus laparoscopic sleeve gastrectomy: A new era in single-incision surgery 74

Colon y recto

- Convirtiendo un tumor de ángulo hepático irresecable en operable, acercándonos a la neoadyuvancia en cáncer de colon 75
- Estudio comparativo del manejo con mucosectomía endoscópica de lesiones de extensión lateral en colon versus recto: Evaluación de desenlaces clinicopatológicos en un centro de Bogotá, Colombia 75
- Fistula recto uterina asociada a infección por actinomicas..... 76
- Hemicolectomía derecha laparoscópica vs abierta para el manejo del cáncer colorrectal, resultados a corto plazo en un centro de cuarto nivel 76
- Invaginación intestinal colo-cólica secundaria a adenocarcinoma de colon transverso 77
- Manejo de la patología hemorroidal. Experiencia del grupo de coloproctología FUCS..... 77
- Técnica de Pull-Through: una alternativa como anastomosis coloanal sin estoma derivativo..... 78
- Uso de dispositivo de presión negativa en el manejo de fístula anastomótica colorrectal baja 78
- ## Hepatobiliar y páncreas
- Ablación laparoscópica de neoplasias hepáticas: análisis inicial de una cohorte..... 79
- Bazo ectópico en cola de páncreas, una rara entidad clínica: reporte de caso..... 79

Caracterización de los pacientes a llevados resecciones hepáticas por metástasis de cáncer colorrectal en un Centro Oncológico de referencia de Medellín.....	80	Pancreatectomía y resección multivisceral, una gran controversia: Caminando más allá de la frontera	88
Cirugía de Frey para el manejo del dolor de la pancreatitis crónica: experiencia en un centro de alta complejidad.....	80	Pancreatoduodenectomía laparoscópica. ¿Es el estándar de oro? Ocho años de experiencia en un centro de alta complejidad en Bogotá, Colombia	89
Comparative study between general surgeons and residents in general surgery in laparoscopic cholecystectomy	81	Quiste hidatídico gigante con compromiso diafragmático, pericárdico y hepático: uso de circulación extracorpórea para resección hepática mayor. Reporte de caso y revisión de la literatura	89
Electroporación irreversible en tumor de Klatzkin: reporte de un caso y revisión sistemática.....	81	Resultados de supervivencia de hepatectomía en las metástasis hepáticas del cáncer gástrico. Una revisión sistemática y un metaanálisis de los factores de riesgo	90
Enfermedad de Caroli manejada con segmentectomía lateral Izquierda. Reporte de caso	82		
Experiencia de un centro de referencia de cirugía hepatobiliar en Colombia en la realización de 203 pancreatoduodenectomías - resultados quirúrgicos y oncológicos. Méderi Hospital Universitario Mayor, 2014-2022	82	Cirugía vascular	
Factores asociados con la presencia de ISO en pacientes de cirugía hepatobiliopancreática: experiencia de un centro de alto volumen en Colombia.....	83	¿Cuándo revascularizar la arteria subclavia izquierda durante cirugía de aorta? Reporte de un caso.....	91
Fistula pancreática como factor de morbimortalidad en cirugía pancreatobiliar, experiencia en el Hospital Internacional de Colombia.....	83	Clinical outcomes of patients with Stanford type B aortic dissection treated with endovascular thoracic aortic repair: a case series from a Latin American single-center	91
Fístula portobiliar como causa infrecuente de hemobilia: reporte de caso y revisión de la literatura	84	Diseccción aórtica aguda tipo B: Reto diagnóstico.....	92
Hepatectomía guiada por fluorescencia con verde indocianina: una serie de casos y revisión del tema....	85	Diseccción de la arteria axilar y humeral por uso prolongado de muletas.....	92
Implementación de barreras de seguridad quirúrgicas como estrategia para disminuir las complicaciones en colecistectomía por laparoscopia	85	Endovascular approach for nutcracker syndrome using an arterial stent: the first Latin American experience...93	
Long-term outcomes of laparoscopic common bile duct exploration through diathermy, choledochotomy and primary closure: a retrospective cohort study in Colombia.....	86	Experiencia con dispositivo HeRO GRAFT (Hemodialysis Reliable Outflow)	93
Malrotación intestinal, variantes vasculares y otras anomalías anatómicas durante una pancreatoduodenectomía total. Reporte de caso.....	86	Fístula traqueo - tronco braquiocefálico postraqueostomía: Manejo de una complicación potencialmente mortal.....	94
MiniALPPS: una alternativa segura entre las técnicas de hipertrofia hepática. Presentación de 3 casos de diferentes etiologías tumorales	87	Hemorragia exanguinante por ruptura de fístula arteriovenosa, reporte de un caso	94
Pancreatectomía distal laparoscópica: estandarización de la técnica quirúrgica	87	Manejo de trauma de carótida	95
Pancreatectomía distal, experiencia en una unidad de cirugía hepatopancreatobiliar.....	88	Manejo quirúrgico de aneurisma disecante de la arteria mesentérica superior en paciente pediátrico.....	95
		Masa retroperitoneal gigante asociada a leiomiomatosis intravascular	96
		Pseudoaneurisma espontáneo del tronco tirocervical: reporte de un caso	96
		Pseudoaneurisma de arteria radial y cubital postraumático, con bifurcación alta de la arteria radial, variante anatómica y reporte de un caso	97

Reparación abierta de aneurisma aórtico abdominal inflamatorio roto..... 97

Terapia endovascular del trauma aórtico: Reporte de un caso 98

The transmural aortic-endograft anastomosis technique: a novel open approach to type IA endoleaks..... 98

Nutrición y metabolismo quirúrgico

Protocolo de estudio: Soporte metabólico y nutricional integral en pacientes de cirugía cardiovascular en Colombia..... 99

Oncología quirúrgica

Acerca de un caso: fibromatosis mesentérica 99

Complicaciones en cirugía de Whipple, experiencia de un centro de IV nivel en Bogotá, Colombia 100

Consideraciones quirúrgicas y aproximación a una gran masa adrenal productora de DHEA..... 100

Evaluación de la respuesta de la inmunoterapia y terapias dirigidas en pacientes con melanoma avanzado o metastásico manejados en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2010 y 2019 101

Implementación de un servicio quirúrgico oncológico en una ciudad intermedia de Colombia..... 102

Manejo multidisciplinario de úlcera de Marjolin: resección de carcinoma escamoso y reconstrucción de pared abdominal compleja 102

Melanoma: revisión de la literatura y descripción de técnica quirúrgica en identificación de ganglio centinela con verde indocianina. Experiencia institucional, 2022..... 103

Osteomielitis del sacro, una rara complicación en el seguimiento de un paciente intervenido por cáncer de recto: ¿cómo proceder?..... 103

Reporte de caso de tumor neuroendocrino de intestino medio, un reto diagnóstico 104

Resección multivisceral supramesocólica como tratamiento en sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado retroperitoneal..... 104

TaTME (Escisión mesorrectal total mínimamente invasiva por vía transanal): resultados y experiencia en dos instituciones de IV nivel en Medellín, Colombia. 105

Uso de analogías y metáforas de guerra en el manejo del paciente oncológico en un país víctima del conflicto armado 106

Cirugía de trauma

Amputación primaria como control de daño en trauma complejo de las extremidades 106

Cirugía mínimamente invasiva en trauma pediátrico - Casuística anual en un hospital de referencia en Trauma 107

Epidemiología del trauma eléctrico en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E - Unidad de quemados. Análisis de la estancia prolongada en el periodo 2000-2016 107

Epinefrina intracardíaca en paro cardiaco en trauma refractario a reanimación cardiopulmonar 108

Impacto del aislamiento durante la pandemia COVID-19 en los volúmenes de trauma en el hospital El Tunal... 108

Importancia de tener grupos de trauma ¿cómo crearlo?: Una experiencia institucional en Bogotá, Colombia.... 109

Infección del paciente quemado asociados al cuidado de la salud en Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E 109

Lesión traqueoesofágica por arma de fuego: reporte de un caso 110

Pescando el proyectil: Diagnóstico y manejo de embolismo venoso por proyectil de arma de fuego 110

Propuesta de diagnóstico y manejo de trauma de vasos subclavios..... 111

Protocolo de manejo del trauma de recto extraperitoneal de la Universidad del Valle 111

Protocolo de manejo del trauma penetrante de cuello de la Universidad del Valle 112

REBOA como técnica segura en el control de daños de un paciente hemodinámicamente inestable con herida penetrante en tórax: Un reporte de caso 113

Resultados clínicos en pacientes con heridas toracoabdominales sometidos a cirugía en la UMHES Santa Clara E.S.E., Bogotá, 2015-2020 113

Traqueostomía percutánea: Una alternativa segura y efectiva a la cricotiroidostomía en trauma 114

Trauma penetrante de vena cava superior - Manejo conservador..... 114

Trauma transabdominal en paciente pediátrico: Utilización de tomografía selectiva para la optimización del manejo quirúrgico..... 115

Mínima invasión

- Gonadal iliac anastomosis, a minimally invasive approach for nutcracker syndrome: the first Latin American experience..... 115
- Intervención laparoscópica para la corrección de hernias paraesofágicas: una serie de casos a lo largo de 18 años 116
- Manejo multidisciplinario del pseudoaneurisma de arteria pancreatoduodenal inferior asociado a síndrome compartimental abdominal..... 116
- Manejo quirúrgico de apendicitis aguda secundaria a perforación por espina de pescado 117
- Single incision laparoscopic appendectomy with surgical-glove port is cost-effective and reliable in complicated acute appendicitis: a case control multicenter study in Colombia..... 117

Cirugía de trasplantes

- Trasplante hepático, experiencia de 10 años en la Regional 4..... 118

Infecciones y heridas

- Plataforma de evaluación remota, objetiva y automatizada de la evolución de lesiones crónicas en extremidades por Enfermedad de Hansen 118

Cirugía y COVID-19

- Experiencia en donación y trasplante de órganos con donantes COVID positivo. Serie de casos en Colombia 119
- Manejo de la estenosis laringotraqueal asociada a COVID-19: Serie de casos..... 120
- Isquemia mesentérica aguda inducida SARS-CoV-2: un estudio latinoamericano prospectivo multicéntrico ...120

Cirugía general

- ¿Isquemia mesentérica o enteritis lúpica?: A propósito de un caso..... 121
- A case of a female patient with an umbilical hernia containing the appendix during a routine umbilical herniorrhaphy 121
- A rare case of perineal gastrointestinal stromal tumor122

- A simple maneuver to improve the low cost homemade retrieval bag in laparoscopic emergency procedures.... 122
- Abordaje cooperativo laparoendoscópico de un GIST localizado cerca de la unión gastroesofágica: Informe de caso 123
- Absceso hepático por perforación gastrointestinal secundaria a espina de pescado evidenciado en tomografía computarizada contrastada de abdomen: Reporte de caso 123
- Adenocarcinoma gástrico: Una etiología única de encefalitis paraneoplásica autoinmune. Reporte de un caso 124
- Angina mesentérica como presentación clínica de isquemia mesentérica crónica, revisión de caso 124
- Apendicitis del muñón. Reporte de un caso 125
- Aplicación de cirugía de citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal en patologías infrecuentes 125
- Asociación clínica entre el síndrome de Heyde y hemorragias gastrointestinales 126
- Asociación entre variables clínicas y quirúrgicas con los resultados postoperatorios en pacientes tratados por obstrucción intestinal por afecciones no malignas... 126
- Calidad de vida posterior a manga gástrica para el tratamiento de obesidad por cirugía mínimamente invasiva..... 127
- Caracterización de la angina de Ludwig complicada en un hospital de tercer nivel en Bogotá, Colombia..... 127
- Choques medular y hemorrágico en trauma cerrado: Reto quirúrgico multidisciplinario. Toracofrenolumbotomía, artrodesis y cuidado crítico..... 128
- Cirugía tiroidea en Popayán-Cauca, experiencia entre los años 2017-2020 128
- Cirujanos de hernias y defectos de pared abdominal, estrategias para optimizar resultados en un caso complejo 129
- Colangiografía intraoperatoria y la utilización del verde de indocianina en colecistectomía segura: revisión narrativa de la literatura..... 129
- Colecistitis aguda severa (Tokyo III) en pacientes de alto riesgo: ¿Debe preferirse la colecistectomía por encima del drenaje percutáneo?..... 130

Colecistostomía en pleno siglo XXI: una herramienta útil.....	131	Evaluación de las habilidades laparoscópicas simuladas en residentes de cirugía general utilizando la escala OSATS.....	140
¿Cómo lo hago? Técnica de colocación del nudo para la malla autoadhesiva en la reparación de hernia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP)	131	Evaluación en salud, ¿En qué estamos fallando?.....	141
Concordancia del riesgo de severidad mediante la escala BISAP y los estimados por Marshall y APACHE en los pacientes con pancreatitis biliar en un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia, entre 2018 y 2019.....	132	Evaluation of a pilot course of basic trauma care for rural hospitals in Colombia	141
Correlación de escalas diagnósticas de apendicitis aguda (Alvarado y RIPASA) con los hallazgos intraoperatorios de apendicitis aguda: ¿Estamos usando la escala apropiada?	132	Experiencia de manejo multidisciplinario del plastrón apendicular: Evaluación del manejo operatorio versus no operatorio	142
Dehiscencia de anastomosis o rafias gastrointestinales en patología quirúrgica no asociada a lesiones de causa externa.....	133	Experiencia de un caso: Manejo quirúrgico de una fístula arteriovenosa traumática crónica.....	142
Desenlaces postoperatorios de colecistectomía según los criterios de severidad de Tokio-2018.....	134	Experiencia de un centro de IV nivel de Cali - Colombia en el manejo de la hemorragia gastrointestinal	143
Desenlaces quirúrgicos de tumores retroperitoneales: Serie de casos	134	Experiencia en trauma pancreático infantil en el hospital San Vicente Fundación, Medellín - Antioquia.....	143
Divertículo de Meckel con tumor neuroendocrino: Presentación inusual. Reporte de caso.....	135	Factores predictores de recurrencia después de cirugía de cierre de fistulas enteroatmosféricas y enterocutáneas	144
Divertículo de Meckel: Análisis de 27 casos en la población adulta.....	135	Gastrectomía laparoscópica y abierta para el cáncer gástrico: un análisis retrospectivo de seguimiento a largo plazo.....	144
Duodenal incorporation of inferior vena cava filter: A new disease	136	Hematoma hepático subcapsular: Complicación inusual de la CPRE	145
El rol de las hormonas en cirugía metabólica: revisión de la literatura.....	136	Hematoma intrahepático subcapsular espontáneo poscolecistectomía, una complicación infrecuente, potencialmente letal.....	145
Electroporesis irreversible del páncreas como alternativa del cáncer de páncreas irresecable.....	137	Hemorragia gastrointestinal secundaria a tumor estromal de la cuarta porción duodenal: Un reto diagnóstico.....	146
Empalamiento transmediastinal incidental en hospital de tercer nivel, reporte de caso y revisión de la literatura.....	137	Hernia de Amyand que cursa con cuadro de peritonitis aguda: Reporte de caso y revisión de literatura	147
Enfrentando lo inesperado. Manejo laparoscópico con técnica TAPP para la hernia de Garengoot.....	138	Hernia inguinal conteniendo órganos ginecológicos - Reporte de tres casos y Revisión de la literatura.....	147
Escisión mesocólica completa, ¿sí o no?	138	Hill modificado, un enfoque novedoso: Descripción de la técnica y experiencia en pacientes con gastrectomía en manga laparoscópica.....	147
Estallido yeyunal por trauma cerrado de abdomen secundario a linfoma no Hodgkin.....	139	Implementación del curso Stop the Bleed en Colombia.....	148
Estudio comparativo de tipos de cierre de toracotomía por trauma.....	139	Intervenciones nutricionales prequirúrgicas en cirugía colorrectal: estrategias que disminuyen el riesgo de complicaciones.....	149
Evaluación de la situación actual de la simulación laparoscópica en la formación del cirujano general en Colombia.....	140	La duplicación intestinal como causa de abdomen agudo quirúrgico en adultos en el servicio de urgencias: a propósito de un caso	149

Lesiones de los troncos supraortic, lecciones aprendidas.....	150	Relevancia del registro de los estudios observacionales en Colombia: Aumentando la validez de la evidencia quirúrgica.....	159
Manejo con Y de Roux y antrectomía en paciente con perforación esofágica por endoscopia.....	150	Reparación abierta de pseudoaneurisma de arteria braquial derecha postraumática.....	160
Manejo endovascular del síndrome de cascanueces	151	Reparación laparoscópica en ruptura de vejiga intraperitoneal: reporte de caso.....	160
Manejo laparoscópico de hemobilia secundaria a arteria cística aberrante: Presentación de un caso.....	151	Reporte de caso clínico: Posoperatorio de SugarBaker (primario de estómago) con reintervención por fuga de canalículo hepático.....	161
Manejo mínimamente invasivo de hernia paraesofágica tipo 3.....	152	Respuesta manométrica y radiográfica luego de cardiomiectomía de Heller laparoscópica en pacientes con acalasia.....	161
Manejo quirúrgico de hernia inguinal gigante con contenido ileocecal encarcerado en paciente neonatal: Más allá de Amyand.....	152	Resultados a corto plazo del manejo mínimamente invasivo de las lesiones de páncreas distal; una serie de casos.....	162
Manejo quirúrgico de quiste de colédoco Todani 1A gigante previamente derivado.....	153	Resultados postoperatorios de la adrenalectomía mínimamente invasiva: ¿importan el índice de masa corporal y el tamaño del tumor? Experiencia de un único centro.....	162
Memes en la educación quirúrgica: utilizando memes para la enseñanza de los principios del ATLS en estudiantes de medicina.....	153	Riesgo de coledocolitiasis comparativa de los criterios de ASGE vs experiencia de un grupo de cirugía general de una institución de tercer nivel del Tolima.....	163
Mesenteritis esclerosante complicada por necrosis y perforación intestinal: reporte de caso de mortalidad y revisión de la literatura.....	154	Riesgo Intermedio de coledocolitiasis: ¿Estamos en el camino correcto?.....	163
Modelo predictivo de traqueostomía en COVID-19. ¿Cuándo considerar una traqueo?.....	154	Síndrome biliar obstructivo secundario a leptospirosis: reporte de caso.....	164
Neumatosis intestinal, a propósito de un caso.....	155	Síndrome de ligamento arcuato medio: Reporte de un caso con manejo laparoscópico.....	164
Neumatosis quística intestinal: Reporte de caso.....	155	Síndrome de pinza aortomesentérica. Reporte de un caso.....	165
Nuevas perspectivas sobre el uso de la terapia de cierre asistido por vacío (VAC®) en abdomen abierto tras anastomosis intestinal ¿cuál es el riesgo de dehiscencia?.....	156	Síndrome de Trousseau: manifestación olvidada del cáncer de páncreas.....	165
Obstrucción intestinal secundaria a manejo antibiótico para erradicación de Helicobacter pylori: Una presentación inusual.....	156	Supervivencia a 3 años, costos y factores asociados en pacientes mayores de 65 años llevados a colecistectomía en Colombia: una cohorte nacional retrospectiva.....	166
Paciente con fístula colecistogástrica y fistula colecistocolónica: Reporte de caso.....	157	Teratoma mediastinal primario, un reporte de caso	166
Pancreatitis congénita asociada al gen PRSS1 en centro médico de Bogotá, Colombia: Reporte de Caso y revisión de la literatura.....	157	Torniquete y cirugía control de daños en transección de la arteria braquial.....	167
Perforación vesicular secundario a trombosis de la arteria cística.....	158	Toxina botulínica preoperatoria en pared abdominal compleja, es parte del manejo!.....	167
Prevalencia de cáncer en pacientes adultos en un servicio de cirugía oncológica del Suroccidente Colombiano (2020-2022).....	158	Trauma multicavitario. ¿Existe el abordaje ideal?.....	168
Pseudotumor inflamatorio en colon sigmoide e íleon, el gran simulador, como causa de abdomen agudo. A propósito de dos casos clínicos.....	159	Trauma pancreático como único hallazgo en trauma abdominal en paciente pediátrico.....	168

Tricobezoar gástrico: un desafío diagnóstico.....	169
Tubo transanal en cirugía colorrectal evita la fuga de la anastomosis. Paradigma. A propósito, reporte de casos	169
Tumor mucinoso del apéndice como hernia de Amyand: una muy inusual presentación.....	170
Use of hand-held ultrasound to perform E-FAST by general surgery residents in a high-volume trauma center in the Colombian Caribbean region: First experience.....	170
Uso del verde de indocianina en vólvulo intestinal para determinación de la viabilidad intestinal: reporte de un caso	171
Uso e indicaciones de fluorescencia con verde indocianina y experiencia de uso en el Hospital Militar Central	171
Variaciones en la evolución clínica y los resultados quirúrgicos de la apendicitis aguda durante la pandemia de COVID-19: Un estudio de cohortes multicéntrico	172
Ventilación prona para el síndrome de dificultad respiratoria aguda con abdomen abierto, reporte de caso	172
Verde de indocianina para determinar perfusión en cirugía mínimamente invasiva por cáncer colorrectal.....	173
Vólvulo gástrico secundario a una causa de dolor abdominal olvidada: reporte de caso	173

Educación

Acoso estudiantil, ¿en qué estamos en Colombia?	174
Análisis bibliométrico de revistas oficiales de cirugía latinoamericanas: ¿cuál ha sido la producción científica y nivel de evidencia de los últimos 20 años?	174
Asociación entre el entrenamiento formal de laparoscopia y la habilidad quirúrgica simulada en residentes de cirugía general.....	175
Autonomía y supervisión operatorias del residente de cirugía: Una mirada en la pandemia por COVID-19..	175
Decálogo quirúrgico para el residente de cirugía general en formación	176
Efectividad de la simulación invertida en la adquisición de habilidades quirúrgicas en estudiantes de pregrado de medicina, en una universidad privada de Colombia.....	176
Evaluación del curso Stop the Bleed en estudiantes de medicina en Colombia	177

Identificación de las competencias prácticas de residentes de cuarto año de cirugía general en Colombia; un estudio comparativo con la propuesta curricular de la Asociación Colombiana de Cirugía	177
Ilustración médica a través de redes sociales en el siglo XXI	178
Jueves académico ACC: Impacto como estrategia global de educación en cirugía.....	178
Leaky pipeline para una mujer ser cirujana general en Colombia.....	179
Mentoring: ¿Qué esperamos en Colombia de nuestros profesores de cirugía? ¿Un ejemplo latinoamericano?.....	180

Bioética, humanismo y profesionalismo

Ética quirúrgica: una mirada holística.....	180
Manual tarifario en cirugía, ¿Es necesario?.....	181
Participación de las mujeres en cirugía general en Colombia: Una radiografía de la realidad latinoamericana.....	181

Videos

Cabeza y cuello

Abordaje video asistido para resección de tumor de base de la lengua con energía de ultrasonido.....	182
Técnica TOUSS en manejo de cáncer de orofaringe	182

Cirugía de tórax

Estenosis complejas de la vía aérea - nuevos conceptos	183
Reconstrucción de pared torácica con material reabsorbible en paciente pediátrico posterior a resección de sarcoma de Ewing.....	183
Sleeve bronquial por toracoscopia uniportal. Tumor carcinoide con extensión a bronquio. Reporte de caso.....	184

Pared abdominal y hernias

Corrección de hernia ventral L3W1 por abordaje preperitoneal vía laparoscópica.....	184
Diástasis de rectos abdominales, abordaje endoscópico suprapúbico sin malla.....	185
Manejo laparoscópico de diástasis de rectos abdominales.....	186
Reparo laparoscópico de hernia obturatriz bilateral usando mallas anatómicas.....	186

Endoscopia quirúrgica

- Drenaje transparietogástrico de necrosis amurallada pancreática, mediante técnica endoscópica con Hot Axios..... 186
- Manejo endoscópico de sangrado digestivo..... 187
- Resección de tumor de estroma gastrointestinal gigante en región subcardial por técnica híbrida endoscópica y laparoscópica..... 187
- Uso de ácido tricloroacético para manejo endoscópico de fístula traqueoesofágica recurrente: Una alternativa..... 188

Cirugía gastrointestinal

- CPRE transgástrica por laparoscopia para el tratamiento de coledocolitiasis en pacientes con baipás gástrico en Y de Roux..... 188
- Esofagectomía en tres tiempos, linfadenectomía y vascularización de plastia gástrica guiada por verde de indocianina..... 189
- Funduplicatura de Toupet..... 189
- Individualización de la linfadenectomía guiada por ICG vía laparoscópica en el cáncer gástrico..... 190
- Intususcepción gastroduodenal por tumor neuroendocrino gástrico. Resección trans-gástrica asistida por robot..... 190
- Manejo de intususcepción íleocecal en el adulto. Una técnica alternativa..... 191
- Reconstrucción con Y de Roux abreviada por laparoscopia después de una gastrectomía subtotal en un paciente con cáncer gástrico..... 191
- Rendez-vous endoscópico: Una alternativa al manejo en diferentes patologías..... 192
- Utilización de la enteroscopia intraoperatoria en el tratamiento del sangrado digestivo oscuro: paso a paso del procedimiento e interpretación..... 193

Cirugía bariátrica

- Conversion from sleeve gastrectomy to Roux-en-Y gastric bypass and hiatal hernia repair due to intractable GERD..... 193
- Procedimiento Nissen-Sleeve por puertos reducidos y asistido por imanes. Descripción de la técnica quirúrgica..... 194

Re-sleeve gástrico, una alternativa para cirugía revisional bariátrica..... 194

Robotic bariatric surgery: Robotic Roux-en-Y gastric bypass..... 195

Colon y recto

- Apendicectomía radical: Lo que el cirujano general debe saber..... 195
- Colocación de stent colónico derivando una recaída local y una anastomosis..... 196
- Descenso colo-anal por vía laparoscópica para manejo de filtración de anastomosis colorrectal ultrabaja.... 196
- Dilatación de estenosis en anastomosis colorrectales: Tres opciones de manejo..... 197
- Doble intususcepción: paciente con intususcepción ileo-ceco-cólica secundario a adenocarcinoma de colon ascendente..... 198
- Hemicolectomía derecha con anastomosis intracorpórea guiada con verde de indocianina..... 198
- Hemicolectomía derecha en cáncer de colon: estandarización de la técnica quirúrgica..... 199
- Hemicolectomía segmentaria para neoplasia de ángulo esplénico con vaciamiento linfático guiado por fluorescencia con indocianina verde..... 199
- Manejo laparoscópico de hernia del colon derecho a través del foramen de Winslow..... 200
- Planos y referencias anatómicas en cirugía oncológica colorrectal..... 200
- Tumor de recto y embarazo - abordaje y complicaciones..... 201

Hepatobiliar y páncreas

Colecistectomía con pinza minilap tres puertos..... 201

Oncología quirúrgica

- Cirugía guiada por fluorescencia con verde indocianina en melanoma..... 202
- Nódulo tumoral metastásico con obstrucción intestinal como manifestación de recidiva de colangiocarcinoma. Resección quirúrgica radical R0 vía laparoscópica... 202
- Pancreatectomía distal con preservación esplénica por laparoscopia: Técnica de Kimura..... 203

Rescate quirúrgico asistido por robot para el manejo de recaída regional adenocarcinoma gástrico.....	203
Resección de tumor neuroendocrino de intestino delgado guiado por fluorescencia con verde indocianina	204
Suprarrenalectomía retroperitoneal en paciente pediátrico	204

Cirugía de trauma

Trauma de subclavia.....	205
--------------------------	-----

Mínima invasión

Abordaje laparoscópico del síndrome de Dunbar	205
Cirugía por monopuerto intragástrico asistido por robot. Técnica segura para la resección del cáncer gástrico temprano	206
Colecistectomía laparoscópica en pacientes octogenarios.....	206
Colecistectomía y necrosectomía pancreática transgástrica por vía laparoscópica con verde indocianina	207
Duplicación duodenal como causa de obstrucción al tracto de salida gástrico	208
Heller myotomy to treat severe achalasia in a severely symptomatic patient.....	208
Manejo laparoscópico de úlcera péptica perforada..	209
Pieloureterostomía proximal por laparoscopia para obstrucción de pelvis renal en sistema colector duplicado.....	209
Reparo quirúrgico traqueal durante esofagectomía mínimamente invasiva asistida por robot en cáncer de esófago posterior a neoadyuvancia.....	210
Resección videotoracoscópica de un ganglioneuroblastoma mediastinal izquierdo masivo. Reporte de un caso exitoso sin recaída a los 5 años de seguimiento.....	210
Tratamiento quirúrgico de la hipertensión secundaria y sus manifestaciones intraoperatorias.....	211
Tumor del estroma gastrointestinal: video-infografía de una técnica quirúrgica alterna a lo usual.....	211

Cirugía general

Apéndice difícil y su manejo laparoscópico	212
--	-----

Apendicectomía por laparoscopia en una variante anatómica.....	212
Cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS)....	213
Colecistectomía difícil por laparoscopia realizada en 10 pasos.....	213
Colecistectomía difícil: Implementando nuevas técnicas de disección en frío del triángulo de Calot.....	214
Colecistectomía laparoscópica con variante anatómica de arteria cística anterior	214
Colecistectomía laparoscópica en frío en paciente cirrótico.....	215
Colocación de prótesis biliar metálica por colangioscopia percutánea transhepática con Spyglass. Una opción válida en paciente con duodeno inaccesible	215
Colostomía tipo Hartmann laparoscópica en paciente con peritonitis purulenta.....	216
Conducto subvesicular (Luschka) tipo III, documentación y manejo laparoscópico intraoperatorio.	216
Corrección de hernia hiatal con un sustituto biológico de origen porcino.....	217
Corrección laparoscópica de hernia diafragmática traumática crónica.....	217
Cuerpo extraño en yeyuno, diagnóstico y manejo laparoscópico.....	218
Desafíos de una colecistectomía difícil.....	219
Detección de ganglio centinela con técnica combinada (Infrarrojo y nanocoloide) en cáncer de mama.....	219
Disección fría en colecistectomía difícil.....	220
Enteroplastia serial transversa (STEP) duodeno yeyunal	220
Hernia vesical como hallazgo incidental en herniorrafia por laparoscopia.....	220
Herniorrafia femoral encarcerada por laparoscopia.	221
Hidradenitis supurativa, cuando el manejo medico no es suficiente	221
Laparoscopic approach for Meckel's diverticulum perforation by foreign body	222
Manejo de coledocolitiasis en papila yuxtadiverticular mediante rendez vous asistido por laparoscopia	222
Manejo laparoscópico de úlcera péptica perforada	223

Manejo quirúrgico del hipertiroidismo.....	223
Piocolocisto en la séptima década de la vida	224
Piocolocisto, un reto quirúrgico.....	224
Resección de quiste tirogloso - Sistrunk.....	225
Síndrome del ligamento arcuato medio: Descripción del abordaje laparoscópico de un caso en el hospital universitario nacional de Colombia.....	225
STEP-UP pancreas VARD (video assisted retroperitoneal debridement).....	226
Suprarrenalectomía derecha laparoscópica.....	226
Tips and tricks de la adrenalectomía izquierda por laparoscopia por un cirujano endocrino de Medellín, Colombia, luego de 250 adrenalectomías.....	227
Utilización de colangiografía intraoperatoria con verde indocianina y cámara infrarroja en colecistectomía laparoscópica de urgencias	228
Vesícula biliar posterior, ¿Cómo lo hicimos?.....	228
Vólvulo sigmoideo: un hallazgo incidental en apendicectomía laparoscópica.....	228

E-póster

Cabeza y cuello

Abordaje endoscópico en patologías de cabeza y cuello. Reporte de casos	230
Adaptación cultural del instrumento EORTC QLQ-THY34.....	230
Alternativas quirúrgicas de reconstrucción en cirugía de cabeza y cuello	231
Bocio café au lait? Neurofibroma tiroideo	231
Características ecográficas asociadas con citología indeterminada de tiroides	232
Carcinoma de células de Merkel secundario a uso de inhibidor de JAK quinasa.....	232
Carcinoma de células de Merkel.....	233
Caso complejo en el manejo de una estenosis traqueal post-COVID	233
Colgajo miomucoso de buccinador en la reconstrucción de defectos del área maxilofacial a propósito de un caso	234
Descripción y caracterización de variables demográficas, citológicas y ecográficas de población con nódulo tiroideo de clínica de Bogotá durante 2021 y 2022..	234

Divertículo de Zenker: reporte de un caso.....	234
Enfermedad relacionada con Inmunoglobulina G4 mimetizando carcinoma agresivo de la glándula tiroides en una paciente colombiana. Presentación de un caso	235
Enfisema subcutáneo posterior a microcirugía láser para el tratamiento de cáncer de laringe: Reporte de caso	236
Escamosarcoma primario de lengua: reporte de caso	236
Fasciitis necrosante cervical espontánea - A propósito de un caso.....	237
Inusual caso de carcinoma papilar de tiroides del conducto tirogloso en una paciente de 9 años	237
Manejo quirúrgico de un carcinoma de célula grande de hipofaringe: Reporte de caso y revisión de la literatura	238
Migración de una espina de pescado desde la orofaringe al exterior: manejo clínico de la perforación esofágica	238
Miositis purulenta del esternocleidomastoideo: Reporte de casos	238
Osteosarcoma de alto grado tipo fibroblástico con tumoración gigante dependiente de maxilar superior. Caso clínico de resultado quirúrgico y reconstrucción facial exitosa.....	239
Perforación de arteria carótida común por ingesta de espina de pescado: Reporte de caso	239
Quiste de la primera hendidura branquial: a propósito de un caso y revisión de la literatura.....	240
Resección de lesión de hipofaringe mediante técnica TOUSS.....	240
Mature teratoma as a parapharyngeal tumor in a newborn.....	241
Teratoma mediastinal en relación con nódulo tiroideo.....	241

Mama y tejidos blancos

Carcinoma escamocelular infiltrante de mama: A propósito de un caso	242
Hamartoma fibroso de la infancia en una localización inusual: Reporte de caso.....	242
Liposarcoma mixoide metastásico a mama.....	243
Neurofibromatosis del complejo areola pezón: reporte de un caso.....	243

Partial resection of the psoas muscle as management of a high-grade pleomorphic retroperitoneal sarcoma: a case report..... 244

Atresia bronquial del lóbulo superior derecho: Inusual caso llevado a lobectomía por toracoscopia..... 244

Empiema pleural complicado con Aspergillus en secuelas de tuberculosis pulmonar: algo para no olvidar..... 245

Experiencia con el tumor fibroso solitario de pleura en un Hospital de 4º nivel: Serie de casos..... 245

Fístula traqueo-innominada secundaria a lesión térmica durante tratamiento endoscópico de estenosis traqueal: reporte de caso 246

Hemangioma cavernoso costal: Diagnóstico diferencial postquirúrgico..... 246

Lesión de árbol traqueobronquial posterior a trauma cerrado de tórax: Reporte de caso y revisión de la literatura..... 247

Manejo conservador de trauma traqueobronquial: Un reporte de caso 248

Manejo quirúrgico de mediastinitis secundaria a angina de Ludwig: Reporte de caso de una Institución de cuarto nivel en Soacha, Cundinamarca 2022..... 248

Minimally invasive technique with uniport in a successful resection of pericardial cyst..... 249

Quilotórax traumático corregido por abordaje toracoscópico izquierdo..... 249

Reconstrucción de reja costal: Reporte de caso 249

Síndrome de Good: Timoma, inmunodeficiencia e hipogammaglobulinemia, asociado a aplasia de células rojas y trombocitopenia- reporte de un caso..... 250

Síndrome del opérculo torácico neurogénico y arterial concomitante con costilla cervical 250

Trauma cerrado de tórax asociado a fractura completa transversal del esternón posterior a trauma deportivo manejado con sistema MatrixRIB: Reporte de caso y revisión de la literatura 251

Tumor fibroso solitario pleural gigante: Reporte de caso tras su manejo quirúrgico 251

Pared abdominal y hernias

Gran hernia de Grynfeltt-Lesshaft: Reporte de caso .. 252

Hernia hiatal recurrente. Fracaso de manejo quirúrgico y reto para el cirujano 252

Hernia lumbar de Petit. Reporte de caso y revisión de literatura..... 253

Multidisciplinary approach as a treatment option for abdominal wall reconstruction in patients with heart failure: A case report 254

Endoscopia quirúrgica

Endosonografía con biopsia para el diagnóstico de un linfoma pancreático en paciente VIH positivo: Reporte de caso y revisión de literatura..... 254

Lesión iatrogénica de la vía biliar: Manejo endoscópico..... 255

Necrosectomía endoscópica percutánea 255

Cirugía gastrointestinal

Adenocarcinoma de duodeno en paciente joven: Reporte de caso 256

Adenocarcinoma del intestino delgado en paciente joven 256

Bezoar de cerdas de cepillo en estómago: Reporte de caso 257

Caso complejo de síndrome de Mirizzi asociado a coledocolitiasis en paciente pediátrico 257

Correlación de la clasificación endoscópica, intraoperatoria y patológica de Siewert. ¿Existen implicaciones para la elección del tratamiento o los desenlaces?..... 258

Derivaciones biliodigestivas en dos instituciones de referencia del departamento del Cauca, 2013 - 2018..... 258

Gastric outlet obstruction due to a duodenal gossypiboma after open low anterior resection..... 259

GIST yeyunal, revelado por sangrado digestivo oculto: reporte de un caso y revisión de la literatura..... 259

Hemangioliinfangioma: causa poco común obstrucción intestinal..... 260

Intususcepción colónica en adulto secundaria a angioliipoma: Reporte de caso 260

Intususcepción intestinal por un pólipo fibroide inflamatorio (tumor de Venek)..... 261

Invaginación intestinal ileocólica como etiología de obstrucción intestinal en un adulto 262

Manejo de perforaciones, fugas, y fístulas con clip sobre el endoscopio en un centro oncológico Latinoamericano 262

Manejo de sangrado digestivo variceal recurrente en paciente con múltiples fallas terapéuticas: Reporte de caso 263

Manejo de una fuga anastomótica del colon con OVESCO 263

Migración inusual de stent Hot Axios a transcavidad de los epiplones posterior a manejo de necrosis amurallada por pancreatitis severa: reporte de caso 264

Neoplasia mucinosa apendicular como causa de abdomen agudo 264

Plástico bezoar yeyunal como causa de dolor crónico y obstrucción intestinal: Reporte de un caso 265

Ingrid Lorena Rivera Gaitán; Mauricio Basto; José Luis Plata Patiño; Laura Bibiana Castro Bulla 265

Presentación clínica del quiste mesentérico secundario a derivación ventriculoperitoneal 265

Perineuroma gástrico: Reporte de caso 265

Sincronía de un tumor en la ampolla de Vater y en colon derecho 266

Síndrome de Lemmel como causa de colestasis extrahepática 266

Tratamiento de acalasia con POEM posterior a doble recurrencia de miotomía de Heller: Reporte de caso 267

Tumor sincrónico de páncreas y vía biliar como una presentación infrecuente e inesperada en la historia de los tumores periampulares 267

Cirugía bariátrica

Calidad de la investigación en cirugía bariátrica en América Latina y el Caribe: Revisión sistemática y análisis bibliométrico 268

Infección por COVID-19 en una población adulta sometida a cirugía bariátrica durante el primer pico de la pandemia en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bucaramanga 269

Prevalencia de anemia posterior a cirugía bariátrica: estudio de cohorte en Colombia 269

Colon y recto

Adenocarcinoma multicéntrico sincrónico de colon... 270

Ameboma, simulador de adenocarcinoma con obstrucción intestinal: reporte de caso 270

Características y desenlaces de los pacientes con cáncer de recto tratados en un hospital de Bogotá, Colombia: un estudio de cohorte retrospectivo 271

Comparación entre hemorroidopexia con sutura mecánica y hemorroidectomía convencional: experiencia en un hospital de cuarto nivel 271

Doble anastomosis intestinal en mismo tiempo quirúrgico sin derivación proximal. ¿Es seguro realizarlas ? Serie de casos y revisión de la literatura 272

Efecto de la educación telefónica proporcionada por personal capacitado sobre preparación intestinal y su impacto sobre el índice Boston en pacientes llevados a colonoscopia 272

Enfermedad de Paget perianal extramamaria: A propósito de un caso 273

Experiencia en el manejo del prolapso rectal: Rectosigmoidectomía perianal (Altemeier) vs. Rectopexia ventral laparoscópica 273

Manejo laparoscópico de la fístula colovesical. Una opción 274

Gangrena de Fournier: Una complicación infrecuente luego de resección ultra baja de recto 274

Hiperesplenismo severo secundario a enfermedad diverticular de colon: Caso excepcional 275

Intususcepción colocolónica como debut de cáncer de colon 275

Leiomioma de recto localmente avanzado: reporte de caso y revisión de la literatura 276

Lipoma gigante submucoso de colon derecho expulsado parcialmente de manera espontánea por vía rectal . 276

Malformación anorrectal con manifestación tardía. Un manejo con colgajo de Dartos 277

Neumatosis quística: ¿El manejo médico es suficiente? 277

Poliposis adenomatosa familiar. Reporte de caso 278

Hepatobiliar y páncreas

Adenofibroma biliar hepático con transformación maligna a adenocarcinoma. Reporte de caso y revisión de la literatura 278

Cirugía de Puestow: una alternativa segura en el manejo de la pancreatitis crónica 279

Derivación espleno-renal distal como manejo de trombosis portal en paciente de 2 años: Reporte de caso 279

Ecografía intraoperatoria en colecistectomía difícil del remanente vesicular, reporte de caso 280

Fístula pancreática: una complicación posterior a pancreatoduodenectomía. Revisión de la literatura. 280

Hamartoma mesenquimal hepático gigante. Reporte de caso 281

Hemobilia por ruptura de pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha. Reporte de caso..... 281

Hemosuccus pancreaticus como causa infrecuente de sangrado gastrointestinal: reporte de caso y revisión de la literatura 282

Hiperplasia nodular focal: a propósito de un caso con una verdadera indicación quirúrgica 282

Insulinoma como hallazgo incidental en hipoglicemia sostenida..... 283

Síndrome de ducto pancreático desconectado: Cuando la cirugía es la opción definitiva 283

Variaciones vasculares en cirugía pancreatoduodenal. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología. 284

Cirugía vascular

Aneurisma de aorta abdominal manejado mediante abordaje de Cattell Braasch, una vía inusual: reporte de dos casos..... 285

Aneurisma de arteria ilíaca aislada con fístula arteriovenosa como causa de edema unilateral de miembros inferiores 285

Aneurisma monoilíaco aislado roto: reporte de caso 286

Arteria subclavia derecha aberrante, una causa de disfagia lusoria 286

Cirugía multidisciplinaria para tumores con infiltración a vena cava inferior. Reporte de un caso en un centro de alta complejidad 287

Control vascular proximal con endoclampado de arteria subclavia derecha para resección de tumor cervicotorácico: Reporte de un caso..... 287

Manejo endovascular de la enfermedad aortoilíaca compleja: reporte de caso y revisión de la literatura ..288

Manejo híbrido para una disección de aorta torácica Stanford B rota contenida 288

Manejo multimodal de la enfermedad de Buerger.... 289

Pseudoaneurisma de arteria cubital y reconstrucción con safena invertida..... 289

Reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal roto..... 290

Reparación endovascular de aneurisma de aorta infrarrenal con involucro de tronco celíaco, arteria mesentérica superior y arteria renal derecha con prótesis Anaconda fenestrada: Reporte de caso y revisión de la literatura 290

Tratamiento exitoso de la ascitis quilosa vía endovascular con embolización superselectiva de los vasos linfáticos 291

Trauma penetrante de vasos subclavios: Lesión retardora..... 292

Tumor vascular mediastinal 292

Oncología quirúrgica

Angiosarcoma esplénico primario: reporte de caso. 293

Cardiomiopatía de Takotsubo en cirugía de citoreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC)..... 293

Cirugía colorrectal oncológica asistida por robot. Experiencia de los cinco primeros años de la cirugía robótica en el Instituto Nacional de Cancerología.... 294

Efectividad de un programa de rehabilitación quirúrgica en pacientes llevados a cirugía de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica en el Instituto Nacional de Cancerología294

Hemangioliangioma quístico mesentérico como causa de abdomen agudo en una mujer adulta 295

Hemangiopericitoma retroperitoneal como causa de dolor abdominal y masa en cuadrante inferior derecho. A propósito de un caso 295

Liposarcoma retroperitoneal gigante. Reporte de caso y revisión de la literatura 296

Manejo no operatorio de GIST esofágico. ¿Qué tanto sabemos? 296

Melanoma anal, reporte de caso..... 297

Metástasis peritoneales de un carcinoma ductal infiltrante mamario. Reporte de caso..... 297

Obstrucción intestinal maligna en la era de Sugarbaker: Perspectiva del cirujano oncólogo..... 298

Paraganglioma abdominal del órgano de Zuckerkindl: Papel del cirujano oncólogo en tumores neuroendocrinos.....	298
Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global en pacientes con carcinomatosis peritoneal tratados con cirugía de citoreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica	299
Resección R0 de segunda recaída de liposarcoma retroperitoneal de tipo mixoide desdiferenciado. Reporte de un caso	299
Sarcoma epiteloide de muslo con extensión a paquete vascular: Caso exitoso de cirugía de salvamento	300
Seroma recurrente posterior a resección de sarcoma sinovial en pared toracoabdominal - ¿Qué hacer?.....	300
Técnica R.O.L.L como alternativa para disección selectiva en cuello.....	301
Tumor filodes maligno con metástasis pulmonares rápidamente progresivas: reporte de caso y revisión de la literatura	301
Un caso de GIST gástrico gigante infiltrativo con metástasis hepáticas manejado con cirugía citoreductora	302

Cirugía de trauma

Apendicitis aguda secundaria a trauma cerrado de abdomen: a propósito de un caso	302
Control de daños en trauma pancreático: de lo complejo a lo simple. A propósito de un caso	303
Herida por arma cortopunzante en tórax. ¿Se necesita segunda radiografía?	303
Herida por proyectil de arma de fuego en ventrículo izquierdo: manejo conservador.....	304
Hernia diafragmática derecha aguda secundaria a trauma cerrado	304
Hernia diafragmática traumática aguda, abordaje diagnóstico por POCUS y reparo por vía laparoscópica: Reporte de caso	305
Hernia diafragmática traumática crónica derecha con necrosis intestinal: reporte de un caso.....	305
Lesión traqueal completa en paciente con estabilidad hemodinámica: reporte de caso	306
Manejo de lesión destructiva de recto extra-peritoneal y canal anal con sutura primaria y colostomía: un reporte de caso	306

Manejo de trauma cardiaco penetrante por cirugía mínimamente invasiva en centro de alta complejidad de Cali: Serie de casos	307
Manejo de trauma duodenal, del control de daños a la reparación definitiva: caso clínico y revisión de la literatura.....	307
Predicción de angioembolización temprana en trauma pélvico y protocolo de manejo de la Universidad del Valle	308
Revisión sistemática laparoscópica en trauma pediátrico - a propósito de un caso con heridas en torso por proyectil de arma de fuego.....	309
Salvamento de material de osteosíntesis en fracturas costales con infección mediante sistema de presión negativa.....	309
Trauma renal en paciente con riñón en herradura ...	310
Trauma torácico penetrante con empalamiento y lesión bronquial: a propósito de un caso	310
Un caso raro e inusual de cuerpo extraño en el pericardio: Controversias y manejo.....	311
Ventana pericárdica: rol en el manejo definitivo del taponamiento cardíaco por herida cortopunzante precordial.....	311

Mínima invasión

Abordaje mínimamente invasivo para extracción de cuerpos extraños en tracto digestivo	312
Manejo laparoscópico de múltiples perforaciones intestinales secundario a procedimiento estético de pared abdominal.....	312
Manejo mínimamente invasivo de abscesos amebianos de localización infrecuente. A propósito de un caso....	313
Cirugía de trasplantes	313
Trasplante renal exitoso posterior a exenteración pélvica.....	313

Infecciones y heridas

Manejo temprano de fasciitis necrosante cervical con sistema de presión subatmosférica: reporte de caso	314
Uso de sistema de presión negativa en el manejo de la fasciitis perineal: a propósito de un caso	314

Cirugía y COVID-19

Resultados de un Departamento de Cirugía Cardíaca durante la primera ola de la pandemia COVID-19 en	
---	--

un país de bajos ingresos socioeconómicos. Estudio de cohorte transversal 315

Serie de casos de neumoperitoneo espontáneo en pacientes con infección por SARS-CoV-2. ¿Manejo médico o manejo quirúrgico? 315

Cirugía general

¿Cuándo los hemangiomas esplénicos se hacen quirúrgicos? 316

Abordaje laparoscópico de paciente con lesión en curvatura mayor del estómago posterior a herida por arma blanca 316

Absceso hepático tras ingesta de espina de pescado: manejo por vía mínimamente invasiva. Reporte de caso..... 317

Adenomiomatosis de la vesícula biliar. A propósito de un caso..... 317

Aganglionosis intestinal en paciente adulta con insuficiencia motora de origen cerebral: a propósito de un caso..... 318

Aneurisma gigante de arteria poplítea crónicamente roto. Reporte de un caso 319

Angiomixoma agresivo en hernia inguinal derecha. Reporte de caso 319

Apendagitis epiploica primaria que simula apendicitis del muñón apendicular en paciente apendicectomizado previamente 320

Apendicitis aguda en un paciente con situs inversus: Importancia del manejo laparoscópico. Reporte de caso 320

Caracterización del dolor abdominal en mujeres en edad reproductiva..... 321

Cirugía de Puestow como alternativa de manejo quirúrgico temprano en paciente con pancreatitis crónica por estenosis del Wirsung 321

Colección intrahepática de líquido cefalorraquídeo: complicación por migración de catéter de derivación ventrículo-peritoneal 322

Colecistectomía laparoscópica por colelitiasis escleroatrófica en paciente con situs inversus totalis.... 322

Colecistitis y absceso hepático secundario a ingesta de cuerpo extraño 323

Colitis amebiana necrosante complicada por absceso hepático gigante 323

Colocación de dispositivos de acceso vascular implantable: técnica quirúrgica asistida por electrocardiografía..... 324

Complicaciones asociadas al uso de malla retro muscular 324

Comportamiento de curvas de aprendizaje en residencias quirúrgicas de una Facultad de Medicina y factores que influyen en la adquisición de la habilidad..... 325

Consecuencias del diagnóstico tardío del trauma esplénico: revisión de caso 325

Consecuencias inesperadas de no operar una hernia inguinal..... 326

Coristoma pancreático como causa de intususcepción y sangrado gastrointestinal..... 326

¿Cuándo se requiere esplenectomía con fines diagnósticos? 327

Disección de ganglio pélvico lateral después de quimiorradiación neoadyuvante en cáncer de recto con metástasis en ganglio ilíaco interno sin metástasis en ganglios regionales..... 327

Diverticulitis colónica complicada en paciente joven: reporte de caso 328

Diverticulitis yeyuno-ileal perforada: una causa poco frecuente de abdomen agudo 328

Divertículo de Meckel perforado como causa de abdomen agudo quirúrgico 328

Dolor lumbar como manifestación atípica de apendicitis aguda complicada con absceso retroperitoneal. Reporte de caso y revisión de la literatura 329

Drainage of an abdominal wall collection by intraoperative ultrasonography-guided surgery using a handheld ultrasound probe in a low-income health center: a case report 329

Duplicación apendicular: ¿Qué debe saber el cirujano general? 330

Edema por re-expansión pulmonar: una realidad subestimada 331

Erosión de malla protésica hacia el colon: reporte de un caso 331

Evisceración transvaginal espontánea en paciente con antecedente de histerectomía: Reporte de caso y revisión de la literatura 332

Fístula arterio-portal traumática: Presentación de un caso y revisión de la literatura 332

Fístula colcutánea como complicación de enfermedad diverticular y manejo quirúrgico: reporte de caso y revisión de la literatura	333	Invaginación como causa de obstrucción en un paciente con síndrome de Peutz-Jeghers: reporte de caso.....	343
Gastrectomía en dos tiempos por sangrado gastrointestinal en pacientes con cáncer gástrico.....	333	Isquemia cecal aislada como presentación clínica de fibrilación auricular de novo en paciente anciano	343
Gossypiboma, un hallazgo camuflado en la cirugía general: A propósito de un caso	334	Isquemia mesentérica aguda: el éxito de un diagnóstico oportuno	344
Hallazgo de tuberculosis intestinal en paciente inmunosuprimido: reporte de caso	334	Left buttockectomy with sciatic nerve preservation as an approach to the management of non-metastatic low-grade fusocellular/myxoid liposarcoma: A case report.....	344
Hemorragia de vías digestivas bajas secundario a divertículo yeyunal: Reporte de un caso.....	335	Linfangiectasia intestinal primaria en un paciente adulto: enfoque clínico, reporte de caso y revisión de la literatura.....	345
Hernia de Amyand en paciente con herniorrafia ipsilateral previa: un reto diagnóstico	335	Malformaciones intestinales múltiples en el adulto. ¿Son hallazgos frecuentes?	345
Hernia de Bochdalek complicada en el posparto: reporte de un caso.....	336	Malla abdominal con infección crónica: Reporte de caso	346
Hernia de Morgagni como causa de obstrucción intestinal en paciente adulto mayor: Reporte de caso.....	336	Manejo endoscópico exitoso de síndrome biliar obstructivo y pancreatitis aguda por migración de áscaris lumbricoides a la vía biliar	346
Hernia de Spiegel deslizada y obstruida. Reporte de un caso	337	Manejo laparoscópico vs. abierto de absceso hepático por espina de pescado: reporte de caso.....	347
Hernia diafragmática derecha secundaria a trauma cerrado de abdomen. Abordaje por toracoscopia y laparoscopia.....	337	Manejo quirúrgico de hernia lumbar derecha sin antecedente quirúrgico	347
Hernia diafragmática postraumática y rafia primaria: manejo simplificado	338	Manejo quirúrgico de la lesión de Dieulafoy refractaria a manejo endoscópico	348
Hernia diafragmática traumática de presentación tardía: la importancia de descartar lesiones en el cuadro agudo. A propósito de un caso	338	Mediastinitis ascendente secundaria a síndrome de Boerhaave.....	348
Hernia inguinoescrotal gigante: un caso infrecuente para los cirujanos generales.....	339	Mesotelioma peritoneal benigno diagnóstico y tratamiento por laparoscopia en abdomen agudo: reporte de caso	349
Hernia interna transmesosigmoidea: Reporte de un caso	339	Neoplasia mucinosa de bajo grado asociada a un adenoma túbulo-veloso del apéndice: reporte de caso.....	349
Hernia vesical inguinal: un hallazgo incidental	340	Neumomediastino espontaneo. Reporte de caso.....	350
Hipertensión abdominal y síndrome compartimental. Una propuesta de manejo	340	Obstrucción intestinal como presentación atípica de hernia diafragmática derecha crónica encarcelada por herida por arma cortopunzante. Reporte de caso y revisión de la literatura	350
Íleo biliar tratado por abordaje mínimamente invasivo: reporte de caso	341	Obstrucción intestinal como presentación rara de sepsis de origen abdominal por absceso de epiplón mayor secundario a cuerpo extraño (espina de pescado). Reporte de caso y revisión de la literatura	351
Íleo biliar: una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Presentación de 2 casos	341		
Íleo biliar: Una causa poco frecuente de obstrucción intestinal.....	342		
Intususcepción yeyuno-yeyunal como causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos: abordaje laparoscópico.....	342		

Obstrucción intestinal por tuberculosis diseminada simulando neoplasia colorrectal: reporte de un caso.....	351	Síndrome de ligamento arcuato medio. Revisión crítica en la era de la cirugía laparoscópica.....	361
Obstrucción intestinal secundaria a hernia de Bochdalek.....	352	Síndrome de Rapunzel asociado a perforación intestinal. Revisión de un caso clínico.....	362
Obstrucción intestinal secundario a intuscepción por linfoma intestinal. Reporte de caso y revisión de la literatura.....	352	Síndrome de Valentino: reporte de caso.....	362
Obstrucción intestinal secundario a remanente del conducto onfalomesentérico: A propósito de un caso y revisión de la literatura.....	353	Sobreviviendo al trauma cardíaco.....	363
Pancreatitis aguda por ascariasis invasiva: Una etiología olvidada prevalente en nuestro medio.....	353	Taponamiento cardíaco por hipotiroidismo: reporte de un caso.....	363
Paniculitis mesentérica: Causa poco frecuente de dolor abdominal recurrente. Reporte de caso.....	354	Técnica de control de contaminación de pared abdominal con la férula de látex en estoma.....	364
Paraganglioma aorto-iliaco: Reporte de caso.....	354	Terapia endoscópica de presión negativa para el manejo de fugas anastomóticas del tracto digestivo. Serie de casos.....	364
Perforación estercoral recto-sigmoidea por fecaloma en paciente con enfermedad diverticular complicada: Reporte de caso.....	355	Teratoma mesentérico: Reporte de caso y revisión de la literatura.....	365
Previendo la enfermedad tromboembólica venosa.....	355	Trauma de duodeno y rafia primaria: menos es más.....	365
Proyectil alojado en luz intestinal como hallazgo intraoperatorio en manejo de trauma penetrante abdominal posterior.....	356	Trauma esplénico cerrado: falla del manejo no operatorio.....	366
Pseudoquistes esplénicos espontáneos: Un reporte de caso.....	356	Tricobezoar gástrico gigante, algo no tan común de encontrar.....	366
¿Qué tan eficiente es el trasplante fecal en infecciones por Clostridium difficile?.....	357	Tubo gástrico invertido sin piloroplastia: técnica reconstructiva en cáncer de esófago. Reporte de caso.....	367
Quiste de colédoco en adulto: Reporte de caso.....	357	Tumor neuroendocrino del colon transversal: Reporte de caso.....	367
Reconstrucción intestinal luego de falla anastomótica de Y de Roux.....	358	Tumor sincrónico de esófago y colon: Un reporte de caso.....	368
Reparo de hernia hiatal paraesofágica y modificaciones en la actualidad.....	358	Úlcera de Marjolin sobre eventración asociada a fístula enterocutánea.....	368
Retos en cirugía por complicaciones de múltiples fistulas secundarias a bypass gástrico.....	359	Un cuerpo extraño rectal inesperado.....	369
Salmonelosis con perforación intestinal: Reporte de casos.....	359	Una vista al pasado: extracción de cuerpo extraño del esófago cervical por cervicotomía. Reporte de caso.....	369
Sepsis biliar secundaria a fístula colecistocutánea como complicación rara de colecistostomía: reporte de un caso y revisión de la literatura.....	360	VIH relacionado a linfoma difuso de células B grandes de alto grado de localización intestinal.....	370
Síndrome Asia: a propósito de un caso.....	360	Volvulación recidivante desde sigmoide a transversal. ¿Hasta dónde puede volvularse?.....	370
Síndrome de Lemmel como diagnóstico diferencial del síndrome biliar obstructivo. A propósito de una serie de casos y revisión de la literatura.....	361		
		Educación	
		Centro de Estudios y Formación Científica en Cirugía General: Experiencia de un grupo de interés en el período 2021-2022.....	371

Índice de Autores

A

Abadía Mario Arturo	190, 203, 206, 210, 258, 262, 263, 284, 294, 299	Amador Valentina	84
Abadía Mondragón Natalia Margarita	102, 106	Anaya Meza Silvia Fernanda	167
Acevedo David	151	Anaya Meza Silvia Fernanda	349
Acevedo López Doménica	91, 145	Anduquia-Garay Felipe	68
Acevedo López Nicole Andrea	91, 145, 174	Angarita Gómez Gabriel Alonso	336
Acevedo-Medina Luis Felipe	145	Ángel Barrios Jorge Armando	127
Acosta Pérez Camila Andrea	257	Ángel Ussa Luis Gerardo	264, 363
Acuña Edisson Alberto	335	Ángel Vargas Santiago	55, 137, 182, 231, 234, 238, 240, 240, 267
Acuña María Fernanda	69	Aparicio Silvia	269
Acuña Pinzón Camilo Levi	331	Aparicio Blanco Brandon Steven	64, 78, 122, 136, 139, 142, 172, 259, 334
Agredo Luna Lizeth Angélica	336	Aranda Hoyos Alcibiades	67, 93, 107
Aguado Valderrama Juan Camilo	153	Araque Panesso Juan Andrés	202, 210, 299
Agudelo Ledezma Hanier Hernán	326	Ararat Sarria Mónica	157
Agudelo Mendoza Silvia Valentina	66, 159	Arbeláez Bolaños Sergio	65
Aguar Barrero Raúl Guillermo	134, 163, 315	Arboleda Mera Juan Camilo	78, 196, 197, 199, 245, 272, 311, 338
Aguilera Caro Laura Estefanía	92, 99, 290, 290, 300, 370	Arce Peña Paola Andrea	343
Aguirre Bermúdez Gustavo Adolfo	67, 315	Arce Polanía Laura Cristina	70, 177, 222, 303, 321, 334, 359
Aguirre Salamanca Edgar Javier	193	Ardila Diego Alejandro	51, 182
Alarcón Yuber Fabián	222	Arenas Carlos Enrique	305
Alarcón Valenzuela Catalina María	75	Arenas Laura	80
Aldana Londoño Camilo Andrés	119	Arévalo Jaime Adolfo	173
Alfonso Gamba Martha Milena	248, 249	Arévalo Feo Carlos Andrés	232
Almanya Gandur Rhanda	291, 346	Arévalo Guerra Orlando Favio	265
Alvarado Bedoya Camilo	64, 316	Arévalo Novoa Joel	54
Álvarez Andrés	51	Argüello Gutiérrez Paula Andrea	118
Álvarez Jarib	194	Arguello-Fuente Henry	118
Álvarez Steffany Catalina	173	Arias Amézquita Fernando	100, 125, 211
Álvarez León Daniela	118	Arias González Camila	188, 282
Álvarez Ortega Astrid Carolina	62	Arias Macea Valentina	97
Álvarez Peñaloza Natalia	318, 346	Arias Madrid Natalia	161
Álvarez Valderrama Angie	189, 191, 256	Arismendi Iván	160, 285, 289
Katherine		Aristizábal Robayo María Fernanda	146, 230
Alviar Caballero Mauricio Enrique	287	Aristizábal Rojas Sofía	117
Alzamora Pérez Juan José	213, 214, 219, 224, 229, 357	Ariza Andrés	212, 220
		Ariza Luis	92

Ariza Cueto Carlos	134	Barrios Parra Arnold José	89, 324
Ariza de LaValle Andrés Felipe	191, 220, 224	Bastidas Gutiérrez Nicolás David	123
Ariza Gutiérrez Aníbal Manuel	129, 241	Bastidas Santacruz Alexandra	95, 136, 141, 143, 208, 241, 313, 352
Ariza Miranda Luis Eduardo	290, 300	Bautista Camilo	91, 93
Arraut Gámez Rafael Eduardo	58, 99, 186, 188, 215, 247, 249, 250, 251, 262, 290, 300, 319, 337, 340, 346, 349	Bautista Vacca Camilo Andrés	319
Arredondo Mora Nicolás	192, 202, 204, 315	Bayona Daza Álvaro Javier	85, 171, 177, 303, 321, 353
Arroyave Roberto	249	Becerra Romero Andrés	83, 144, 220
Arroyave Durán Cristhian David	112, 115, 143, 249, 309	Bedoya Motta Camilo Andrés	257, 298, 342
Arroyave Uribe Gabriel	211	Bedoya Rinaldi Alejandro Alfonso	215, 349
Arroyave Zuluaga Ricardo Leonel	83, 144, 220, 331	Beltrán Diego Armando	134, 163, 315
Arroyo Fernando	93	Beltrán Neira Johan Yesid	96
Arteaga Oviedo María Alejandra	337, 342	Benavides Melissa	248, 249
Arteaga Prada María José	103	Benavides Rey Melissa	63
Asmar Fernando Carlos	101, 186	Benítez Elkin	172
Assad Raúl	154	Benítez Manuel	141
Avellaneda Curcho Luis Carlos	255	Benítez Bermúdez David	95, 96, 110, 265, 306, 339
Avellaneda del Portillo David Alexander	280, 281, 314, 351	Benito Erika Johana	162
Ávila Forero Andrés Felipe	89, 330	Berástegui Ortiz Luisa Fernanda	292
Ayala Olaya Daniela	80, 82, 84, 90, 172, 282	Berástegui Ortiz Sara Melissa	292
Ayala Pérez Sergio Camilo	218, 345	Berástegui Vellojin José Luis	292
B		Bermúdez Mantilla Marcela	73, 176
Bacca Quintero Jorge Luis	118	Bernal Gutiérrez Marcela	232
Báez Edwin Alirio	273	Bernal Santos Felipe	142
Bahamón Flórez Alexander	127, 189, 190	Berrío Caicedo Jhon Jairo	94, 95, 96
Bahamón Rodríguez Santiago	61	Betancourt Arias Andrea del Pilar	341, 361
Ballestas Barrera Jorge Andrés	52	Betancourt Santos Harold Enrique	280, 351, 353
Baquero Rogers Leonardo	55, 182, 234, 237, 238, 240	Blanco Néstor	222
Baquero Baquero David	271	Blanco Guerrero Dánel Rubén Yarig	59, 131, 334, 359
Barajas Sepúlveda Fabián Darío	177	Bobadilla Mejía Natalia	288, 348
Barbosa Calderón Ronel Eduardo	260, 276, 277	Bogoya Pérez Cristian Camilo	79, 371
Barco Castillo Catalina	156, 315	Bohórquez Garnica Sebastián	220, 224, 362
Bareño Silva José	325	Bolívar Sáenz Dínimo José	193, 360
Barragán Tatiana	85, 131, 217, 272, 308, 347, 353	Boneth García María Camila	260, 276, 352
Barrantes Moreno Santiago	188, 282, 369	Bonilla Juan Carlos	360
Barraza Leones Osvaldo	328	Bonilla Castañeda Ana Deise	67, 190, 203, 206, 210, 258, 262, 263, 284, 294
Barrera Jaime Eduardo	254	Bonilla Rosas Roger Orlando	336
Barrera Rafael	60, 137	Borjas Guillermo	73, 74, 193, 194, 195
Barrera Diaz Gelber Yesid	238	Borráz Segura Bernardo	68
Barrera Lozano Luis Manuel	83, 144, 220	Botache Capera Wilmer Fernando	306
Barriga Juan Carlos	361	Botero Ángel Laura	155, 339
Barrios Rodolfo	113	Botero Mora Ana María	97, 98
Barrios Marengo Salín	314	Botero Mora Lina María	97, 98, 105, 251
Barrios Mejía Rodolfo	91	Brando de Angelis Carmen Valeria	102, 106
		Bravo González Ricardo	355
		Bravo Rey Laura	100
		Bretón Carlos	136

Bretón Guillermo	361	Calle Cayón William	160, 285, 289
Briceño Morales Clara	262, 263, 299	Calle Otero Alejandro	171
Brieva María Lucía	132	Calvo Sebastián	60, 137
Brito Rojas Isabel Cristina	98, 295, 327, 342	Calvo Suárez Charles	108
Buchelli Víctor Rafael	307	Camacho Correa Santiago Alonso	353
Bueno Marín Juliana	257	Camacho Delgado Laura Carolina	350
Buitrago Ricardo	116	Camacho Franco Tatiana	250
Buitrago Gutiérrez Giancarlo	140, 166, 175	Camacho Mackensie Jaime	95
Buitrago Maldonado Brayán Andrés	61, 177, 285, 286, 317, 341	Camargo Castillo Nicolás Felipe	233, 324
Buitrago Poveda Jairo Enrique	233	Camargo Martínez William Camilo	52, 53
Burbano Daniela	121, 141	Camelo Pardo Cristian Eduardo	88
Burbano Erazo Alma Vanessa	100, 125, 211	Camelo Pardo Gianmarco	84, 88, 118, 279, 280, 283
Burgos Rueda Hugo Alejandro	110, 111, 114, 205, 308	Campillo Pardo Jorge	294, 299
Burgos Sánchez Rodrigo Antonio	294, 298, 299	Canal Forero Julián Ernesto	371
Buriticá Vélez Jorge Eduardo	368	Canizales Herrera Camilo Andrés	103, 230, 275
Bustamante Eliseo	80	Cantillo Efrén	160, 185, 189
Bustamante Clavijo María del Rosario	67	Capacho Quintana Angie Nataly	277
Bustillo Arrieta Carlos Alberto	140	Capre Pereira Jessica	78, 138, 143, 199, 201
Bustos Guerrero Ada	127, 173, 198, 200, 294	Cárdenas Anny	324, 347
Bustos Molina John Alexander	120	Cardona Heber Armando	322
C			
Caballero Otalora Nicolás	80	Cardona Bernal Susana	81
Cabarcas Valencia Edgar Fernando	166	Cardona Collazos Santiago	147
Cabezas Restrepo Angela María	102, 106	Cardona Gallardo María Alejandra	171
Cabrera Rivera Paulo Andrés	66, 99, 159, 254, 260	Cardona Gómez Diana Catalina	150
Cabrera Vargas Luis Felipe	64, 67, 70, 71, 81, 86, 91, 91, 93, 98, 109, 115, 117, 122, 136, 139, 142, 151, 153, 170, 172, 178, 179, 180, 181, 188, 216, 239, 259, 310, 334	Cardona Tobón Mauricio Javier	295
Cáceres Castrillón Douglas	91	Cardoso Franco Linda Lucía	58
Cadavid Agudelo Isabella	174	Carmona Gómez Edgar Alberto	61, 233, 245, 250
Cadavid Congote Andrés	267	Caro Espíndola César Edgardo	108
Cadavid Navas Marcela	312	Carreño Jennifer	
Cadavid Restrepo Carlos Andrés	257	Carreño Jácome Jennifer	69, 70, 127, 189, 190, 198
Cadena Manuel	132, 172	Carreño Rojas María Alejandra	291, 346
Cagua Colmenares Jenifer Andrea	324, 326, 347	Carrera Siachoque Javier Alejandro	75, 78, 213, 327
Caicedo Holguín Isabella	154, 323, 344	Carrillo Bayona Jorge Alberto	246
Caicedo Ochoa Edgar Yaset	143	Carrillo Gutiérrez Daniela Lucía	254
Caicedo Ramírez Liliana	258	Carrillo Herrera Gina Marcela	76, 230, 345
Cala Juan G.	200	Carrillo Montenegro Andrés Felipe	117
Cala Rueda Hernando	254	Cartagena Alejandra	282
Calderón Andrés	222	Carvajal Carlos Andrés	56, 59
Calderón Samuel Gustavo	111	Carvajal Jeimy	222, 334
Calderón Salazar Carlos Julio	71, 216	Carvajal Sandra	141
Calderón Sierra Diana María	124	Carvajal Bautista Jeremías	62, 248
		Carvajal Vera Luisa Fernanda	334
		Casas Jaramillo Felipe	66, 99
		Castañeda Juan Fernando	55
		Castañeda Juan Fernando	230, 234, 236, 238, 240
		Castañeda Fuentes María Camila	81
		Castañeda Motta Catalina	326
		Castañeda Pérez Manuela	79

Castañeda Rendón Valeria	168	Correa González Juliana Patricia	96, 348
Castaño Castellanos Santiago	317, 338	Correa Pugliese Claudia Victoria	118
Castaño Llano Rodrigo de Jesús	196	Correa Salazar Santiago	95
Castellanos García Isabella	110	Cortés Londoño Luisa Manuela	68
Castillo José Luis	69, 107, 115	Covelli Laura	350
Castillo Juliana	356	Criollo Francy	258
Castillo María Paula	174	Cruz Alfonso	324, 347
Castillo Virgilio	194	Cruz Albán Nathalia	344
Castillo Barbosa Andrea Carolina	199, 350	Cruz Cano Camila	233
Castillo Cadena Juan Carlos	118	Cruz Gómez Carlos	85, 194, 201, 209, 366
Castillo Zamora Marcos	332	Cruz Mojica Patricia	246
Castrillón Lozano Jorge Andrés	91, 121, 174	Cruz Morales Herman René	295
Castro Paula	58	Cruz Mususu William	119
Castro Bulla Laura Bibiana	132, 259	Cuadrado Franco Daniela María	243, 244, 344
Castro Fuentes María Camila	257	Cuadrado Nieves Katty Carolina	85, 94, 194, 209, 366
Caycedo Diego	300	Cuéllar Díaz Juan Sebastián	61, 103, 275
Caycedo Beltrán Rubén Ernesto	280, 321	Cuevas López Liliana	100, 104
Caycedo Medina Diego Fernando	54, 102, 103, 296	Currea Diana	243
Ceballos Mora María Alejandra	123, 173		
Celis Natalia	166	D	
Cendales Angélica	200	Daguer Díaz Ricardo	274
Cerquera Sebastián	132	Dávila Martínez Diego Fernando	79, 81, 87
Cerra Ortégón David Raúl	170, 188, 215, 337, 349	Daza Vergara José Alejandro	132
Certain Abraham Armando José	261	De Francisco Zambrano Juan	182, 234, 237, 238
Cervera Sergio	101	de Guzmán Gabriel Sánchez	241
Cetares Salas Camilo Ernesto	125	De La Barrera Bermúdez Juan Guillermo	153
Chamorro Soto Lizeth Donatella	138, 205	de León Paula	340, 346
Chanci Drago Romario	211, 305	De León Murillo Andrés David	370
Chaparro Zaraza Diego Fernando	235	Del Castillo Javier	93
Chaves Amado Janeth Melissa	269, 313	del Río Sergio	67
Chávez Trujillo Jaime	282	Delgado María Pamela	108
Chica Julián	148, 177	Delgado Camacho Matteo	273
Chinkovsky Rios Tatiana	143, 202, 210, 295, 304	Delgado López Carlos Andrés	255
Ciro Ossa Carolina María	103, 275	Delgado Quintero Angélica María	110, 113, 114, 138, 192, 205, 279, 364
Cock Peñuela María Julieta	176, 268	Delgado Realpe Oswal Steven	281, 314, 327, 351
Cómbita Rojas Hugo Alberto	146, 225, 358	Dennis Halley Michael Johannes	99
Conde Monroy Danny Michell	80, 82, 84, 90, 126, 130, 162, 282	Diagama Restrepo Sebastián	125
Conde Pérez Laura Daniela	150	Díaz Néstor	73
Conrado Jiménez Héctor	142	Díaz Casas Sandra Esperanza	244, 344
Constain Franco Alfredo	305	Díaz Castillo José Alejandro	127
Contreras Páez Sebastián David	95, 254	Díaz Delgado Dayana Nathalie	245, 366, 369
Contreras Vargas Daniela	189, 270	Díaz López Elmer Julián	293
Córdoba Ana Isabel	180	Díaz Rincón Camilo Alberto	352, 358
Córdoba Chamorro Adriana Patricia	181, 218	Díaz Villota Sara Fernanda	366
Corrales Hernández María Gabriela	257	Diazgranados Estaban	234, 236, 237, 238
Correa Juan	242, 252, 256	Domínguez Alvarado Gonzalo Andrés	73, 86, 176, 268, 269, 313
Correa Santiago	242	Domínguez Alvarado Luis Ernesto	269
Correa Cote Juan Camilo	105, 202		

Garcés Pérez Ana María	215, 349	Gómez Barrios Jesús David	58, 92, 99, 186, 247, 249, 250, 251, 262, 290, 300, 319, 337, 340, 346
García Andrés Mauricio	135, 148	Gómez Cadavid Natalia María	58, 92, 99, 247, 249, 250, 251, 262, 290, 300, 329, 340, 346
García Brigitte Dayana	252, 357	Gómez Casas Ramsés	79
García Daniel	117	Gómez Díaz Margarita Rosa	125
García Fabio	84, 88	Gómez Franco Alejandra Catalina	319, 367
García Fernando	121	Gómez García Paula Carolina	125
García Guihovany	166	Gómez Garnica David Guillermo	131, 156, 315, 334, 353,
García Herney	107	Gómez Gómez Daniel	160, 285, 289
García Luis Fernando	93	Gómez González Mónica Carolina	170, 172, 342
García Nathalia	355	Gómez Herrera Julián	234
García Agudelo Lorena	238, 255, 257	Gómez Ibáñez Lucas	341
García Barón Pablo Andrés	329	Gómez Posso Gilberto	54
García Barón Pablo Andrés	360	Gómez Raigosa Juliana	68, 174
García Bermúdez Alisson	264, 350	Gómez Salgado Claudia Isabela	111, 114, 115, 143, 308, 309, 331
García Casilimas Guihovany Alberto	140, 175	Gómez Suaza Andrés Camilo	102, 106
García Del Risco Fernando	187	Gómez Tarazona Carlos Augusto	289
García Duperly Rafael	75, 122, 135, 213, 327	Gómez Trujillo Emma Cristina	117, 137, 139, 156, 206, 312
García Duperly Rafel	78	Gómez Venegas Álvaro Andrés	369
García Echeverri Pablo	328, 348	Gómez Vera Carlos Eduardo	288
García García Karen Juliette	213, 214, 219, 224, 229, 357	Gonzales Cano José Miguel	160, 285
García Marín Alberto Federico	114, 121, 141, 148, 154, 308, 323, 344	González Alejandro	254, 271
García Mora Mauricio	96, 244, 297, 298, 299	González Felipe	102, 106
García Núñez César Antonio	133	González Jairo	303, 340
García Peñaloza Luis Eduardo	310	González Laura	122
García Ramos Valeria	282	González María	73, 74, 193, 195
García Salamanca Fabio Andrés	118	González Mauricio	273
García Vera Jorge Andrés	254	González Apraéz Jairo Esteban	129, 352
García Villamizar Daniel	139	González Apraéz Juan Felipe	129
García Zambrano Laura Alejandra	66, 159	González Ausique Paola Stephany	51, 59, 182, 228
Garzón César Andrés	364	González Ballén Ernesto	216
Garzón Juan Carlos	166	González Bustacara María Paula	139, 206
Garzón Mesa Camilo Ernesto	86, 278	González Cárdenas Leonardo	239, 349
Garzón Silva Carlos Andrés	108	González Collazos Julián Camilo	207, 253, 263, 279, 304, 355, 364
Gil Quintero Francisco	61, 102	González Dorado Ivette Sarai	217, 262, 263, 286, 322
Giraldo Arteaga Manuela	337, 342	González Gómez María Isabel	282
Giraldo Campillo Daniela	255	González Hadad Adolfo	110, 112, 205, 303
Giraldo Cifuentes Juliana Andrea	338, 36, 365	González Ospina David Alejandro	188
Giraldo Pinto Manuel Alejandro	111, 303, 340	González Patiño Diego Felipe	96, 230, 232, 233, 358
Giraldo Salazar Henry Armando	94, 96, 110, 113, 279, 354	González Rivas Diego	184
Girón Arango Felipe	90, 126, 130, 131, 132, 135, 148, 162, 163, 172, 354	González Rojas José Pablo	269González Sierra Pablo 170
Gómez Daniel	216	González Tamayo Juliana	71, 80, 82, 84, 282
Gómez Daniel Alfonso	86	Granada Camacho Julio César	183
Gómez Omar	154		
Gómez Santiago	332		
Gómez Báez Andy Camila	232		

Jaramillo Guzmán María Camila	155, 339	Loaiza Julián Andrés	186, 262, 319
Jaramillo Vásquez Manuela	145, 167, 170, 329	Loaiza Sara	243
Javier Henao Francisco	100	Londoño Restrepo Daniella	108
Jiménez Daniel	163	Londoño Ruíz Germán Darío	132
Jiménez Germán	293	Londoño Schimmer Eduardo	125, 134, 135
Jiménez Ivette	113	Emilio	
Jiménez Ayala María Fernanda	216	Loochkartt Pardo Angelo	183
Jiménez Granados Jorge Stiven	102, 106	Lopera Carlos	71, 217
Jiménez Lafourie Ivette C.	277, 362	Lopera Katherinne	202
Jiménez Moreno Julián	79, 361, 371	Lopera Rodríguez Jeimmy	210, 299, 302
Jiménez Muller Hana	126	Katherinne	
Jiménez Ramírez Lia Jasmín	55	López Daniel	256
Jiménez Ramírez William A.	298	López Federico	217
Jiménez Sánchez Germán	161	López Laura Alejandra	271
Jiménez Vargas Fanny Loren	273	López Mario	58
Joaqui Samboni Wilson Germán	128	López Gómez Luis Ernesto	73, 176, 268, 269, 313
Jordán Sánchez Yessica Alejandra	157	López Guzmán Carlos Manuel	367
Julián Tinoco Néstor	168	López Herrera Brayan Esneyder	232
Junca Burgos Edgar Germán	297	López López Carlos Andrés	64, 140, 316
Junco Parga Laura Daniela	361	López López Valeria	68
Jurado Yamile	63	López Melo Deivis Jesús	69, 70, 127, 173, 189,
Jurado Arenas Ricardo Alonso	64		190, 198
K		López Mora Mario Fernando	56, 59, 63, 245, 248,
Kadamani Abiyomaa Akram	260		249, 337
Kestenberg Himelfarb Abraham	78, 138, 199, 201	López Muñoz Paula Andrea	56, 57, 120, 239
L		López Ordóñez Mario Andrés	245
Labastida Moreno César Alfonso	328	López Ramírez Yuliana	67, 160, 320
Labrador Morales María Sofía	69, 76, 77, 127, 137,	López Rodríguez Mariana	176, 268
	271, 356	López Tamayo Sandra Beatriz	251, 295, 331
Lagos Castro Katheryn Daniela	55	López Uribe Federico	79, 227
Lanza Díaz Andrés Ramiro	76, 77, 271	López Zapata Daniel	64
Lara Muñoz Susana	102, 106	Lora Acuña Leonardo José	360
Lara Sánchez Rodrigo	306	Lourido Gamboa Ana María	78, 199
Latiff Maldonado Mario Alberto	123, 130, 131, 132, 134	Lozada Martínez Iván David	64, 70, 71, 81, 86, 91,
Lazo Santafe Víctor Manuel	177, 245, 266, 286,		93, 98, 115, 117, 122,
	289, 291, 338, 341, 346	Lozano Arce Juan Andrés	136, 139, 145, 153, 170,
León Daniela	113	Lozano De Ávila Carlos Alberto	172, 174, 180, 259,
León Girón Luisa Fernanda	234		268
León Lazo Fredy Alexander	232	Lozano Gómez María Paula	288
León Sierra Diego Fernando	199, 328, 348	Lozano Suárez Nicolás	159
LepesqueUr Salleg Michel	212, 220, 223	Luengas Pablo	152, 153
Lesmes Sergio	80	Lugo Raigosa Laura Lorena	169
Libreros Fajardo Martha Lucía	165	Luna Rubén	117, 253
Liévano Barreto Javier Gregorio	226	Luna Hurtado Hernán Camilo	79, 102, 196
Lima Pérez Miguel Andrés	301	Luna Jaspe Carlos Augusto	142
Llamas Juan	242, 252, 256	Luque Cala Carolina	56
Llanos García Álvaro José	288		
Llanos Luengas Laura Valentina	168, 270, 341, 343		

M

Maldonado Andrés	73, 74, 193, 194, 195	Mejía Isaza Daniel Ernesto	143, 183, 311
Mancera Pérez Juliana	310	Mejía Kambourova Iordana	87
Manotas Luisa	292	Mejía Riveros Lily Vanessa	234
Mantilla Sylvain Fabien	60, 86, 122, 139, 180, 275	Mejía Toro David Alejandro	160, 183, 309, 331, 332, 369
Manzano Guevara Cecilia Nisvet	159, 169	Mejía Villate Gabriel Fernando	287
Marenco Aguilar Nadia Catalina	260	Melgarejo Héctor	257
Marín Castro Andrés Eduardo	155, 339	Melo Lara Alex Javier	319
Marín Uribe Jorge Iván	348	Méndez González Mayra Leandra	157
Mariño Lozano Iván	344	Mendieta Madiedo María Camila	264, 265
Márquez Bayona Katherine	164	Mendieta Torres Laura Viviana	56, 120, 231
Márquez Cedeño Andreina Mariana	334	Mendizábal Varón Erika Tatiana	219
Márquez Parra Paydieg Natalia	68	Mendoza Víctor H.	145
Márquez Rodríguez Jorge Adalberto	124, 151	Mendoza Castillo Luis Francisco	237
Márquez Ustáriz Alfonso Carlos	294, 299	Mendoza Morales Isaac	170, 174, 188
Martelo Román Alfredo	54	Mendoza Rodríguez Andrea	119
Martínez Daniela	292	Mendoza Zuchini Andrés	64, 70, 86, 142, 216
Martínez Juan Manuel	153, 180	Merchán Cepeda Johan Sebastián	124, 151, 356
Martínez Mauricio	164	Mesa Natalia	271
Martínez Rolando	85, 162	Mesa Daza Laura Camila	333
Martínez Stella Isabel	59	Metke Jiménez Ricardo	301
Martínez Báez Henry Hernando	116	Meza Carlos	274
Martínez Blanco Delio Felipe	355	Mieles Burgos Olinto	118
Martínez Castro Jorge Eduardo	53, 158, 266	Mikler Rami	74, 136, 208
Martínez Dorado Hugo Andrés	370	Millán Cortes Carlos Alberto	79, 137, 267
Martínez Franco Juan Sebastián	162, 367	Millán Matta Claudia Jimena	297
Martínez Jaramillo Carlos Edmundo	75, 196, 197	Miranda Asdrubal	252, 357
Martínez López Luis Eduardo	270, 271, 273	Mogollón Germán	58, 152, 153
Martínez Martínez Jorge Alberto	233	Mogollón Martínez Nikson	94
Martínez Ramírez Karen Tatiana	288	Molano Julián Andrés	241
Martínez Villacre Juanita	344	Molina Céspedes Isabel	211
Martínez Villate Margarita	94	Molina Marín Juan David	81, 87
Marulanda Daniela	114	Molina Marroquín Germán	287
Mateus Acuña Leonel Felipe	245, 285, 338	Molina Sánchez Francisco Javier	96
Mateus L. Gilbert F.	297, 301	Molina Valencia Juliana Lucía	208, 209, 255, 304, 312, 331
Maya López Carolina	267	Molina Vera Sharon Gabriela	368
Mayo David	273	Molinas Pérez Darit Alfonso	170, 188, 215, 244, 262, 329, 340, 344
Mayorga González Alejandra	296	Moncada Iván	55, 182, 240
McCausland Noguera Rafael	274	Moncada Pabón Alejandra	86
Medellín Abueta Anwar	78, 122, 200	Monroy Chaparro Brayan Esneider	118
Medina Gabriela	292	Montealegre Arturo Jorge Steven	138, 205
Medina Juan Fernando	168	Montero Camilo	119
Medina Ortega Marco Antonio	336	Montes Arcon Pablo Salomón	276, 320
Medina Rojas Rolando	306, 339	Montoya Jaime Andrés	105
Medina Suárez César Camilo	246, 319	Montoya Quintero Kevin	322
Mejía Fernando	91, 98, 115	Moore John Henry	180
		Moore Cañadas José Tomás	165, 322
		Morales Espinosa Fabio Andrés	316
		Morales Gómez Daniel	273

Moreno Daniela	152	Naranjo Gálvez Julio Hernando	127
Moreno Nicole	93	Naranjo Nates María Paula	260, 276
Moreno Nohora	292	Narváez Díaz Laura Alejandra	358
Moreno Sandra	366	Narváez Fernández Salvador	331
Moreno Alonso Sandra	85, 194, 209	Narváez Rojas Alexis	86, 115, 117
Moreno Álvarez Hamilton José	185, 186	Narváez Sierra Laura Isabel	233, 316, 324, 327, 333, 352, 358
Moreno Gallego Mauricio	267	Nassar Bechara Ricardo Manuel	126, 130, 131, 135, 148, 162, 163, 172, 184, 354
Moreno Granada César	237	Navarro B. Valentina	111, 113, 192, 307
Moreno Lasprilla Martha Isabel	354	Navarro Botero Jairo Alexander	92, 166
Moreno Moreno Paula Andrea	358	Navas Camacho Angela María	149
Moreno Muñoz James Adrián	234	Navia Sánchez María Paula	81
Moreno Sánchez Valery	334	Nieto Dorado Paula Alejandra	288
Moreno Suárez Natalia	75	Nieto Naizir Jimena	272
Moreno Torres Andrey	56, 239	Nieves Condoy Jefferson Fabián	331
Moros Martín David	154	Niño Puentes Nelson Antonio	76, 77, 270, 271, 273
Moros Pérez Simón Andrés	310	Noguera Morales Valentina	181
Moros Vera Manuel Eduardo	154	Núñez Kevin	347
Mosos Patiño Mónica Brigitte	134, 163, 315	Núñez Ordóñez Nicolás	70
Mosquera Charry Duván Felipe	288	Núñez Rocha Ricardo Elías	123, 126, 130, 131, 132, 134, 135, 148, 162, 163, 172, 354
Mosquera González María Fernanda	293		
Mosquera Luna Pablo Sergio	368	O	
Mozo Sergio	131	Obando Rodallega Alexander	78, 111, 199, 201
Mozo Ortíz Javier	313	Ocampo Echavarría Carlos Mauricio	121
Mozo Pacheco Sergio Alberto	171	Ocampo Henao Oscar David	214, 215, 221, 223, 225, 226
Munar Holguín Carlos Fernando	114, 126, 253	Olarte Rafael Alberto	69, 70, 127, 173, 189, 190, 198
Múnera Duque Alejandro	105, 299, 302	Olarte Licht Alejandro	269
Muñetones Buitrago Diana Milena	89, 287, 316, 365	Olaya Juan Pablo	80
Muñoz Juan Fernando	98, 115	Olaya Rodríguez Andrés Felipe	248, 249, 370
Muñoz Botero Néstor Augusto	108	Olivera Bolívar María Paula	75, 179
Muñoz Chaves Carlos Andrés	110	Olivera Bríñez Diego Fernando	62, 248
Muñoz Delgado Edison Ramiro	245, 366, 369	Olmos Natalia	180
Muñoz Escandón Ana María	117, 122, 139, 222	Onzaga Villalba Diego Andrés	358
Muñoz García Cristian	83, 144, 220	Oñate Araujo Alfredo	333
Muñoz González Simón	67, 295	Ordóñez Delgado Carlos Alberto	148, 304
Muñoz Hoyos Alberto	92, 164, 225	Ordóñez Mosquera Juliana María	141, 148, 177, 178, 303, 321
Muñoz Murillo Katherine Lizeth	157, 158, 252, 266, 278, 338, 357, 363, 365	Orjuela Correa Robinson Andrés	97
Muñoz Rodríguez Cristhian Alejandro	288	Orozco Chamorro Claudia Milena	234, 258, 336
Muñoz Solano Gary	310	Orrego Colorado Julián Andrés	76
Murcia Claros Miguel Ángel	57, 120	Ortega Canizales Andrés Mauricio	86, 278
Murgas Acevedo Ana Milena	77, 338, 363, 365	Ortega Narváez Andrea Marisol	368
Murillo Elkin	292	Ortiz Espinel Douglas Omar	61
Murillo Rodríguez Danny Alexander	359	Ortiz Jáuregui Weimar Oswaldo	84
Muskus García Jaime Andrés	89, 359		
N			
Naranjo De La Cruz Claudio José	265		

Ortiz Rueda Belisario	88	Pedraza Ciro Mauricio	64, 67, 75, 78, 86, 109, 113, 116, 117, 122, 136, 139, 142, 152, 153, 172, 180, 206, 213, 216, 222, 259, 275, 312, 327
Ortiz Silva Edgar Camilo	108	Pedroza Felipe	282
Osorio Beltrán Daniela Alejandra	61, 174	Peláez Mauricio	90, 246
Osorio Covo Carlos Gustavo	52, 53	Penagos Penagos Anyelia	155, 317, 350
Osorio García Lisbeth	157	Peña David	130
Osorio Sierra Erika	304, 331	Peña Fernández Rafael Roberto	237, 244
Osorno Moncayo Juan Felipe	69, 107, 115, 307, 309	Peña González Laura	324, 347
Otálora Carmona Álvaro Mauricio	189, 191, 256, 270	Peñaloza Barrios Natalia	188
Otero Arroyo Jader José	97	Peñaloza Wandurraga Jorge Eduardo	198, 237, 244, 264
Otero Atencia Andrea	97	Peñaranda Luis Alberto	108
Otero Bernal Jorge Miguel	125	Peralta Jhon A.	362
Otero Payares Camila Andrea	97	Perdomo Pedro	67
Ovalle Oscar	67	Pereira Barroso John Alexánder	283
Oviedo Gómez María Mercedes	238	Pérez Agustín	131
P		Pérez Melanie Alejandra	333
Pabón Alfonso	55, 182, 238	Pérez Valentina	123
Pacheco Londoño Fabio	225, 228	Pérez Cadavid Juan Camilo	282
Pachón Rodríguez Sofía	75	Pérez Díaz Iveth	149
Padilla Laura	117	Pérez Imbachi Helber Fabián	143, 323
Padilla Guzmán Erika Julieth	230	Pérez Montaguth Luis Francisco	304
Padrón Pardo Oscar Luis	89	Pérez Orozco Jesús María	186, 215
Padrón Pardo Oscar Luis	316, 327	Pérez Rivera Carlos José	66, 70, 75, 81, 86, 99, 134, 156, 159, 163, 254, 315
Padua Carolina	324, 347	Pérez Zambrano Arleyson Daniel	317
Páez Mario Fernando	73, 268	Pezzano Molina Ezio	310
Páez Cancelado Cristian Camilo	89, 287, 293, 327, 330, 367	Pico Camacho Andrea Juliana	125
Palacio Carlos	60	Pimiento Sanabria Camila Andrea	328
Palacio Isaza María Fernanda	54	Pineda María Alejandra	70
Palacio Isaza María Fernanda	103	Pineda Bernal Claudia Marcela	56, 243
Palacios Helmer	148	Pineda Castañeda María Alejandra	162
Palacios Fuenmayor Luis José	102, 103, 296	Pinilla Valentina	180
Palacios Fuentemayor Luis José	300	Pinilla Morales Raúl Eduardo	67, 190, 203, 206, 210, 258, 262, 263, 284, 294
Palacios Rodríguez Oscar Germán	79, 81, 87	Pino Luis Fernando	129
Palmeth Puello Fausto Andrés	223, 225, 226, 328	Pinto Andrés Felipe	352
Palomino Peña Carlos Felipe	73, 269	Pinto Carta Renzo	123
Palta Diego	69, 107, 309	Pinzón Laura	242
Panqueva Ibagué Julián Andrés	368	Pinzón Cepeda Fabio Eduardo	74, 136, 208
Pantoja Soto Sara Franciny	186, 262, 310	Pinzón Martínez Laura Carolina	64, 77
Pardo Manuel	200	Pinzón Molina María Camila	91
Pardo Stephania	154	Piñeres Salazar Amy del Mar	267
Parra Luis Felipe	138	Pizano Alejandro	148
Parra Mauricio	108	Plata Patiño José Luis	108, 259
Patarroyo Núñez María Paula	255	Platero Lina María	116
Patiño Benavidez Andrés Felipe	140, 175		
Patiño Cortés Andrés Felipe	295, 309		
Patiño Franco Sara	188, 282		
Patiño Pérez Valentina	326		
Pedraza Juan	126		

Plaza Ricardo Pedro Antonio	186, 337, 370	Rebellón Isabela	322
Polanía Álvarez Andrés Felipe	319	Recamán Andrea	271
Polanía Sandoval Camilo Andrés	66, 95, 99, 159	Rendón Hernández Juliana	190, 203, 206, 210, 258, 262, 263, 284, 294
Ponce Hidalgo Karen Johanna	147	Rengifo Quintero Laura Juliana	88, 279, 280
Porrás Albarracín Ana María	147	Restrepo Mónica	217
Porto Eljaiek Valentina	213, 214, 219, 224, 229, 357	Restrepo Bonilla Carolina	310
Posada Eduardo	74	Restrepo Castro Olga Isabel	332
Posada Ángel Eduardo	134	Restrepo Restrepo Hernán Darío	211
Posada Moreno María	305	Rey Chaves Carlos Eduardo	80, 82, 84, 90, 126, 130, 131, 144, 162, 163, 172, 282, 354
Posada Moreno Pablo	211, 300, 305, 309	Rey Ferro Mario Arturo	67, 190, 203, 206, 210, 258, 262, 263, 284, 294
Posada Viana José Carlos	187	Rey Robledo Samuel	101
Prieto Delgado Jorge David	124, 137, 325, 356	Reyes José Fernando	192
Prieto Trujillo Sara	71	Ricaurte Aragón Alberto Enrique	148, 184
Pulido Reyes Felipe Antonio	319	Ricaurte Ciro Juan Camilo	67, 255
Pulido Segura Jean André	81, 117	Rico Juri Juan Manuel	263, 279
Puyana Juan Carlos	141	Rincón Barbosa Oscar	219
Q			
Quejada Cuesta Samir	67	Rincón Ramírez Juan José	321
Quijano Mantilla Andrea Estefanía	355	Rincón Santos David	225, 281
Quintero Álvarez David Andrés	336	Ríos Cadavid Angela Cristina	71, 155, 311, 342, 350, 367
Quintero Álvarez Freddy Mauricio	336	Ríos Giraldo Ana María	99, 290, 300, 370
Quintero Contreras Marcel Leonardo	62, 246, 248	Riscanevo Bobadilla Angie Carolina	149, 333, 345, 356, 361, 365
Quintero Gamboa Diana Clemencia	147	Rivera Castrillón Daniel	142
Quintero Portillo Roberto	65, 261, 274	Rivera Castrillón Daniel	334
Quintero Rojas Laura	120, 367	Rivera Gaitán Ingrid Lorena	108, 132, 259
Quintero Vaca Julián Alonso	119	Rivera Triana Diana	61
R			
Rabeya Fernando	271	Riveros Dueñas Manuel Fernando	89, 98
Ramírez Jaime	144	Rizo Sánchez Leidy Stefany	77, 264, 363
Ramírez Juan José	115	Roa Isabella	242
Ramírez Judith	329	Roa Mejía Carlos Hernán	116
Ramírez William	160, 285, 289	Robayo Diana Ximena	60, 137
Ramírez Arbeláez Jaime	83, 220	Rocha Mora Diana Carolina	212, 220, 224
Ramírez Barrios Marcelo	85, 194, 366	Rodríguez Carmen	80
Ramírez Ceballos Mariana	102, 106	Rodríguez Lina Marcela	126, 130, 131, 135, 148, 162, 163, 172, 354
Ramírez Córdoba Ana Sofía	220	Rodríguez Mónica Kathalina	173
Ramírez Giraldo Camilo	124	Rodríguez Paula Catalina	77, 230, 271
Ramírez Gómez Ana María	251	Rodríguez Stefania	154
Ramírez Márquez Sergio Daniel	140	Rodríguez Acosta Iván Javier	92, 99, 247, 251, 290, 300, 370
Ramírez Méndez Laura Natalia	183	Rodríguez Arrieta Hernán David	292
Ramos Eduardo	73, 74, 193, 194	Rodríguez Bernal Juan Esteban	176, 268
Ramos Eduardo	195	Rodríguez Fajardo Jesús Antonio	267
Ramos Clason Enrique Carlos	140	Rodríguez González María Camila	175
Randial Pérez Leonardo José	285	Rodríguez Gutiérrez María Manuela	174

Rodríguez Holguín Fernando	108, 141	Ruiz Sebastián	277, 362
Rodríguez Marín Héctor Hugo	286	Ruiz Barrios Judith Paola	292
Rodríguez Narváez José Gabriel	319	Ruiz Benites Andrés Felipe	164, 225
Rodríguez Peralta Angélica	258	Ruiz Gómez Sandra Milena	319, 342
Rodríguez Reyes Laura Vanessa	82, 157, 265, 266	Ruiz Hernández Gabriel Fernando	84, 280
Rodríguez Rodríguez María Paula	157	Ruiz Muñoz Jeinny Lucero	238
Rodríguez Sabogal Carlos Alberto	59, 61	Ruiz Niño Geraldine Victoria	183, 204, 208, 311, 323
Rodríguez Suárez Laura Gisell	61	Ruiz Pineda Juan Pablo	186, 316
Rodríguez Urrego Paula Andrea	232	Ruiz Ruiz Julio Alexánder	245, 337
Rodríguez Vargas Carolina María	128, 179, 181, 325, 371	Ruiz Trujillo Valentina	157
Rodríguez Walter María José	138, 205		
Rojas Susana	130	S	
Rojas Díaz Alexei Bernardo	326	Saade Natalia	74
Rojas Esmeral Álvaro	274	Saavedra Paulo Andrés	98, 356, 365
Rojas Guzmán Liceth Johana	275, 349	Saavedra Silvio Hugo	108
Rojas López Susana	170	Saavedra Henao Juan David	134, 163, 315, 339
Rojas Restrepo Santiago	295	Sabogal Olarte Juan Carlos	80, 82, 84, 90, 282
Romero Ana María	137	Salamanca Edgar	242
Romero Hernando Aníbal	159	Salamanca Chaparro William	89, 316, 326, 327, 356,
Romero José Luis	168, 236	Hernando	359
Romero Sergio	69, 70	Salazar Camilo José	121, 141, 148, 177, 344
Romero Cerón José Luis	230	Salazar Almazo Angely Nathaly	297
Romero Espitia Walter David	143, 204, 208, 209,	Salazar Ochoa Santiago	188
	210, 312	Salazar Palacio Carolina	183, 204, 208, 209, 311
Romero Figueroa Rafael Eduardo	362	Salcedo Miranda Diego Fernando	86, 120, 135, 164, 165,
Romero Mejía Edwin Alexis	288		216, 322
Romero Moreno Katherine	251, 289, 304, 331	Saldarriaga Luis Guillermo	113
Romero Peña Maritza Andrea	144, 260, 276, 311	Salej Higgins Jorge Iván	222
Romero Serrano Sergio Andrés	142, 189, 190, 273	Salgado Sánchez Luis Eduardo	287
Romo Julián	200, 271	Samacá Cedeño Carlos Andrés	57, 182, 237
Romo Fajardo María Camila	336, 364	Sanabria Barrera Sandra Milena	84
Romo Romero William Oswaldo	364	Sánchez Álvaro E.	113
Rosales Parra Nicolás Dayam	183, 204, 208, 209,	Sánchez Juan Camilo	347
	311, 312	Sánchez Luis A	75
Rosas Hernández Jairo	266, 289, 291	Sánchez Néstor	73, 74, 193, 194, 195
Rosas Morales Camila Fernanda	51, 350	Sánchez Nicolás	122
Rosero Antonia	104	Sánchez Buitrago Alejandro	73, 161
Rosero Cadena Daniel Armando	287, 310	Sánchez Collazos Carlos Augusto	287
Rozo Poveda José Gabriel	123, 173	Sánchez Cortes Elio Fabio	100, 101, 104, 301
Ruano Enríquez Víctor Alfonso	245, 337, 342	Sánchez Gamboa Edgardo	255, 257
Ruano Flórez Víctor	65, 82, 157, 158, 184,	Sánchez García David Leonardo	150, 157, 333, 368
	187, 242, 252, 256,	Sánchez Hernández Nicolás Daniel	60, 322
	266, 278, 357	Sánchez Maldonado William	103, 171, 192, 202, 204,
Rubiano Pedroza José Alexánder	246		219, 222, 275, 334, 359
Rubio Altamar Carlos González	310	Sánchez Ortiz Álvaro Ignacio	62
Rubio Avilez Juan José	193, 257, 350	Sánchez Quiroga Karen Yaneth	118
Rueda Roberto	126, 148, 162	Sánchez Restrepo Boris	108, 168
Rueda Sergio	153	Sánchez Ussa Sebastián	71, 74, 216
Rueda Merchán Germán Eduardo	335	Sandoval Pablo	253
Ruiz Esteban	148, 177	Sandoval Reina Andrea Marcela	164, 225, 358
Ruiz Sarralia	172		

Sandoval Rosero Jhon	249	Thorne Vélez Hernando Enrique	170, 186, 188, 215, 329, 337, 349, 370
Sandoval Trujillo Pablo	156	Timarán René	160, 285
Santa Gil Valentina	68	Tinoco Guzmán Laura Viviana	52, 241
Santafé Guerrero Marcia	81	Tintinago Luis Fernando	52, 241
Santiago Amaya Antonio José	149	Tobar Bonilla Ronald Yesid	275, 349
Santiváñez Palomino Juan José	232, 236	Tobar Díaz Jorge Felipe	93
Santos García Carmen	60, 165	Tobón Juan Pablo	87
Santos Jiménez Rafael Rodrigo	239	Toledo Sara	162
Segnini Rodríguez Franco Jesús	242	Tolosa Castro Fernanda Carolina	266, 291
Semanate Betancourt David	111, 265, 279, 303, Fernando 305, 307, 354	Tolosa Calvache Paula	269
Senejoa Núñez Nairo Javier	75, 195, 196, 197, 198, 272, 274, 277	Tolstano Axel Adonai	92, 290
Sepúlveda Bastilla Sandra Milena	160, 320	Toro Vásquez Juan Pablo	161
Serna Lozano Adriana	60, 113	Torregrosa Almonacid Lilian	122, 180, 181, 301
Serna Rentería Juan Carlos	302, 323	Torres Andrés Guillermo	350
Serrano Gamboa María Adriana	254	Torres Christian L.	315
Serrano Gómez Sergio	176	Torres Idiana Valentina	173
Serrano Lizarazo Juan Daniel	147, 254, 355	Torres Castro Karen Giselle	230
Serrano Mesa Kamila	176, 268, 269	Torres Cortes Karl Alexander	127
Serrano Pastrana Juan Paulo	147, 355	Torres Cuellar Guillermo Andrés	127, 342
Siepmann Timo	90	Torres de Franca María Eduarda	92, 247, 250, 251, 290
Sierra Cristian Mauricio	202, 299, 302	Torres de la Cuadra Isabella	352
Sierra Valentina	174	Torres Delgado Mónica Patricia	243
Sierra Barbosa Diego Orlando	123, 125, 173	Torres España Nicolás Felipe	62, 171
Sierra Sierra Sebastián	325	Torres Londoño Luis Enrique	248, 249, 370
Socarrás Galeano Carmen Milena	343, 361	Torres Mora Juan Pablo	248, 249
Solana Belisario	82	Torres Morón Cesar Stiven	213, 323
Soler Bonilla Lilian Andrea	335	Torres Restrepo Juan Manuel	288, 306
Solis Velasco Mónica Alejandra	69, 107, 309, 113, 192, 205, 307, 364	Torres Villamizar Fabio Andrés	147
Soto Vásquez Jessica	68	Triana Reyes Santiago	318, 335
Suárez Liliana	144	Trilleras Berrío Christian Camilo	158, 338, 363, 365
Suárez Raúl	71	Triviño Álvarez Diego Rymel	86, 278
Suárez Santiago	9369, 115	Triviño Cortés María Alejandra	60, 137
Suárez Causado Amileth	54	Tróchez Sánchez Juan Pablo	107, 109, 152, 176
Suárez Gómez Santiago Andrés	153, 180, 241, 313	Trujillo Guerrero Luisa Fernanda	124, 193, 329, 360
Suárez Mesa Joaquín Andrés	239, 72	Trujillo Sterling Gabriel	333
Suescún Fajardo Oscar Julián	350	Turizo Farías Jorge Luis	351
T		U	
Tabares Raquel	162	Ulloa Fernando	237
Tabares Agreda Luis Carlos	367	Ulloa Aguilera Fernando	145
Tarazona Bautista Camilo Andrés	80, 299, 302	Ulloa Gordon Fernando	57, 145, 238
Tarazona León Cristian Eduardo	84, 87, 88, 118, 279, 280, 283	Urango María Lorena	123
Téllez Luis Jaime	166	Urdaneta Alí	73, 74, 193, 194, 195
Téllez Beltrán Diego Felipe	197, 272	Uribe Múnera José Andrés	160, 285, 289
Thomas Pastor	65	Uribe Tamara Álvaro	239
Thorne Vélez Ana María	188	Urrea Natalia	231, 234, 240
		Urrego Meléndez Marcela	296
		Urrutia Gómez Jorge Andrés	146, 250, 321
		Urueña Calderón Leidy Tatiana	134, 163, 315

Uscátegui Moreno Cielo Milena	89, 293, 316	Velandia Sánchez Camilo	99, 159
Useche Pérez Laura Jimena	316	Alejandro	
V		Velasco Castro Julio César	255, 257
Valbuena Diego	76	Velásquez Castellanos Diomar	269, 313
Valbuena Velásquez Diego Efraín	144, 195, 197, 200, 263, 274, 277	Andrés	
Valdés Giraldo Daniela	209	Velásquez Cuasquén Braulio	258, 364
Valdivieso Rueda Eduardo	189, 191, 256, 270	Giovanni	
Valencia Gustavo	135	Velásquez Galvis Mauricio	62
Valencia Ángel Laura Isabel	56, 118, 120, 133, 177, 178	Velásquez Hoyos Andrés	227
Valencia Arteaga Rodolfo	264	Vélez Jorge Luis	190, 203, 206, 210, 258, 294
Valencia Fajardo Juan Sebastián	52, 241, 277	Vélez Cuorvo Luis Fernando	141, 174, 181
Valencia Zapata Laura Victoria	186, 319, 337	Vélez García María Bernarda	188
Valenzuela Pardo Sebastián	61	Veloza Pachón Diego Alejandro	128
Valero Ramírez Carlos Mario	318	Veloza Pachón Diego Fernando	325
Valle C Jesús	274	Venegas David	130, 163, 354
Vallejo Carlo	93, 115	Venegas José Julián	251
Vallejo Soto Juan Carlos	329, 350, 351, 360	Venegas Marco	82, 90
Vallejo Vallecilla Guillermo	169, 234	Vengoechea Visbal Mario Daniel	77, 264, 265
Vanegas Diego	219	Vera Gamboa Raúl Andrés	62, 248
Vanegas Luis Emiro	311	Vera Torres Alonso	86, 278
Vanegas Marco	126, 130, 163, 172	Vergara Arturo	109, 132, 172
Vanegas Mauricio	88	Vergara Fabio	279, 283
Vanegas Ballesteros Mauricio	84, 87, 88, 118, 283	Vergara Rafael	116, 139, 206, 312
Vanegas Cabrera Marco Antonio	127	Vergara Angulo Steven William	167, 170, 329
Vanegas Forero Laura Camila	86, 278	Vergara Osorio Giovanni	226, 368
Varela Juan	98, 115	Vergara Suárez Fabio Alejandro	87, 118
Varela Pardo Juan Agustín	361	Vergnaud Córdoba Jean Pierre	71, 217
Vargas Eileen	231	Vesga Rosas Marlon Andrés	104, 132, 301
Vargas Jorge Isaac	365	Viaña Ghisays Camilo Andrés	189, 191, 215, 223, 226, 256, 270
Vargas Luisa Fernanda	119	Victoria Morales William	52
Vargas Mónica	154	Villabón Alejandro	271
Vargas Natalia	83, 144	Villada Duque Andrés	348
Vargas Barato Felipe Enrique	132	Villamil Carlos	172
Vargas Mora Carolina	64, 316	Villamil Edwin	222
Vargas Moreno Juan Felipe	139	Villamizar Ernesto	60
Vargas Patiño Ana María	170	Villamizar Blanco Oscar Gabriel	154
Vargas Rodríguez Jorge Isaac	324, 333, 345	Villán Ramírez Nathalie	78, 199, 201
Vargas Rodríguez Ledmar Jovanny	257	Villareal Ricardo	334
Vargas Uricoechea Hernando	128	Villarreal Laura	180
Varón Cortés Juan Carlos	58, 247, 249, 250, 251	Villarreal Valentina	156
Vásquez Fiamma	51	W	
Vásquez Jesús	217	Waich Alan	180
Vásquez Luis Fernanda	161	Wandurraga Sánchez Edwin	73
Vásquez Martínez Sara	302	Y	
Vega Peña Neil Valentín	175	Yandy León Natalia	304, 355
Velandia Isabella	271		
Velandia Luis Alejandro	359		

Yurgaky Blandón Vivian Michel 121

Z

Zapata Echeverry Lubian Andrés 363

Zapata Palomino Michael 95, 176, 201, 207, 265,
354

Zapata Uribe Felipe 325

Zorrilla José Omar 192

Zuluaga Juan D. 113

Zuluaga Zuluaga Mauricio 129, 152, 176, 207,
364, 167

Zúñiga Gaitán Ilich Andrei 114, 126, 168, 176

Zúñiga Pavía Sergio Fabián 230, 232, 233

Zurita Medrano Nayib De Jesús 140, 170, 185, 186, 212,
213, 214, 215, 219,

220, 221, 223, 224,

225, 226, 228, 229, 357